

## **Parés JO & coll. Stripping versus the CHIVA Method : A Randomized Controlled Trial. Ann Surg 2010 ; 251 : 624-31**

La méthodologie est a priori impeccable puisque c'est un essai contrôlé randomisé (3 pages de description de la méthode, une demi-page de résultats et une demi-page de discussion).

Cependant il y a pas mal de choses à dire :

- Il semble y avoir des reflux profonds, puisque la classification CEAP étendue (page 625) l'évoque (A<sub>s,p</sub>) alors que le détail des caractéristique hémodynamiques ne le rapporte pas (tableau 1 page 628).
- Le mode d'anesthésie est radicalement différent puisqu'il est beaucoup plus lourd dans le groupe stripping (page 625) : rachi-anesthésie pour le stripping et locale pour la CHIVA. C'est un biais dans la mesure ou les suites opératoires immédiates sont analysées dans les résultats (page 630).
- 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 incompetents et les point de ré-entrées...uniquement sur un examen clinique...Ce groupe n'a visiblement jamais eu d'exploration écho-Doppler puisque les données hémodynamiques exposées dans le tableau 1 (page 628) sont totalement absentes pour le groupe S-CM...
- 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.
- On est également perplexe devant le critère primaire qui est un critère d'évaluation clinique de

la récidence 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.

- Le critère secondaire d'évaluation est un critère écho-Doppler qui est également peu précis : « récidence absente ou non-visible » synonyme de « guérison clinique » et « récidence visible » synonyme d' « échec clinique ». Il y aurait donc des récurrences écho-Doppler et non cliniques ? Si oui à quoi cela correspond-t-il : à une veine intrafasciale refluyente ou à une collatérale sus-fasciale dilatée et refluyente, non visible cliniquement ? Là encore on a du mal à s'y retrouver sur la définition de la récidence, qui est pourtant le critère principal de jugement.
- Il n'y a que 16 perdus de vue à 5 ans sur 460 patients (soit 3,5%) que qui est inédit et très inhabituel pour une étude sur les varices, qui comporte généralement au mieux 20 à 30% de perdus de vue à 5 ans. Le profil démographique des patients est tout à fait habituel (la moyenne d'âge en particulier), donc rien que par rapport au taux de déménagement de ce profil de patient, il est extrêmement étonnant de n'avoir que 3% de perdus de vue à 5 ans.
- Comment expliquer qu'il y ait significativement plus de femmes dans le groupe CHIVA que dans les 2 groupes de stripping (80,5% versus 65,9% p=0,03) tableau 1 (page 628) ????
- 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.

- Toujours dans le tableau 1 page 628, il y a 68,1 % de reflux ostial (ce qui est beaucoup alors que le diamètre moyen saphène n'est pas énorme 6,83 mm) dans le groupe CHIVA alors qu'une crossectomie est systématiquement effectuée (description protocole CHIVA page 627). Comment justifier hémodynamiquement une crossectomie alors qu'il n'y a pas de reflux ostial ???
- Le fait que les résultats du groupe stripping avec exploration hémodynamique et sans exploration hémodynamique soient équivalents est plus qu'étonnant alors que toutes les études ont montré que la connaissance de la situation hémodynamique améliorerait les résultats du stripping. Comment peut-on croire que dans les groupe S-CM et S-DM les résultats soient les mêmes, alors que le chirurgien a choisi à l'intuition clinique l'étendue de l'ablation des segments reflnants ? Peut être que le chirurgien du groupe S-DM n'a tenu aucun compte du marquage préop...
- La comparaison des suites opératoires qui montrent plus d'ecchymoses, de névralgie et une durée de convalescence plus longue dans les groupes stripping n'est pas correcte puisque le mode d'anesthésie n'est pas le même (rachi pour le stripping versus locale pour la CHIVA)
- On aurait aimé connaître le taux de thrombose des saphènes après les procédures CHIVA.
- Un des commentaires de la discussion est assez étonnant (page 630 bas de la deuxième colonne) :

il vaut mieux un stripping bien fait qu'une CHIVA mal exécuté... Comment un partisan de la CHIVA peut-il justifier l'ablation d'une saphène alors qu'on entend dire que cela est quasiment médico-légal par rapport à la destruction du capital veineux ?

En conclusion les résultats de cette étude sont très étonnants (30% de « failure » pour la CHIVA 50% pour le stripping), mais on ne sait pas si:

- on s'est appliqué à retirer de façon méticuleuse les varices dans le groupe CHIVA
  - et on s'est contenté d'un stripping et de quelques phlébectomies dans les groupes stripping
- 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.

Enfin, il faut insister sur le fait que l'argument principal de la préservation du capital veineux comme matériau de pontage est désuet (au moins pour la chirurgie cardiaque) car on l'utilise de moins en moins et la réalisation de strippings courts suffit à préserver un capital suffisant. Ceci d'autant qu'un nombre important de saphène se thrombose après réalisation d'une CHIVA. 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.