

# Suite des commentaires à l'étude "Stripping versus the CHIVA Method" par Claude Franceschi

Les études contrôlées et randomisées (ECR) sont désormais inévitables pour l'élaboration des recommandations. Dans Le Monde du 27 octobre 2010, le Pr André Vacheron, Membre de l'Académie des sciences morales et politiques, Président honoraire de l'Académie nationale de médecine écrivait : « Les données acquises par la science sont déterminantes... Elles font autorité en cas de contentieux jugé par des hommes de loi... Aujourd'hui, elles sont apportées par l'« evidence based médecine » ou médecine fondée sur les preuves... à partir d'études multicentriques randomisées.. ». En 2010, plusieurs études ECR ont vu le jour. La dernière des quatre qui concernent la CHIVA (1) a fait couler beaucoup d'encre, même si au fil des jours, les esprits se calment et acceptent de discuter en restant objectifs, clairs et précis.

## Commentaires de la critique de P. Pittaluga (Angéiologie 2010, 62, n°4)

- Critique : « Il semble y avoir des reflux profonds, puisque la classification CEAP étendue (page 625) l'évoque (As, p) alors que le détail des caractéristique hémodynamiques ne le rapporte pas (tableau 1 page 628) ».
- Réponse : Pourtant, il est bien signifié page 626 de l'article: « selon la classification CEAP (CA-S, 2-6; EP; AS, P; PR; LII) et avec un système veineux profond (DVS) continent à l'écho-doppler ». Sans doute le critique a dû confondre As, p avec profonde au lieu de perforante...
- Critique : « Le mode d'anesthésie est radicalement différent... C'est un biais dans la mesure où les suites opératoires immédiates sont analysées dans les résultats (page 630) ».
- Réponse : La différence du mode d'anesthésie participe de la différence entre les opérations et n'est donc pas un biais.
- Critique : « L'analyse de la stratégie d'ablation des segments veineux à retirer dans le groupe stripping sans exploration écho-Doppler (S-CM) laisse perplexe : le chirurgien se base sur les points de reflux, les segments incompétents et les point de réentrées...uniquement sur un examen clinique... ».
- Réponse : Le but était effectivement de comparer le stripping marqué cliniquement (S-CM) avec le stripping échoguidé (S-DM). L'étude a montré que le marquage échoguidé est inutile car n'améliore pas résultats du stripping. Ce qui confirme le caractère toujours délétère de la destruction veineuse.
- Critique : « Contrairement à ce qu'affirment les auteurs, la description de la technique chirurgicale du groupe CHIVA (page 627) est en opposition avec les principes décrits par Franceschi puisqu'il y a dans cette étude une ablation des varices ».
- Réponse : si on ouvre à la page 116 le livre principes (Théorie et Pratique de la cure CHIVA Editions de l'Armançon 1988) » on peut lire : « le réseau R2 (troncs saphènes) doit être impérativement respecté dans sa totalité. Le réseau R3 (branches superficielles) peut être partiellement détruit... pour peu que les règles de réentrée soient respectées ». Et si l'on lit l'article critiqué, on voit page 627 : phlébectomie des veines collatérales non drainantes.
- Critique : « On est également perplexe devant le critère primaire qui est un critère d'évaluation clinique de la récurrence basé sur les critères de Hobbs, description ancienne (1974) et discutable, alors qu'un groupe d'experts renommés a décrit les critères REVAS en 1998 dans un papier qui fait référence ».
- Réponse : L'étude a commencée avant 1998 ne pouvait utiliser REVAS. Par ailleurs, les critères de Hobbs sont ici tout à fait en accord avec REVAS car ils sont précis et concernent le calibre des récurrences variqueuses (de 0 à 5 mm de diamètre et au-delà).

- Critique : « Le critère secondaire d'évaluation est un critère écho-Doppler qui est également peu précis : « récédive absente ou non-visible » synonyme de « guérison clinique » et « récédive visible » synonyme d'« échec clinique ». Il y aurait donc des récédives écho-Doppler et non cliniques ? »
  - Réponse : Pourtant, chacun sait cependant qu'il existe des veines variqueuses non visibles à l'œil nu mais seulement à l'écho-doppler (c'est d'ailleurs un des intérêts majeurs de cet examen paraclinique !).
  - Critique : La faiblesse du nombre de perdu de vue est étonnante.
  - Réponse : Mais elle réjouit le statisticien.
  - Critique : Le plus grand nombre de femmes dans le groupe CHIVA est tout aussi étonnant.
  - Réponse : Mais pas le statisticien rompu aux probabilités de la randomisation. Il n'a pas non plus inquiété les défenseurs de CHIVA qui auraient pu craindre que l'exigence plus forte des femmes en termes d'esthétique ait pu « biaiser » l'étude en leur défaveur.
  - Critique : « Les types de shunt sont rapportés dans le tableau 1 (page 628), alors que la définition des différents shunts n'est nullement décrite dans l'article...Il faut être un expert avisé de la CHIVA pour comprendre »
  - Réponse : La taille limitée des articles imposée par les grandes revues comme *Annals of Surgery* n'a pas permis d'y décrire les shunts qui sont par ailleurs accessibles dans nombre de livres et revues cités en référence. De plus, qui se revendique de spécialité en pathologie veineuse est supposé tout en connaître, y compris ce qu'il n'en retient pas comme pertinent.
  - Critique : « dans le groupe CHIVA alors qu'une crossectomie est systématiquement effectuée (description protocole CHIVA) ».
  - Réponse: Il ne s'agit pas de crossectomie mais de crossotomie décrite dans l'article comme une section-ligature de la jonction saphéno-fémorale laissant en place les branches de la crosse. Cette crossotomie est un geste technique décrit au même titre que ceux qui suivent dans le même paragraphe. Elle n'a pas été systématique mais appliquée sur les shunts qui en relevaient.
  - Critique : « Le fait que les résultats du groupe stripping avec exploration hémodynamique et sans exploration hémodynamique soient équivalents est plus qu'étonnant ».
  - Réponse : Il s'agit pourtant de faits rigoureusement contrôlés. C'est d'ailleurs grâce à des faits étonnants de ce type que la science progresse.
  - Critique : On aurait aimé connaître le taux de thrombose des saphènes après les procédures CHIVA.
  - Réponse : Nous aussi. Les auteurs en feront sans doute dans un prochain article.
  - Critique : « Comment un partisan de la CHIVA peut-il justifier l'ablation d'une saphène alors qu'on entend dire que cela est quasiment médicalégal par rapport à la destruction du capital veineux ? ».
  - Réponse : Les résultats publiés dans l'article étant nettement favorables à la CHIVA, déconseillent de facto le stripping. L'auteur indique seulement que le résultat d'un stripping bien fait sera moins mauvais qu'une CHIVA mal faite. Quand à moi je persiste à considérer totalement la destruction des troncs saphènes non seulement comme une erreur thérapeutique mais aussi comme un grave préjudice pour le patient en termes de chances pour pontage artériel futur.
  - Critique : « Une fois de plus l'étendue du réservoir variqueux et l'étendue du geste de résection ne sont pas mentionnées, alors que l'on sait maintenant que c'est un critère essentiel ».
  - Réponse : Le réservoir variqueux n'est pas la cause mais l'effet du désordre hémodynamique occasionné par les shunts fermés. La déconnexion de ces shunts suffit à le vider.
  - Critique : « L'avantage de la conservation de la saphène est son rôle drainant, ce qui perd évidemment de son intérêt lorsqu'elle est ligaturée à plusieurs niveaux, avec une crossectomie de surcroît ».
  - Réponse : Il ne s'agit pas de crossectomie mais de crossotomie car les branches de la crosse sont conservées. Le fractionnement du tronc saphénien atteint ou dépasse rarement un niveau. Le drainage reste optimal en raison des ré-entrées qui absorbent le flux rétrograde, drainant, sans surcharge grâce à la déconnexion du shunt fermé.
- Pour conclure, les arguments critiques ne résistent pas à une lecture attentive de l'article d'Oriol Pares. Les commentaires et affirmations qui les suivent dans la conclusion ne sont que des suppositions sans références à des études précises. Cette étude avait reçu l'aval de la Cochrane Library sous le N° SRCTN52861672 avant d'être publiée par *Annals of Surgery* qui est la plus grande revue de chirurgie en termes d'impact factor, ce qui atteste de sa qualité scientifique et fait honneur aux auteurs. De plus

cette étude vient confirmer deux autres RCT. <sup>2,3</sup> ce dont ne peuvent pas se prévaloir les tenants des autres méthodes. On aimerait que chacun en tire leçon et s'applique à mieux connaître et comprendre l'hémodynamique veineuse, qui après 1 siècle d'oubli (depuis Trendelenburg), a resurgi en 1988 avec la cure CHIVA, modernisées grâce aux moyens d'investigation et une meilleure connaissance de la mécanique des fluides.

### **Commentaires de la critique de M. Perrin (Phlébologie 2010 n°4)**

Elle qualifie l'étude de O.Parès, d'ECR de contribution majeure à la cure CHIVA, dotée de puissance suffisante, remarquablement documentée et sans biais majeur. Ces propos très positifs, gagnent encore plus en valeur et crédibilité quand leur auteur est M.Perrin. Cette RCT conclut à la nette supériorité de la Cure CHIVA sur le Stripping, notamment en termes de récurrences variqueuses. Je n'ai pas participé à cette étude mais ma longue expérience théorique et pratique de la cure CHIVA m'autorise à apporter quelques précisions.

M.P s'étonne que la première ECR CHIVA vs chirurgie classique comprenant toutes les varices primitives paraisse seulement près de 20 ans que j'ai décrit cette méthode. La cause en le temps nécessaire pour monter le protocole lourd et coûteux (le financement venant d'institutionnels publics et non de l'industrie privée), plusieurs milliers d'écho-doppler et de contrôles cliniques. Mais aussi le suivi étroit des patients, gage d'un faible nombre de perdus de vue (à juste titre souligné dans la critique). Et enfin, les longs échanges et vérifications demandés par les très grandes revues comme *Annals of Surgery*. C'est le prix à « payer » pour aboutir à une ECR de cette qualité. Elle vient heureusement confirmer nombre d'autres études qui l'ont précédée. Certaines sont citées par M.P., dont 2 ECR (auxquelles il conviendrait d'ajouter une troisième, celle d'Iborra et coll.[2] ) ainsi que 10 études observationnelles de qualité.

M.P s'explique assez mal pourquoi les perforantes de réentrée donc a priori continentes ont été liées dans le groupe II (stripping avec échomarkage). Le principe du stripping étant de retirer au moins toutes les veines incontinentes, la perforante de ré-entrée est de facto condamnée, l'éveinage arrivant nécessairement jusqu'à elle. Par ailleurs cette notion de perforante de ré-entrée est un concept fondateur de la cure CHIVA et n'existait pas du temps du stripping.

M.P rappelle un des reproches souvent fait à la cure CHIVA par les patients à savoir la persistance de veines disgracieuses au plan cosmétique. Je confirme que ce reproche est tout à fait pertinent quand la CHIVA est faite sans connaissance ni apprentissage comme cela fut fait

« massivement » en France, pendant les quelques petites années qui ont suivi la description de la méthode. En revanche, cette ECR prouve le contraire puisque les résultats CHIVA vs Stripping sont identiques en termes de varices donc de cosmétique, pendant les 2 premières années et que les récurrences sont nettement plus fréquentes après Stripping dans les années suivantes [1,2].

M.P marque un bémol en défaveur de la cure CHIVA à cause du fait que cette technique doit être réalisée dans une unité entraînée à cette méthode car dans le cas contraire, « mieux vaut une chirurgie classique correctement exécutée qu'un mauvais CHIVA ». Tout au contraire, Je retiendrai ce bémol en défaveur de nos collègues praticiens et universitaires français qui pendant 20 ans n'ont pas fait le moindre effort pour comprendre et enseigner cette méthode, mais plutôt pour la rejeter. Pourtant n'est il pas, Hippocrate oblige, du devoir des médecins de prodiguer aux patients les soins les meilleurs, fusse au prix du temps nécessaire à l'étude de concepts nouveaux qui bousculent les habitudes de pensée? Peut-on se prévaloir du titre de spécialiste ou compétent si l'on n'en connaît ni n'en comprend les méthodes les plus efficaces ? Heureusement, le contre exemple existe en d'autres pays d'Europe et plus particulièrement en Espagne où près de la moitié des interventions veineuses relèvent de la cure CHIVA, grâce à la prise en main de son enseignement par l'université, notamment en spécialisation de chirurgie vasculaire.

M.P affirme que « même si le stripping est favorisée par la nomenclature des actes médicaux en France, il n'est plus le « gold standard » ». Mais alors, où est donc le « gold standard » ? Et si ce « gold standard » revenait à la méthode la plus validée scientifique ? La cure CHIVA par exemple ?

M.P conclut enfin : « la cure CHIVA devrait être opposée, d'une part aux autres méthodes conservatrices du tronc saphène et, d'autre part, aux autres procédures d'ablation, qu'elle soit thermique ou chimique ». Pourquoi pas, mais la cure CHIVA ayant fait ses preuves, reste aux autres méthodes de faire les leurs car on pourrait les considérer, jusqu'à preuve du contraire, comme expérimentales.

### **Conclusion**

Avant la cure CHIVA, il n'était question que de plus d'efficacité dans la destruction des veines superficielles. Depuis, elle a certainement contribué à ouvrir le champ à la conservation et à l'hémodynamique au point de retoucher progressivement les méthodes destructrices. Elle a pour sa part largement prouvé sa supériorité et ses

praticiens sont prêts, si ils y sont invités, à sacrifier de leur temps pour aider leurs collègues et confrères à acquérir la maîtrise de cette méthode, pour peu qu'ils s'engagent eux aussi à faire les efforts nécessaires. Et il est temps qu'un vrai débat scientifique sur l'hémodynamique veineuse s'ouvre enfin dans les sociétés savantes.

- 1 Oriol Parés et coll. Stripping versus the CHIVA Method. A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg* 2010; 251: 624-31
- 2 Iborra and all. Clinical and random study comparing two, surgical techniques for varicose vein treatment: immediate results. *Angiologia* 2000;6, 253-258
- 3 Carandina, C. and al. Varicose Vein Stripping vs Haemodynamic Correction (CHIVA): a Long Term Randomised Trial. Carandina, C. and al. *Eur J Vasc Endovasc Surg* xx, 1e8 (2007)