

Classification et scores de sévérité des affections veineuses chroniques

M. Perrin

PLAN DU CHAPITRE

Définitions	9	Scores de sévérité	13
Classifications	9	Conclusions	13

Définitions

- **Affections veineuses chroniques** ou AVCh (*chronic venous disorders*) [1] : on regroupe sous cette appellation toutes les affections chroniques qui se traduisent par un signe ou un symptôme dont la cause est veineuse.
- **Maladie veineuse chronique** ou MVCh (*chronic venous disease*) [1] : toute anomalie chronique morphologique ou physiologique du système ou de la fonction veineuse responsable de symptômes ou de signes nécessitant des investigations ou une prise en charge.
- **Insuffisance veineuse chronique** (C_3^1 – C_6 dans la classification CEAP, voir plus loin) : ce terme doit être réservé aux maladies veineuses chroniques évoluées où l'on identifie une anomalie anatomique ou physiologique du système ou de la fonction veineuse responsable d'un œdème, d'altérations cutanées ou d'ulcères veineux.
- **Symptômes veineux** (*venous symptoms*) [1] :
 - plainte rapportée par le patient pouvant être liée à une affection veineuse chronique. Sont répertoriés : les sensations de lourdeur, de gonflement, de fatigue, d'élancement et de brûlures ; les douleurs ; les démangeaisons ; les fourmillements ; les crampes musculaires ; les impatiences. Bien que non spécifiques, ces symptômes suggèrent une affection veineuse chronique surtout s'ils sont exacerbés par la chaleur, la station assise ou debout immobile prolongée, s'ils s'aggravent durant la journée ou s'ils sont améliorés par le décubitus ou l'élévation des membres inférieurs. L'association avec des signes physiques veineux ou des anomalies des investigations de la fonction veineuse est un élément important permettant d'orienter ces

symptômes vers une affection veineuse chronique. Cependant, la présence d'une varice associée à une plainte fonctionnelle ne permet pas d'en retenir systématiquement la causalité ;

- à l'inverse, il existe aussi des patients avec symptômes veineux sans aucun signe physique veineux : C_0 , s^1 , E_n , A_n , P_n de la classification CEAP (voir plus loin).

- **Signes physiques veineux** (*venous signs*) [1] : présence d'une anomalie clinique veineuse visible (ou palpable) décrite sous la rubrique C de la CEAP [3] qui comprend les dilatations veineuses (télangiectasies, veines réticulaires, veines variqueuses), l'œdème du membre inférieur, les altérations cutanées et l'ulcère. Il convient de noter qu'un certain nombre de signes veineux ne sont pas répertoriés dans le C de la classification CEAP bien que présents dans les AVCh ; l'explication en est simple, le C de la CEAP se limite à une liste de signes qui ont été retenus pour établir une classification clinique, il est donc logique qu'un certain nombre d'entre eux n'y figurent pas.

Classifications

Classifications antérieures à la CEAP

De nombreuses classifications ont été élaborées, mais la plupart d'entre elles ne couvraient qu'une partie de la pathologie veineuse chronique : varices, insuffisance veineuse profonde, syndrome post-thrombotique, etc. Nous ne rappelons ici que la classification proposée par Widmer [4] car elle couvre l'ensemble des affections veineuses chroniques (AVCh) et elle a été utilisée dans un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques dont les résultats sont toujours pertinents.

¹ C_3 : œdème modéré ou sévère suivant l'échelle de Rutherford *et al.* [2].

- Cette classification est double. Elle comporte :
- une classification des varices en trois types :
 - télangiectasies : dilatations veineuses intradermiques,
 - varices réticulaires : veines sous-cutanées dilatées, tortueuses, n'intéressant pas les troncs saphènes et leurs tributaires principales,
 - varices tronculaires : troncs des grande et petite saphènes tortueux et dilatés, ainsi que leurs tributaires de premier et de deuxième ordre;
 - une classification de l'insuffisance veineuse chronique englobant à la fois les varices et les troubles cutanés qui en résultent selon trois classes :
 - classe I : veines sous-cutanées dilatées, corona phlebectatica;
 - classe II : zone d'hyper- ou d'hypopigmentation, avec ou sans corona phlebectatica;
 - classe III : ulcère de jambe ouvert ou fermé.

Cette classification, dont la première partie descriptive est souvent occultée, est la plupart du temps réduite à la seconde partie qui correspond à une gradation de sévérité plus qu'à une véritable classification.

Il convient de noter que cette classification n'apporte aucune information sur l'étiologie, les anomalies du système veineux profond et les perforantes ou les mécanismes physiopathologiques en cause.

Classification CEAP

Historique de la classification CEAP

En 1994, une nouvelle classification a été élaborée par un comité international sous l'égide de l'*American Venous Forum* qui, tout en empruntant un certain nombre d'éléments cliniques à la classification de Widmer, l'a complétée en fournissant des informations sur l'étiologie, l'anatomie et la physiopathologie. Elle a été publiée sous l'appellation classification CEAP (clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique) de la maladie veineuse chronique [5, 6]. Traduite en huit langues et publiée dans 25 journaux médicaux, elle s'est imposée progressivement. D'emblée ses initiateurs ont stipulé qu'à l'usage du temps, elle pourrait être modifiée.

Dix ans plus tard, la « nouvelle CEAP » a ainsi été publiée [3]. Elle est fondamentalement peu modifiée, mais des précisions ont été apportées sur certains points et sur son mode d'utilisation.

Les différents items de la classification CEAP

Pour chacun des items retenus un nombre ou une lettre permettent d'apporter des précisions sur la pathologie du membre décrit :

- classification clinique : encadré 2.1;
- classification étiologique : encadré 2.2;
- classification anatomique : encadré 2.3;
- classification physiopathologique : encadré 2.4.

Il convient de relever que si la classification de 1994 s'appliquait à la maladie veineuse chronique (*chronic venous disease*), la version 2004 couvre les affections veineuses chroniques, expression qui nous est apparue comme la traduction la plus fidèle de *chronic venous disorders*. En effet, dans la mesure où les patients symptomatiques sans signe clinique d'AVCh sont inclus dans cette classification, il paraissait difficile d'utiliser le mot maladie.

Encadré 2.1 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 veineux
- **C₄** : altérations cutanées ou du tissu cellulaire sous-cutané liées à une maladie veineuse chronique. Cette classe est scindée en deux parties afin de mieux différencier la sévérité de la maladie veineuse :
 - **C_{4a}** : pigmentation ou « eczéma » veineux
 - **C_{4b}** : hypodermite scléreuse ou atrophie blanche
- **C₅** : ulcère cicatrisé
- **C₆** : ulcère non cicatrisé

Chaque classe doit être complétée par :

- **(A)** pour asymptomatique
- **(S)** pour symptomatique

Les symptômes retenus sont les douleurs, le prurit, la sensation de jambe lourde, les crampes et tous les symptômes qui peuvent être attribués à un dysfonctionnement veineux.

* Il convient de noter que la liste des symptômes n'est pas exhaustive et le vocable « dysfonctionnement veineux » n'est pas explicite. Une conférence de consensus sur les symptômes veineux aiderait à mieux les définir.

Encadré 2.2 Classification étiologique = E

- **E_c** : étiologie congénitale
- **E_p** : étiologie primitive
- **E_s** : étiologie secondaire (post-thrombotique)
- **E_n** : pas d'étiologie veineuse identifiée

Encadré 2.3 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, etc.
- 11 veine fémorale commune
- 12 veine fémorale profonde
- 13 veine fémorale
- 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.

* À noter que non saphène englobe les tributaires des veines saphènes aussi bien que les veines superficielles indépendantes des systèmes saphènes.

** *d* pour *deep*, c'est-à-dire profond en français.

Encadré 2.4 Classification physiopathologique = P

- P_r : reflux
- P_o : obstruction
- P_{ro} : reflux et obstruction
- P_n : pas de physiopathologie veineuse identifiée

Le terme d'insuffisance veineuse chronique (IVC) s'applique, comme nous l'avons précisé dans les définitions, aux classes C_3 à C_6 , mais ce point peut être contesté en ce qui concerne C_3 [2]. Ce dernier ne doit être retenu que lorsque l'œdème est constaté objectivement à l'examen physique, ce qui élimine la simple sensation de gonflement.

Le C de la classe clinique

Afin d'utiliser un langage commun international, il a été convenu d'utiliser un certain nombre de définitions préalablement publiées [7] afin de s'accorder sur le signe clinique mentionné. Leur traduction littérale en français est rassemblée dans l'encadré 2.5 avec leurs équivalents en langue anglaise.

Mode d'emploi de la CEAP

Le C ne doit pas être utilisé de façon isolée

Les quatre items C, E, A, P doivent être renseignés.

La classification CEAP peut être utilisée de deux façons

CEAP basique

Les quatre items de la CEAP peuvent être renseignés *a minima*, c'est la CEAP basique; l'information fournie pour chaque item est succincte :

- rubrique C : seule la classe dont le chiffre est le plus élevé est mentionnée;
- rubrique E : un seul choix est possible n, p, c, s;
- rubrique A : les rubriques s, p, d sont utilisées à titre isolé ou en association. La rubrique n en l'absence de système anatomique pathologique est retenue;
- rubrique P : les mécanismes physiopathologiques sont renseignés par les lettres r, o ou o + r. En l'absence d'anomalie physiopathologique identifiée, on utilise la lettre n.

CEAP élaborée

Elle fournit plus d'informations, elle est utilisée en recherche ou dans les publications :

- rubrique C : tous les signes cliniques présents sont répertoriés par le chiffre qui leur est attribué;
- rubrique E : un seul choix est possible n, p, c, s;
- rubrique A : les rubriques s, p, d sont utilisées à titre isolé ou en association. La rubrique n en l'absence de système anatomique pathologique est retenue;
- rubrique P : les mécanismes physiopathologiques r ou o sont suivis par le nombre qui identifie la veine concernée par l'anomalie physiopathologique. En l'absence d'anomalie physiopathologique identifiée, on utilise la lettre n.

Exemples

Le membre d'un patient symptomatique qui présente des varices et un œdème veineux d'étiologie primitive chez

lequel on identifie un reflux veineux dans certaines veines superficielles et profondes sera renseigné en CEAP basique « C_{3s}, E_p, A_{sd}, P_r ».

En CEAP élaborée, il sera renseigné « $C_{2,3s}, E_p, A_{sd}, P_{r2,3,4,11,13,14,15}$ », ce qui permet de savoir que ce malade est indemne de télangiectasies et de veines réticulaires « C_1 absent », présente des varices « C_2 » et un œdème d'origine veineuse, il est symptomatique « $C_{2,3s}$ », l'étiologie de ses troubles est primitive « E_p ». Un reflux « P_r » a été identifié à :

- la grande veine saphène à la cuisse et à la jambe « $P_{r2,3}$ »;
- la petite veine saphène « P_{r4} »;
- l'axe fémoro-poplitéo-jambier (reflux axial profond) « $P_{r11,13,14,15}$ ».

Il convient de noter qu'un malade peut être symptomatique ou asymptomatique quelle que soit sa classe clinique. Le choix A_s (asymptomatique) ou A_{ss} (symptomatique) se rapporte au membre entier et non pas au(x) signe(s) répertorié(s).

Prenons un nouvel exemple pour illustrer l'usage de la classification CEAP : un patient « $C_{3,5s}, E_s, A_{dp}, P_{o7,9,r13,14,18}$ » dans la CEAP élaborée présente un œdème et un antécédent d'ulcère cicatrisé, mais ni varice, ni télangiectasie; il est symptomatique et associe une obstruction « $P_{o7,9}$ » de l'iléa primitive et externe, un reflux « $P_{r13,14,18}$ » de la veine fémorale (superficielle) et poplitée et des perforantes jambières d'étiologie post-thrombotique. En CEAP basique, il serait répertorié « $C_{5s}, E_s, A_{dp}, P_{o+r}$ ».

Date de l'examen

Une fiche CEAP doit toujours être datée.

Niveau d'investigation

Il apparaît nécessaire de préciser le niveau d'investigation qui a été utilisé pour remplir le document CEAP. Trois niveaux (N) ont été définis :

- niveau I (level I) : examen clinique incluant le Doppler de poche;
- niveau II (level II) : investigations non invasives avec examen écho-Doppler obligatoire ± pléthysmographie;
- niveau III (level III) : investigations invasives avec phlébographie(s), mesure des pressions veineuses, scanner et résonance magnétique nucléaire...

Le dernier exemple de classification CEAP élaborée a été complété en mentionnant la date et le niveau d'investigation : « $C_{3,5s}, E_p, A_{dp}, P_{o7,9,r13,14,18}$ (2013-07-30, N II) ».

Études épidémiologiques

Cette classification a été largement utilisée dans les enquêtes épidémiologiques. Elle permet d'inclure les patients qui présentent une symptomatologie veineuse sans signe veineux et sans anomalie anatomique ou physiopathologique détectables par les investigations réalisées habituellement. Ces malades doivent être répertoriés « C_{0s}, E_n, A_n, P_n ».

Validation de la classification CEAP

Nous ne disposons pas à ce jour de validation de la CEAP version 2004. Inversement, la version 1995 avait fait l'objet d'un certain nombre d'évaluations [8, 9] et des critiques avaient été formulées à l'encontre de l'item C. Ces critiques ont été bénéfiques : elles ont abouti, notamment, à une définition précise des signes cliniques qui est maintenant

Encadré 2.5 Définitions des signes

- **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* ++): veine sous-cutanée dont le diamètre est supérieur à 3 mm en position debout, habituellement sinueuse et le siège de reflux pathologique. Les varices peuvent intéresser les troncs saphènes, leurs tributaires et le réseau non saphène. Il est à noter que *varicosities* correspond à varices en anglais et non à varicosités ou télangiectasies.
- **Couronne phlébectasique** (*corona phlebectatica*; synonymes : *ankle flare*, *malleolar flare*) : disposition en éventail de nombreuses petites veines intradermiques sur les faces médiale et latérale de la cheville ou du pied. Il est généralement admis qu'il s'agit d'un signe précoce de sévérité d'une affection veineuse chronique.
- **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 dos du pied, en respectant l'avant-pied, ou à la jambe. Il s'accroît avec l'orthostatisme et décroît avec le décubitus.
- **Pigmentation cutanée** (*pigmentation*) : elle correspond à la classique dermite ocre. Il s'agit de taches brunâtres de l'épiderme résultant de l'extravasation du sang qui se situe le plus souvent à la cheville, mais pouvant s'étendre au pied ou à la jambe.
- **Eczéma** (*eczema*) : dermatite érythémateuse qui peut être responsable de vésicules, d'un suintement ou de squames cutanées 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 doit être différencié d'un éventuel eczéma de contact par sensibilisation à des topiques locaux.
- **Hypodermite scléreuse** (*lipodermatosclerosis*) : inflammation chronique localisée et induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané pouvant aller jusqu'à un « bloc » fibreux entre la peau et l'aponévrose, limitant le jeu articulaire de la cheville pouvant aller jusqu'au blocage de celle-ci. L'hypodermite scléreuse est parfois précédée de poussées d'hypodermite aiguë... 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 et évolué d'AVCh.
- **Atrophie blanche** (*atrophie blanche*, *white atrophy*) : lésion cutanée localisée blanchâtre, atrophique, souvent circulaire, entourée par des capillaires dilatés et associée parfois à une augmentation de la pigmentation cutanée. Elle n'est pas spécifique d'une insuffisance veineuse (possibles séquelles de vascularite), mais liée à une insuffisance veineuse, elle témoigne de la sévérité de celle-ci. Les zones cicatricielles d'ulcère n'entrent pas dans ce cadre.
- **Ulcère veineux** (*venous ulcer*) : perte de substance cutanée située le plus souvent à la cheville qui n'a pas de tendance spontanée à la cicatrisation et qui a comme cause une AVCh.

intégrée dans la classification CEAP 2004 [3]. Beaucoup de réserves émises sur les limites de la classification CEAP initiale ont été résolues dans la version CEAP 2004.

Limites de la classification CEAP

Dans sa version actuelle, la classification CEAP est une classification uniquement descriptive et non une gradation de la sévérité de la maladie.

Les AVCh rassemblent tellement de pathologies différentes qu'en tout état de cause, la classification CEAP, même sur un plan purement descriptif, ne peut être exhaustive sur toutes les situations particulières.

L'impossibilité de distinguer les veines réticulaires des télangiectasies dans la classe C₁ a été soulignée [8, 9].

Dans les varices, la classification CEAP ne permet pas d'identifier de façon précise l'extension, la répartition, le diamètre des varices. Le dossier phlébologique européen paraissait bien adapté aux varices [10], mais étant trop complexe, il n'a jamais été utilisé.

Un certain nombre de signes qui peuvent être présents dans les AVCh ne figurent pas dans le C de la CEAP, comme il l'a été signalé et expliqué plus haut :

- la couronne phlébectasique;
- les calcifications sous-cutanées;
- la limitation de la mobilité de l'articulation tibiotarsienne, etc.

Enfin, et pour les mêmes raisons, les complications aiguës qui surviennent dans les MVC (hémorragie, thrombophlébite superficielle, complications infectieuses, etc.) sont également absentes de la classification CEAP.

Dans certaines situations, on peut utiliser conjointement la classification CEAP et une classification spécifique. C'est le cas pour les récurrences variqueuses après chirurgie avec REVAS (*REcurrent Varices After Surgery*) [11]. Cette classification a bénéficié d'une étude de validation intra- et interobservateurs qui s'est révélée satisfaisante [12, 13]. Les classifications jumelées (CEAP + REVAS) ont été utilisées dans de nombreuses études cliniques. Toutefois, les nouvelles techniques opératoires du traitement des varices rendent la classification REVAS obsolète. Il serait souhaitable d'établir une nouvelle classification prenant en compte ces nouvelles techniques. L'acronyme PREVAIT (*Presence of Varices After operative Treatment*) a été proposé pour cette nouvelle classification [1].

Pour les malformations veineuses congénitales, l'utilisation conjointe de la classification des malformations veineuses congénitales, dite classification de Hambourg [14], et de la classification CEAP n'a pas fait l'objet d'une enquête de validité, mais 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.

Scores de sévérité

L'item C de la classification CEAP a été utilisé pour juger de l'efficacité d'un traitement dans un certain nombre de publications. Cette dérive est liée au fait que dans la classification clinique, les signes ont été classés de 0 à 6 dans un ordre de sévérité croissant. Mais à l'évidence, si on utilise la classification basique, un patient classé $C_{3,s}$ peut correspondre à un stade plus sévère qu'un malade classé C_{4a} . Le premier peut avoir un œdème majeur avec claudication veineuse et le second une pigmentation modérée sans aucun symptôme veineux. La comparaison du C prétraitement au C post-traitement est donc biaisée et sans grande valeur.

Il convient d'ailleurs de noter qu'avait été adjoint à la classification CEAP de 1994 un score de sévérité qui n'a jamais été validé.

Dans sa version 2004, la classification CEAP recommande en complément l'usage du score de sévérité clinique (*venous clinical severity score* : VCSS) et mentionne le score veineux segmentaire, tous deux publiés en 2000 sous l'égide de l'*American Venous Forum* [2].

Ces scores ont fait l'objet de plusieurs évaluations [15–19]. Celles-ci ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- le score veineux de sévérité clinique a une reproductibilité satisfaisante intra- et interobservateurs et il est bien corrélé avec l'item C de la CEAP [15] ;
- le score veineux de sévérité clinique est un bon outil de dépistage de la présence ou de l'absence d'une AVCh et il est bien corrélé avec l'écho-Doppler [16] ;
- le score veineux de sévérité clinique est bien corrélé avec les différentes classes cliniques de l'item C de la CEAP, mais il apparaît que les scores sont un meilleur outil pour apprécier le résultat du traitement chirurgical dans les varices [17] ;
- le score segmentaire pose problème car il n'est pas suffisamment précis pour certaines définitions [18] et il n'a pas fait l'objet à ce jour d'une évaluation intra- et interobservateurs ;
- les trois scores et en particulier le score segmentaire sont peu utilisés en pratique quotidienne par les médecins vasculaires français [19] ;
- le VCSS version 2000 a également été validé par l'*American Venous Forum* en utilisant un registre de données, le *National Venous Screening Program* [20]. Ses conclusions confortent les résultats des études précédentes. On identifie une bonne corrélation entre le VCSS, la classification CEAP, le questionnaire CIVIQ (*chronic venous insufficiency questionnaire*), les résultats des investigations

ultrasoniques. Le VCSS est l'outil le plus précis pour évaluer la sévérité de la MVCh, mais il souligne également l'intérêt des autres outils d'évaluation.

En pratique, seul le score veineux de sévérité clinique est utilisé et il a fait l'objet d'une révision qui inclut un certain nombre d'améliorations en 2010 (tableau 2.1) [21].

Des recommandations détaillées sont fournies pour aider le praticien à correctement utiliser ce score. Il est également spécifié que ce score doit être renseigné pour chaque membre inférieur.

Ce nouveau VCSS n'a pas à ce jour été validé et n'a pas fait l'objet d'une étude intra- ou interobservateurs.

Il est plus facile à remplir, mais un certain nombre de points restent à résoudre.

Ce score est peu discriminatif pour juger de l'efficacité des traitements chez les patients :

- $C_{0,s}$ ou C_1 dans la mesure où leur score à l'inclusion ne peut dépasser 3/30 ;
- $C_{2,s}$ dans la mesure où leur score à l'inclusion ne peut dépasser 6/30.

La corona phlebectatica a été incluse mais elle n'est gratifiée que d'un point, sa valeur nous paraît sous-estimée [4].

La mesure de l'œdème ne prend plus en compte l'horaire dans le nyctémère, alors que sa variabilité dans la journée est essentielle dans l'œdème veineux.

L'érythème, la cellulite, l'eczéma veineux et la dermatite sont classés dans la même rubrique, alors que leur sévérité et leur physiopathologie sont différentes.

Enfin, la description de l'observance à la compression est toujours floue, mais surtout la force de la compression n'est pas prise en compte.

Conclusions

L'usage de la classification CEAP dans les études cliniques est devenu obligatoire pour être publié dans les revues avec comité de lecture. Dans sa forme élaborée, elle fournit des informations suffisantes pour la communication entre praticiens. Le score veineux de sévérité clinique est utile pour l'appréciation des résultats dans les formes sévères des AVCh (C_3 – C_6). Des classifications complémentaires et des scores plus adaptés paraissent souhaitables pour juger des résultats dans les formes cliniques moins sévères ($C_{0,s}$ – C_2) ou dans les cas particuliers.

Tableau 2.1 Score de sévérité clinique révisé.

Items : signes, symptômes, traitement compressif	Absent(e) : 0	Faible : 1	Modéré(e) : 2	Sévère : 3	Score 0 à 3
Douleur ou autre gêne comme la sensation de lourdeur, de fatigue, de brûlure supposée d'origine veineuse	–	Douleur ou autres gêne occasionnelle, ne limitant pas l'activité quotidienne habituelle	Douleur ou autre gêne interférant dans l'activité quotidienne habituelle mais n'empêchant pas celle-ci	Douleur ou autres gêne limitant la plupart des activités quotidiennes	
Veines variqueuses Les varices doivent être d'un diamètre supérieur ou égal à 3 mm en position debout	–	Peu nombreuses, non systématisées (c'est-à-dire n'intéressant pas les troncs saphènes) et localisées Inclut la corona phlebectatica	Localisées à la cuisse ou à la jambe	Étendues, intéressant la cuisse et la jambe	
Œdème supposé d'origine veineuse		Localisé à la cheville et au pied	Au-dessus de la cheville, mais au-dessous du genou	Étendu au genou et à la cuisse	
Pigmentation cutanée supposée d'origine veineuse N'inclut pas la pigmentation sur le trajet des varices ou d'autres étiologies	Aucune ou localisée	Limitée à la zone périmalléolaire	Diffuse, au 1/3 inférieur du mollet	Étendue, dépassant le 1/3 inférieur du mollet	
Inflammation Si l'on ne retient pas une pigmentation apparue récemment, on liste l'érythème, la cellulite, l'eczéma veineux, la dermatite	–	Limitée à la zone périmalléolaire	Diffuse, au 1/3 inférieur du mollet	Étendue, dépassant le 1/3 inférieur du mollet	
Induration	Aucune	Limitée à la zone périmalléolaire	Diffuse, au 1/3 inférieur du mollet	Étendue, dépassant le 1/3 inférieur du mollet	
Nombre d'ulcères	0	1	2	≥3	
Durée de l'ulcère*	Non applicable	<3 mois	>3 mois mais <1 an	>1 an	
Taille de l'ulcère**	Non applicable	Diamètre <2 cm	Diamètre 2–6 cm	Diamètre >6 cm	
Traitement compressif	0 Pas utilisé	Observance intermittente du port d'un bas de compression médicale	Observance presque quotidienne du port d'un bas de compression médicale	Observance quotidienne du port d'un bas de compression médicale	
Total (de 0 à 30)					

* Il convient de déterminer cette durée en choisissant l'ulcère dont la durée a été la plus longue.

** Il convient de renseigner cette donnée en choisissant l'ulcère de la plus grande superficie.

Références

- [1] Eklof B, Perrin M, Delis K, Rutherford RB, et al. Updated terminology of chronic venous disorders : the VEIN-TERM Transatlantic Interdisciplinary consensus document. J Vasc Surg 2009; 48 : 498–501.
- [2] Rutherford RB, Padberg Jr FT, Comerota AJ, et al. Venous severity scoring : an adjunct to venous outcome assessment. J Vasc Surg 2000; 31 : 1307–12.
- [3] Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40 : 1248–52.
- [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. p. 17–32.
- [5] Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease : an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. J Vasc Surg 1995; 27 : 635–45.
- [6] Beebe HG, Bergan JJ, Bergqvist D, et al. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs : a consensus statement. Vasc Surg 1996; 30 : 5–11.
- [7] Allegra C, Antignani PL, Bergan JJ, et al. The "C" of CEAP : suggested definitions and refinements : an international Union of Phlebology Conference of experts. J Vasc Surg 2003; 37(1) : 129–31.
- [8] Uhl JF, Cornu-Thenard A, Carpentier PH, et al. Reproducibility of the «C» classes of the CEAP classification. Reproductibilité des classes cliniques de la classification CEAP. JP 2001; 1 : 39–60.
- [9] Carpentier PH, Cornu-Thenard A, Uhl JF, et al. Appraisal of the information content of the CEAP classification of chronic venous disorders, a multicenter evaluation of 872 patients. J Vasc Surg 2003; 37 : 827–33.

- [10] Uhl JF, 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.
- [11] Perrin M, Guex JJ, Ruckley CV, et al. Recurrent varices after surgery. *Cardiovasc Surg* 2000; 8 : 233–45.
- [12] Perrin M, Labropoulos N, Leon LR. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg* 2006; 43 : 327–34.
- [13] Perrin M, Allaert FA. Intra- and inter-observer reproducibility of the Recurrent Varicose Veins after Surgery (REVAS) Classification. *EJVES* 2006; 32 : 326–32.
- [14] Belof VS. Classification of congenital vascular defects. *Int Angiol* 1990; 9 : 141–6.
- [15] Meissner MH, Natiello C, Nicholls SC. Performance characteristics of the venous clinical severity score. *J Vasc Surg* 2002; 36 : 889–95.
- [16] Ricci MA, Emmerich J, Callas PW, et al. Evaluating chronic venous disease with the new severity scoring system. *J Vasc Surg* 2003; 38 : 909–15.
- [17] Kakkos SK, Rivera MA, Matsagas MI, et al. Validation of the new venous severity scoring in varicose vein surgery. *J Vasc Surg* 2003; 38 : 224–8.
- [18] Gillet JL, Perrin M, Allaert FA. Clinical presentation and venous severity scoring of patients with extended deep axial venous reflux. *J Vasc Surg* 2006; 44 : 588–94.
- [19] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. 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.
- [20] Passman MA, McLafferty RB, Lentz MF, et al. Validation of Venous Clinical Severity Score (VCSS) with other venous assessment tools from the American Venous Forum, National Screening Program. *J Vasc Surg* 2011; 54 : 2S–9S.
- [21] Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, et al. Revision of the venous clinical severity score : Venous outcomes consensus statement : special communication of the American Venous Forum ad hoc outcomes working group. *J Vasc Surg* 2010; 52 : 1387–96.

