

Padrões de refluxo nas veias safenas em homens com insuficiência venosa crônica

Patterns of saphenous reflux in men with chronic venous insufficiency

Carlos Alberto Engelhorn¹, Francisco Eduardo Coral¹, Isabela Chaves Monteiro Soares¹, Gabriel Fernando de Araújo Corrêa¹, Jaqueline Pozzolo Ogeda¹, Larissa Yuri Hara¹, Luisa Saemi Murasse¹

Resumo

Contexto: A insuficiência venosa crônica (IVCr) é frequente e predomina nas mulheres, mas ainda há poucas informações sobre o refluxo nas veias safenas na população masculina. **Objetivos:** Identificar os diferentes padrões de refluxo nas veias safenas magnas (VSMs) e parvas (VSPs) em homens, correlacionando esses dados com a apresentação clínica conforme a classificação Clínica, Etiológica, Anatômica e Fisiopatológica (CEAP). **Métodos:** Foram avaliados 369 membros inferiores de 207 homens pela ultrassonografia vascular (UV) com diagnóstico clínico de IVCr primária. As variáveis analisadas foram a classificação CEAP, o padrão de refluxo nas VSMs e VSPs e a correlação entre os dois. **Resultados:** Nos 369 membros avaliados, 72,9% das VSMs apresentaram refluxo com predominância do padrão segmentar (33,8%). Nas VSPs, 16% dos membros inferiores analisados apresentaram refluxo, sendo o mais frequente o padrão distal (33,9%). Dos membros classificados como C4, C5 e C6, 100% apresentaram refluxo na VSM com predominância do refluxo proximal (25,64%), e 38,46% apresentaram refluxo na VSP com equivalência entre os padrões distal e proximal (33,3%). Refluxo na junção safeno-femoral (JSF) foi detectado em 7,1% dos membros nas classes C0 e C1, 35,6% nas classes C2 e C3, e 64,1% nas classes C4 a C6. **Conclusões:** O padrão de refluxo segmentar é predominante na VSM, e o padrão de refluxo distal é predominante na VSP. A ocorrência de refluxo na JSF é maior em pacientes com IVCr mais avançada.

Palavras-chave: varizes; ultrassonografia; refluxo.

Abstract

Background: Chronic venous insufficiency (CVI) is frequent and predominantly affects women, but there is a lack of information about saphenous vein reflux in the male population. **Objective:** To identify different patterns of reflux in the great and small saphenous veins of men and correlate them with clinical presentation graded according to the Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology (CEAP) classification. **Methods:** A total of 369 lower limbs in 207 men with a clinical diagnosis of primary CVI of the lower limbs were evaluated using vascular ultrasound (VU). The variables analyzed were CEAP clinical classification, patterns of reflux in the great and small saphenous veins, and the correlations between them. **Results:** A total of 369 limbs were evaluated and in 72.9% of them the great saphenous vein (GSV) had reflux, predominantly the segmental pattern (33.8%), while in 16% of the lower limbs analyzed the small saphenous vein (SSV) had reflux, among which the most frequent pattern was distal (33.9%). All limbs classified as C4, C5, or C6 had GSV reflux, predominantly proximal (25.64%), while 38.46% had SSV reflux compatible with distal and proximal reflux patterns (33.3%). Reflux was detected at the saphenofemoral junction (SFJ) in 7.1% of limbs graded C0 and C1, in 35.6% of C2 and C3 limbs and in 64.1% of C4 to C6 limbs. **Conclusion:** The predominant reflux patterns are segmental at the GSV and distal at the SSV. The frequency of SFJ reflux is higher in patients with more advanced CVI.

Keywords: varicose veins; ultrasonography; reflux.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, Curitiba, PR, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Junho 13, 2016. Aceito em: Setembro 21, 2016.

O estudo foi realizado no Angiolab – Laboratório Vascular Não Invasivo e na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A insuficiência venosa crônica (IVCr) é uma afecção bastante comum na população jovem e de meia idade, principalmente em mulheres, sendo sua prevalência progressiva com o aumento da idade¹.

De acordo com o estudo de Edinburg, as telangiectasias e as veias reticulares acometem até 85% das mulheres, e as veias varicosas atingem um terço da população de ambos os sexos entre 18 e 64 anos².

Maffei et al. avaliaram 1.755 adultos com mais de 15 anos (443 homens e 1.312 mulheres) e demonstraram uma prevalência de veias varicosas de 47,6%, sendo 37,9% em homens e 50,9% em mulheres³.

Nos membros inferiores (MMII), a IVCr manifesta-se com dor, edema, veias varicosas, eczema, hiperpigmentação, atrofia branca, lipodermatoesclerose e úlceras devido à hipertensão venosa causada pelo refluxo nas veias superficiais, perfurantes e/ou profundas. A gravidade clínica da IVCr pode ser avaliada pela classificação Clínica, Etiológica, Anatômica e Fisiopatológica (CEAP)⁴⁻⁶.

De acordo com a classificação CEAP, a clínica da IVCr é classificada em: C0 – sem sinais de doenças venosas visíveis ou palpáveis; C1 – telangiectasias e veias reticulares; C2 – veias varicosas; C3 – presença de edema; C4a – pigmentação parda, eczema; C4b – lipodermatoesclerose ou atrofia branca; C5 – úlcera venosa cicatrizada; e C6 – úlcera venosa ativa⁷.

A ultrassonografia vascular (UV) é o exame de imagem de escolha para avaliar pacientes com IVCr e permite tanto a avaliação anatômica quanto hemodinâmica das veias profundas, safenas e tributárias e veias perfurantes, possibilitando a detecção e localização do refluxo venoso⁸.

Com a identificação e localização anatômica pela UV das fontes de refluxo nas veias safenas magnas (VSMs) e parvas (VSPs) e dos pontos de drenagem de refluxo para o sistema venoso profundo, é possível definir os padrões de refluxo nas veias safenas, o que permite uma avaliação individual de cada extremidade⁹.

Padrões de refluxo venoso foram estudados em pacientes do sexo feminino⁸, mas não existem evidências detalhadas na literatura descrevendo achados especificamente na população masculina.

O objetivo do presente estudo foi identificar os diferentes padrões de refluxo nas veias safenas em pacientes do sexo masculino e correlacionar esses padrões com a apresentação clínica da classificação CEAP.

■ MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal em pacientes consecutivos do sexo masculino, com diagnóstico clínico de IVCr e avaliados pela UV.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com IVCr primária e sem cirurgia prévia de varizes. Foram excluídos homens com IVCr secundária e congênita, com tromboflebite recente ou antiga nas veias safenas, e mulheres.

Os pacientes foram avaliados consecutivamente em um período de 4 meses em um laboratório vascular certificado pela ISO 9001 por ultrassonografistas vasculares experientes com certificado de área de atuação pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brasil, sob protocolo nº 39755314.0.0000.0020.

No momento do estudo pela UV com os pacientes em posição ortostática, foi realizada a avaliação clínica e classificação (CEAP) de cada um dos MMII. Os MMII classificados foram distribuídos em três grupos: C0 ou C1, C2 ou C3, e C4 a C6, correspondendo a IVCr leve, moderada e grave, respectivamente.

Avaliação ultrassonográfica

Os pacientes foram avaliados com aparelhos Siemens-Antares® e Siemens-X700® (Issaquah, WA, USA), inicialmente para a exclusão de trombose venosa recente ou antiga, em decúbito dorsal, com cortes ultrassonográficos transversais em modo B e manobras de compressibilidade das veias, utilizando transdutores de baixa frequência (5 MHz).

O estudo das VSMs e VSPs foi realizado com os pacientes em posição ortostática, com transdutor de alta frequência (7-10 MHz), para a obtenção das imagens das veias em cortes ultrassonográficos longitudinais em modo B. Com o auxílio do mapeamento em cores do fluxo, foi realizada a pesquisa de refluxo pela manobra de compressão muscular manual distal ao posicionamento do transdutor.

Para a quantificação do refluxo nas veias safenas, foi considerado o tempo de duração do refluxo superior a meio segundo^{10,11}. Não foi considerada a velocidade de pico do refluxo, uma vez que as VSMs não apresentavam tortuosidades ou grandes dilatações. Apesar de não ser o objetivo do trabalho, os diâmetros mensurados variaram entre 6,8 a 9 mm na JSF, 3 a 5,5 mm na coxa e 2,5 a 3,5 mm na perna.

Padrões de refluxo

Os tipos de refluxo (Figuras 1 e 2) nas VSMs e VSPs foram definidos de acordo com a classificação proposta por Engelhorn et al.⁹:

- I. Padrão de refluxo perijuncional: caracterizado pelo refluxo na junção safeno-femoral (JSF) ou na junção safeno-poplítea (JSP), escoado por veias tributárias, com manutenção da competência valvular na veia safena.
- II. Padrão de refluxo proximal: caracterizado por refluxo na JSF ou na JSP, estendendo-se para a veia safena e escoado por veias tributárias superficiais ou veias perforantes na topografia da coxa ou perna, com manutenção da competência valvular nos segmentos mais distais da veia safena.
- III. Padrão de refluxo distal: caracterizado pela ausência de refluxo na JSF ou na JSP e na veia safena proximal, com refluxo na veia safena distal até a região perimaleolar causado por veias tributárias superficiais ou veias perforantes na topografia da coxa ou perna.
- IV. Padrão de refluxo segmentar: caracterizado por um único segmento da veia safena com refluxo na topografia da coxa, do joelho ou da perna, sem envolver a JSF ou a JSP, causado e escoado por veia tributária ou perforante.
- V. Padrão de refluxo multissegmentar: caracterizado por dois ou mais segmentos da veia safena com refluxo na topografia da coxa e/ou da perna. Esse padrão de refluxo subdivide-se em multissegmentar com refluxo na JSF ou na JSP e multissegmentar sem refluxo na JSF ou na JSP.
- VI. Padrão de refluxo difuso: caracterizado por refluxo em toda a extensão da veia safena, desde a JSF ou a JSP até a região perimaleolar.

Para avaliação do refluxo na JSF ou JSP, optou-se por agrupar os padrões de refluxo perijuncional, proximal, multissegmentar com refluxo na JSF ou JSP e difuso em um grupo denominado refluxo juncional.

Os resultados das variáveis quantitativas foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Para variáveis

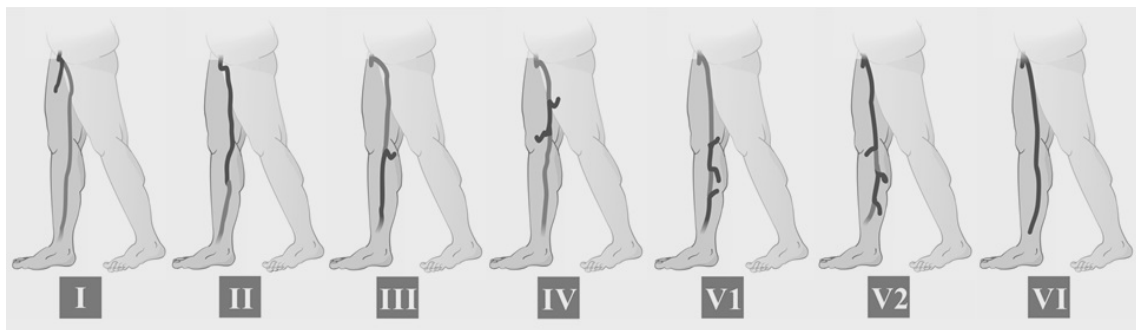


Figura 1. Padrões de refluxo da veia safena magna: **I**) Padrão de refluxo em perijuncional; **II**) Padrão de refluxo proximal; **III**) Padrão de refluxo distal; **IV**) Padrão de refluxo segmentar; **V1**) Padrão de refluxo multissegmentar sem refluxo em JSF; **V2**) Padrão de refluxo multissegmentar com refluxo em JSF; **VI**) Padrão de refluxo difuso.



Figura 2. Padrões de refluxo da veia safena parva: **I**) Padrão de refluxo em perijuncional; **II**) Padrão de refluxo proximal; **III**) Padrão de refluxo distal; **IV**) Padrão de refluxo segmentar; **V1**) Padrão de refluxo multissegmentar sem refluxo em JSP; **V2**) Padrão de refluxo multissegmentar com refluxo em JSP; **VI**) Padrão de refluxo difuso.

qualitativas foram apresentadas frequências e percentuais. Para avaliação de fatores associados à classificação CEAP, foi considerado o teste qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v20.

RESULTADOS

Foram avaliados 395 MMII, sendo que 26 membros foram excluídos devido a safenectomia. Foram incluídos dados de 369 MMII de 207 pacientes com idades entre 23 e 85 anos, sendo a média de idade de 48 anos. Dos 207 pacientes, 165 realizaram o exame em ambos os MMII e, em 39, o exame foi realizado unilateralmente, totalizando 184 MMII esquerdos e 185 MMII direitos.

Dos MMII analisados, 108 (29,3%) foram classificados como C0 ou C1; 222 (60,2%) como C2 ou C3; e 39 (10,6%) como C4 a C6.

Com relação à presença de refluxo nas veias safenas, 269 (72,9%) MMII apresentaram refluxo na VSM e 39 (16%) na VSP.

Com relação aos padrões de refluxo nas veias safenas (Tabelas 1 e 2), o refluxo mais frequente na VSM foi o segmentar (33,8%) e na VSP, o refluxo distal (33,9%).

Correlacionando o padrão de refluxo nas veias safenas com a classificação CEAP (Tabela 1), observou-se que nas VSMs cujos membros foram classificados como C4 a C6, 100% apresentaram refluxo. Do mesmo modo, na VSP também houve predominância de refluxo em membros com esses estádios clínicos, sendo esse achado também estatisticamente significativo (Tabela 1 e Figura 3).

Correlacionando os diferentes padrões de refluxo da VSM com a apresentação clínica (Tabela 2), observou-se que nos membros classificados como C0 ou C1 houve predomínio do padrão de refluxo segmentar (57,14%), assim como nos classificados como C2 ou C3 (33,51%). Para as extremidades

Tabela 1. Incidência de refluxo nas veias safenas de acordo com a classificação clínica.

		C (CEAP*)			VALOR DE P
		0 OU 1	2 OU 3	4, 5 OU 6	
Refluxo na veia safena magna	NÃO	66	34	0	< 0,001
		61,11%	15,32%	0,00%	
	SIM	42	188	39	
		38,89%	84,68%	100,00%	
Refluxo na veia safena parva	NÃO	97	189	24	
		89,81%	85,14%	61,54%	
	SIM	11	33	15	
		10,19%	14,86%	38,46%	

*CEAP: Classificação Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia.

Tabela 2. Incidência dos padrões de refluxo na veia safena magna de acordo com a classificação clínica.

Padrões de refluxo na veia safena magna	CEAP†		
	0 ou 1	2 ou 3	4, 5 ou 6
Segmentar	24	63	4
	57,14%	33,51%	10,26%
Proximal	2	24	10
	4,76%	12,77%	25,64%
Multissegmentar com refluxo em JSF	1	30	9
	2,38%	15,96%	23,08%
Multissegmentar sem refluxo em JSF	7	36	5
	16,67%	19,15%	12,82%
Distal	8	22	5
	19,05%	11,70%	12,82%
Difuso	0	13	6
	0,00%	6,91%	15,38%
Total*	42	188	39

*Restrito aos casos que tiveram refluxo na veia safena interna; †CEAP: Classificação Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia.

classificadas como C4, C5 ou C6, a maior incidência foi de refluxos proximal e multissegmentar com refluxo de JSF (25,64% e 23,08%, respectivamente).

Dos 369 MMII avaliados, 95 (25,7%) apresentaram refluxo na JSF. Considerando o refluxo na JSF e correlacionando com as classes clínicas CEAP (Tabela 3), verificou-se uma maior incidência de

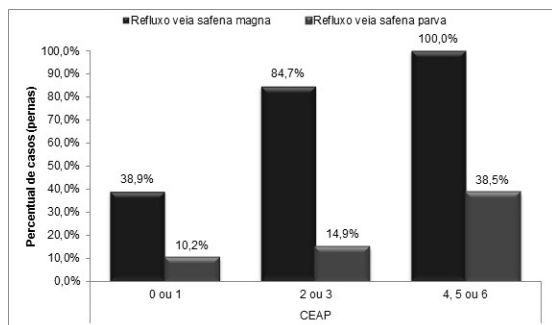


Figura 3. Incidência de refluxo nas veias safenas de acordo com a classificação clínica.

refluxo (64,1%) nos membros com estágio clínico C4, C5 ou C6 ($p < 0,001$).

Na VSP, o padrão de refluxo distal foi predominante entre os membros com C0 ou C1 (63,64%). Nos membros com C2 ou C3, os padrões distal, proximal e segmentar se apresentaram com porcentagens muito próximas (24,24%, 27,27% e 30,30%, respectivamente). Para as extremidades C4, C5 ou C6, os padrões distal e proximal foram predominantes, ambos aparecendo em 33,3% dos casos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A pesquisa anatomofuncional pela UV do sistema venoso profundo dos MMII em pacientes com sinais ou sintomas de IVCr permite uma avaliação individualizada de cada extremidade, além de fornecer dados para o planejamento cirúrgico mais adequado e com menor chance de recidiva⁸.

Tabela 3. Incidência dos padrões de refluxo na veia safena magna de acordo com a classificação clínica. Os padrões com refluxo em JSF foram agrupados em um único padrão denominado juncional.

Padrões de refluxo na veia safena magna	C (CEAP [†])		
	0 ou 1	2 ou 3	4, 5 ou 6
Juncional	3 7,14%	67 35,64%	25 64,10%
Segmentar	24 57,14%	63 33,51%	4 10,26%
Multissegmentar sem refluxo de junção	7 16,67%	36 19,15%	5 12,82%
Distal	8 19,05%	22 11,70%	5 12,82%
Total*	42	188	39

*Valor de $p < 0,001$; †CEAP: Classificação Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia.

Tabela 4. Incidência dos padrões de refluxo na veia safena parva de acordo com a classificação clínica.

Padrões de refluxo na veia safena parva	CEAP [†]		
	0 ou 1	2 ou 3	4, 5 ou 6
Distal	7 63,64%	8 24,24%	5 33,33%
Proximal	2 18,18%	9 27,27%	5 33,33%
Difuso	0 0,00%	2 6,06%	1 6,67%
Segmentar	0 0,00%	10 30,30%	3 20,00%
Multissegmentar com refluxo de JSP	0 0,00%	3 9,09%	0 0,00%
Multissegmentar sem refluxo de JSP	2 18,18%	1 3,03%	1 6,67%
Total	11	33	15

†CEAP: Classificação Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia.

Considerando especificamente a população masculina com IVCr, a literatura é escassa na identificação dos padrões de refluxo nas veias safenas e sua correlação com as diferentes fases da doença.

O presente estudo focou-se justamente nessa população pela análise quantitativa dos refluxos a partir de padrões previamente definidos por Engelhorn et al.⁹, e a correlação com as manifestações clínicas da IVCr.

Nosso trabalho demonstrou a presença de refluxo na maioria (73%) das VSMs e somente em 16% das VSPs, corroborando os achados de um estudo prévio semelhante em mulheres com varizes¹².

Engelhorn et al.⁹ constataram, em uma população formada por homens e mulheres com IVCr primária, que houve maior incidência na VSM do padrão de refluxo segmentar, seguido pelos padrões multissegmentar sem refluxo de JSF, distal, proximal, multissegmentar com refluxo de JSF e difuso.

Em outro estudo realizado por Engelhorn et al.¹² em uma população exclusivamente feminina com varizes primárias nos MMII (CEAP 2), também foi demonstrada uma maior incidência do padrão segmentar de refluxo na VSM, seguido pelo padrão multissegmentar sem refluxo de JSF.

Neste trabalho, o padrão de maior incidência também foi o segmentar, seguido pelo multissegmentar sem refluxo de junção, multissegmentar com refluxo de JSF, proximal, distal e difuso. Tais diferenças em relação aos estudos anteriores podem ter ocorrido devido às populações estudadas, o que ressalta a necessidade de avaliar populações específicas. Entretanto, independentemente da população estudada, o refluxo na VSM não é predominante da JSF.

Para a VSP, em nosso estudo, o padrão de refluxo mais frequente foi o distal, seguido pelo proximal e segmentar, demonstrando uma diferença em relação aos padrões identificados nas mulheres (CEAP 2), nas quais houve predomínio do padrão segmentar, seguido dos padrões distal e proximal¹².

Cassou et al.¹³ identificaram a probabilidade dos diferentes padrões de refluxo em veias safenas de mulheres nos diferentes estádios clínicos da IVCr, sendo que das 288 VSMs nas extremidades identificadas como CEAP C1, 157 (54,51%) não apresentaram refluxo e 87 (30,21%) apresentaram refluxo segmentar. As VSMs das extremidades identificadas como CEAP C2, C3 e C4 apresentaram refluxo segmentar, respectivamente, em 214 (35,97%), 104 (38,10%) e nove (42,86%). Das VSMs das extremidades identificadas como CEAP C5, duas (50%) apresentaram refluxo tipo multissegmentar, e, na CEAP C6, foram encontrados em igual proporção

os padrões ausente, segmentar e difuso (33,33%) em cada uma das extremidades.

Do mesmo modo, em nosso trabalho foi correlacionada a apresentação clínica da IVCr com os diferentes padrões de refluxo na VSM. Assim como no trabalho de Cassou et al., nos pacientes do sexo masculino houve maior incidência de refluxo segmentar tanto nas classes C0 e C1 (57%) quanto nas classes C2 ou C3 (33,51%). Esse achado corrobora a hipótese de que a doença venosa se inicia de forma segmentar para posterior degeneração na forma de padrões que abrangem maior extensão na veia.

Por outro lado, na doença venosa mais avançada (C4 a C6) foi identificada a predominância do refluxo juncional em 64% dos MMII. Esse achado concorda com os estudos que demonstraram uma associação entre o acometimento da JSF e formas graves de apresentação clínica da IVCr^{14,15}.

Na VSP, o padrão de refluxo distal foi predominante entre os membros com apresentação clínica C0 ou C1. Já nas classes C2 ou C3, três padrões se destacaram com porcentagens muito próximas de incidência: distal, proximal e segmentar. Em C4, C5 ou C6, os padrões distal e proximal foram os mais incidentes, com o mesmo percentual (33,33%), padrões estes não identificados na população feminina¹³.

Labropoulos et al.¹⁶ compararam o refluxo venoso e as manifestações clínicas da IVCr em 255 membros inferiores de 217 pacientes sem a definição exata dos diferentes padrões de refluxo, e sim com a atribuição dos refluxos como abrangendo ou não JSF e supra ou infrapatelar. Esses autores encontraram associação entre a ocorrência de refluxo infrapatelar e a presença de sinais clínicos de IVCr mais avançada.

Em nosso trabalho, a ocorrência de refluxo na JSF e JSP, como já apresentado, esteve relacionada a sinais clínicos de IVCr mais avançada (C4 a C6). No entanto, não foi pesquisada a associação do refluxo com a extensão ou localização específica dos refluxos segmentares. Apesar de ser clara a relação encontrada em nosso trabalho entre a presença de refluxo juncional e a maior intensidade das manifestações clínicas de apresentação da doença, talvez, fazendo-se uma análise mais apurada com a diferenciação dos locais de acometimento segmentar e da extensão de cada refluxo, fosse possível comparar nossos achados aos de Labropoulos et al. Assim, seria possível verificar se realmente há relação entre refluxos segmentares abaixo do joelho e a presença de manifestações clínicas mais avançadas¹⁶.

Conclui-se que o padrão de refluxo segmentar é predominante na VSM, e o padrão de refluxo distal é predominante na VSP. Além disso, as apresentações

clínicas iniciais da doença relacionam-se a refluxos segmentares, com maior envolvimento da JSF e da JSP nas apresentações clínicas mais avançadas de IVCr.

■ AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marcia Olandoski, pela competente análise estatística.

■ REFERÊNCIAS

1. Scuderi A, Raskin B, Al Assal F, et al. The incidence of venous disease in Brazil based on the CEAP classification. *Int Angiol.* 2002;21(4):316-21. PMID:12518109.
2. Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population : Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53(3):149-53. PMID:10396491. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.53.3.149>.
3. Maffei FH, Magaldi C, Pinho SZ, et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol.* 1986;15(2):210-7. PMID:3721683. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/15.2.210>.
4. Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-98. PMID: 16885552. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra055289>.
5. Schmid-Schonbein GW, Takase S, Bergan JJ. New advances in the understanding of the pathophysiology of chronic venous insufficiency. *Angiology.* 2001;52(Suppl 1):S27-34. PMID:11510594. <http://dx.doi.org/10.1177/000331970105200104>.
6. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, et al. Management of chronic venous disease. clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49(6):678-737. PMID:25920631.
7. Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40(6):1248-52. PMID:15622385. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2004.09.027>.
8. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs –UIP consensus document. Part I basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006;31(1):83-92. PMID:16226898. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2005.07.019>.
9. Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, Casagrande C, Gosalan CJ, Ribas E. Classificação anatomo-funcional da insuficiência das veias safenas baseada no eco-Doppler colorido, dirigida para o planejamento da cirurgia de varizes. *J Vasc Bras.* 2004;3(1):13-9.
10. van Bemmelen S, Bedford G, Beach K, Strandness DE Jr. Quantitative segmental evaluation of venous valvular reflux with duplex ultrasound scanning. *J Vasc Surg.* 1989;10(4):425-31. PMID:2677416. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(89\)90417-5](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(89)90417-5).

11. Labropoulos N, Tiongson J, Pryor L, et al. Definition of venous reflux in lower-extremity veins. *J Vasc Surg.* 2003;38(4):793-8. PMID:14560232. [http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214\(03\)00424-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(03)00424-5).
12. Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, Salles-Cunha SX. Patterns of saphenous reflux in women with primary varicose veins. *J Vasc Surg.* 2005;41(4):645-51. PMID:15874929. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2004.12.051>.
13. Cassou MF, Gonçalves PCZ, Engelhorn CA. Probabilidade de refluxo nas veias safenas de mulheres com diferentes graus de insuficiência venosa crônica. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):238-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492007000300007>.
14. Garcia-Gimeno M, Rodriguez-Camarero S, Tagarro-Villalba S, et al. Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity. *Phleb J Venous Dis.* 2013;28(3):153-61. PMID:22345327. <http://dx.doi.org/10.1258/phleb.2011.011114>.
15. Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Classification of saphenous refluxes: implications for treatment. *Phleb J Venous Dis.* 2008;1(23):2-9. PMID:18361263. <http://dx.doi.org/10.1258/phleb.2007.007042>.
16. Labropoulos N, Leon M, Nicolaidis AN, Giannoukas AD, Volteas N, Chan P. Superficial venous insufficiency: correlation of anatomic extent of reflux with clinical symptoms and signs. *J Vasc Surg.* 1994;20(6):953-8. PMID:7990191. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(94\)90233-X](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(94)90233-X).

Correspondência

Carlos Alberto Engelhorn
Rua da Paz, 195, sala 2 - Bairro Alto da XV
CEP 80060-160 - Curitiba (PR), Brasil
Tel.: (41) 3362-0133
E-mail: caengelhorn@gmail.com

Informações sobre os autores

CAE - Doutor em Cirurgia Vascular pela Universidade Federal de São Paulo e professor titular de Angiologia na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
FEC - Mestre em Cirurgia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e professor assistente de Angiologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
ICMS, GFAC, JPO, LYH e LSM - Acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: CAE
Análise e interpretação dos dados: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Coleta de dados: ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Redação do artigo: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Revisão crítica do texto: CAE
Aprovação final do artigo*: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Análise estatística: CAE
Responsabilidade geral pelo estudo: CAE

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *J Vasc Bras.*

Patterns of saphenous reflux in men with chronic venous insufficiency

Padrões de refluxo nas veias safenas em homens com insuficiência venosa crônica

Carlos Alberto Engelhorn¹, Francisco Eduardo Coral¹, Isabela Chaves Monteiro Soares¹, Gabriel Fernando de Araújo Corrêa¹, Jaqueline Pozzolo Ogeda¹, Larissa Yuri Hara¹, Luisa Saemi Murasse¹

Abstract

Background: Chronic venous insufficiency (CVI) is frequent and predominantly affects women, but there is a lack of information about saphenous vein reflux in the male population. **Objective:** To identify different patterns of reflux in the great and small saphenous veins of men and correlate them with clinical presentation graded according to the Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology (CEAP) classification. **Methods:** A total of 369 lower limbs in 207 men with a clinical diagnosis of primary CVI of the lower limbs were evaluated using vascular ultrasound (VU). The variables analyzed were CEAP clinical classification, patterns of reflux in the great and small saphenous veins, and the correlations between them. **Results:** A total of 369 limbs were evaluated and in 72.9% of them the great saphenous vein (GSV) had reflux, predominantly the segmental pattern (33.8%), while in 16% of the lower limbs analyzed the small saphenous vein (SSV) had reflux, among which the most frequent pattern was distal (33.9%). All limbs classified as C4, C5, or C6 had GSV reflux, predominantly proximal (25.64%), while 38.46% had SSV reflux compatible with distal and proximal reflux patterns (33.3%). Reflux was detected at the saphenofemoral junction (SFJ) in 7.1% of limbs graded C0 and C1, in 35.6% of C2 and C3 limbs and in 64.1% of C4 to C6 limbs. **Conclusion:** The predominant reflux patterns are segmental at the GSV and distal at the SSV. The frequency of SFJ reflux is higher in patients with more advanced CVI.

Keywords: varicose veins; ultrasonography; reflux.

Resumo

Contexto: A insuficiência venosa crônica (IVCr) é frequente e predomina nas mulheres, mas ainda há poucas informações sobre o refluxo nas veias safenas na população masculina. **Objetivos:** Identificar os diferentes padrões de refluxo nas veias safenas magnas (VSMs) e parvas (VSPs) em homens, correlacionando esses dados com a apresentação clínica conforme a classificação Clínica, Etiológica, Anatômica e Fisiopatológica (CEAP). **Métodos:** Foram avaliados 369 membros inferiores de 207 homens pela ultrassonografia vascular (UV) com diagnóstico clínico de IVCr primária. As variáveis analisadas foram a classificação CEAP, o padrão de refluxo nas VSMs e VSPs e a correlação entre os dois. **Resultados:** Nos 369 membros avaliados, 72,9% das VSMs apresentaram refluxo com predominância do padrão segmentar (33,8%). Nas VSPs, 16% dos membros inferiores analisados apresentaram refluxo, sendo o mais frequente o padrão distal (33,9%). Dos membros classificados como C4, C5 e C6, 100% apresentaram refluxo na VSM com predominância do refluxo proximal (25,64%), e 38,46% apresentaram refluxo na VSP com equivalência entre os padrões distal e proximal (33,3%). Refluxo na junção safeno-femoral (JSF) foi detectado em 7,1% dos membros nas classes C0 e C1, 35,6% nas classes C2 e C3, e 64,1% nas classes C4 a C6. **Conclusões:** O padrão de refluxo segmentar é predominante na VSM, e o padrão de refluxo distal é predominante na VSP. A ocorrência de refluxo na JSF é maior em pacientes com IVCr mais avançada.

Palavras-chave: varizes; ultrassonografia; refluxo.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, Curitiba, PR, Brazil.

Financial support: None.

Conflicts of interest: No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Submitted: June 13, 2016. Accepted: September 21, 2016.

The study was carried out at Angiolab – Laboratório Vascular Não Invasivo and at Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brazil.

■ INTRODUCTION

Chronic venous insufficiency (CVI) is a very common condition in the young and middle-aged population, primarily in women, and its prevalence increases progressively with age.¹

According to the Edinburgh study, telangiectasias and reticular veins affect up to 85% of women, while one third of the population of both sexes aged 18 to 64 years have varicose veins.²

Maffei et al. assessed 1,755 adults over the age of 15 years (443 men and 1,312 women) and demonstrated a 47.6% prevalence of varicose veins: 37.9% in men and 50.9% in women.³

In the lower limbs (LL), CVI manifests with pain, edema, varicose veins, eczema, hyperpigmentation, atrophie blanche, lipodermatosclerosis, and ulcers resulting from venous hypertension caused by reflux in superficial, perforating and/or deep veins. The clinical severity of CVI can be graded according to the Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification (CEAP).⁴⁻⁶

According to the CEAP classification, CVI clinical status is graded as follows: C0 – no visible or palpable signs of venous disease; C1 – telangiectasias and reticular veins; C2 – varicose veins; C3 – edema; C4a – pigmentation or eczema; C4b – lipodermatosclerosis or atrophie blanche; C5 – healed venous ulcer; or C6 – active venous ulcer.⁷

Vascular ultrasonography (VU) is the imaging exam of choice for evaluation of patients with CVI, enabling anatomic and hemodynamic assessment of the deep, saphenous, tributary, and perforating veins, and detection and location of venous reflux.⁸

Once sources of reflux in the great saphenous veins (GSVs) and small saphenous veins (SSVs) and the points at which the reflux drains into the deep vein system have been identified and located anatomically using VU, it is possible to define the patterns of saphenous vein reflux, offering an individual assessment of each extremity.⁹

Venous reflux patterns have been studied in female patients,⁸ but there is no detailed evidence in the literature describing findings specific to the male population.

The objective of the present study was to identify the different patterns of reflux in the saphenous veins of male patients and to correlate these patterns with clinical presentation graded according to the CEAP classification.

■ METHODS

A cross-sectional study based on clinical diagnoses of CVI and VU assessments was conducted with a consecutive series of male patients.

Inclusion criteria were male patients over the age of 18 years, with primary CVI and no previous varicose vein surgery. Exclusion criteria were secondary and congenital CVI, recent or long-term thrombophlebitis of the saphenous veins, and being female.

Patients were assessed consecutively over a 4-month period at a vascular laboratory with ISO 9001 certification by experienced vascular ultrasonographers with certification from the Brazilian Society for Angiology and Vascular Surgery (Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular).

The study was approved by the Research Ethics Committee at the Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brazil, under protocol number 39755314.0.0000.0020.

Patients were examined with VU while standing upright and at the same time a clinical assessment was made of each LL, which were then classified using the CEAP. Each LL was allocated to one of three groups on the basis of CEAP grade: C0 and C1, C2 and C3, or C4 to C6, equivalent to mild, moderate and severe CVI respectively.

Ultrasonographic assessment

Patients were examined in decubitus dorsal using Siemens-Antares® and Siemens-X700® equipment (Issaquah, WA, USA), initially to rule out recent or past venous thrombosis, using transverse ultrasound slices in B mode and vein compressibility maneuvers with a low frequency transducer (5 MHz).

Great and small saphenous veins were examined with the patients standing upright, using a high frequency transducer (7-10 MHz) to acquire images of the veins on longitudinal ultrasound slices in B mode. With the aid of color flow mapping, manual compression maneuvers distal of the transducer were used to screen for reflux.

Quantification of reflux in the saphenous veins was based on a duration of reflux greater than half a second.^{10,11} Peak reflux velocity was not taken into account because the GSVs did not exhibit tortuosity or major dilations. Although unrelated to the study objective, diameters were measured and found to vary from 6.8 to 9 mm at the SFJ, 3 to 5.5 mm in the thigh, and 2.5 to 3.5 mm in the leg.

Reflux patterns

The types of reflux (Figures 1 and 2) observed in GSVs and SSVs were defined according to the classification proposed by Engelhorn et al.,⁹ as follows:

- I. Perijunctional reflux pattern - characterized by reflux at the saphenofemoral junction (SFJ) or saphenopopliteal junction (SPJ) drained by tributaries, with valvular competence of the saphenous vein.
- II. Proximal reflux pattern - characterized by reflux at the SFJ or SPJ, extending to the saphenous vein, drained by superficial tributary or perforating vein at thigh or leg level, with preservation of valvular competence in more distal segments of the saphenous vein.
- III. Distal reflux pattern - characterized by absence of reflux in SFJ and SPJ and in the proximal saphenous vein, with reflux in the great saphenous vein up to the medial

malleolus, caused by superficial tributary or perforating vein at thigh or leg level.

- IV. Segmental reflux pattern - characterized by reflux in a single segment of the great saphenous vein at thigh, knee and/or leg level, with no involvement of SFJ or SPJ, caused and drained by a tributary or perforating vein.
- V. Multisegmental reflux pattern - characterized by reflux in two or more segments of the great saphenous vein at thigh and/or leg level. This reflux pattern is divided into multisegmental with reflux at SFJ or SPJ and multisegmental without reflux at SFJ or SPJ.
- VI. Diffuse reflux pattern - characterized by reflux in the whole of the great saphenous vein, from the saphenofemoral junction up to the medial malleolus.

For the purposes of assessing reflux at the SFJ or SPJ, the perijunctional reflux, proximal reflux, multisegmental with reflux at SFJ or SPJ and

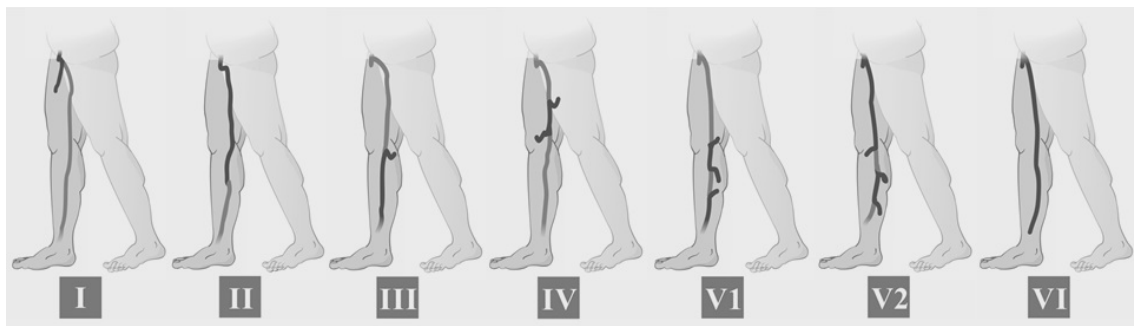


Figure 1. Patterns of reflux in the great saphenous vein: **I)** Medial junction reflux pattern; **II)** Proximal reflux pattern; **III)** Distal reflux pattern; **IV)** Segmental reflux pattern; **V1)** Multisegmental pattern without reflux at SFJ; **V2)** Multisegmental pattern with reflux at SFJ; **VI)** Diffuse reflux pattern.



Figure 2. Patterns of reflux in the small saphenous vein: **I)** Medial junction reflux pattern; **II)** Proximal reflux pattern; **III)** Distal reflux pattern; **IV)** Segmental reflux pattern; **V1)** Multisegmental pattern without reflux at SPJ; **V2)** Multisegmental pattern with reflux at SPJ; **VI)** Diffuse reflux pattern.

diffuse reflux patterns were all grouped together in a “junctional” reflux pattern.

Results for quantitative variables were expressed as means, medians, minimum and maximum values, and standard deviations. Qualitative variables were expressed as frequencies and percentages. The chi-square test was used to analyze factors associated with CEAP classifications. Results with p values < 0.05 were considered statistically significant. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics v20.

RESULTS

A total of 395 LL were evaluated, but 26 limbs were excluded because of saphenectomies. The study sample therefore comprised 369 LL from 207 patients aged 23 to 85 years, with a mean age of 48 years. Of these 207 patients, 165 had both LL examined and 39 had a unilateral examination, resulting in 184 left LL and 185 right LL.

Clinical assessment of the LL resulted in 108 (29.3%) LL classified as C0 or C1; 222 (60.2%) as C2 or C3; and 39 (10.6%) as C4, C5 or C6.

With regard to presence of reflux in the saphenous veins, 269 (72.9%) LL exhibited reflux in the GSV and 39 (16%) in the SSV.

The results for reflux patterns in the saphenous veins (Tables 1 and 2) showed that the most common type of reflux in the GSV was the segmental reflux pattern (33.8%) and the most common type in the SSV was the distal reflux pattern (33.9%).

Correlating the reflux patterns in saphenous veins with the CEAP classifications (Table 1) showed that 100% of GSVs in limbs classified as C4 to C6 exhibited reflux. In a similar manner, there was also a predominance of reflux in the SSVs of limbs with these clinical grades and this finding was also statistically significant (Table 1 and Figure 3).

Correlating the different reflux patterns in GSVs with clinical presentation (Table 2) showed that the segmental reflux pattern was the most common in

Table 1. Incidence of reflux in the saphenous veins, by clinical classification.

		C (CEAP*)			P VALUE
		0 OR 1	2 OR 3	4, 5 OR 6	
Reflux in the great saphenous vein	NO	66 61.11%	34 15.32%	0 0.00%	< 0.001
	YES	42 38.89%	188 84.68%	39 100.00%	
Reflux in the small saphenous vein	NO	97 89.81%	189 85.14%	24 61.54%	
	YES	11 10.19%	33 14.86%	15 38.46%	

*CEAP: Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification.

Table 2. Incidence of patterns of reflux in the great saphenous vein by clinical classification.

Reflux patterns in the great saphenous vein	CEAP†		
	0 or 1	2 or 3	4, 5 or 6
Segmental	24 57.14%	63 33.51%	4 10.26%
Proximal	2 4.76%	24 12.77%	10 25.64%
Multisegmental with reflux at SFJ	1 2.38%	30 15.96%	9 23.08%
Multisegmental without reflux at SFJ	7 16.67%	36 19.15%	5 12.82%
Distal	8 19.05%	22 11.70%	5 12.82%
Diffuse	0 0.00%	13 6.91%	6 15.38%
Total*	42	188	39

*Restricted to cases with reflux in the internal saphenous vein; †CEAP: Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification.

limbs classified as C0 or C1 (57.14%) and also in limbs classified as C2 or C3 (33.51%). However, the highest incidence rates in extremities classified as C4, C5, or C6 were for proximal reflux and multisegmental reflux with SFJ reflux (25.64% and 23.08% respectively).

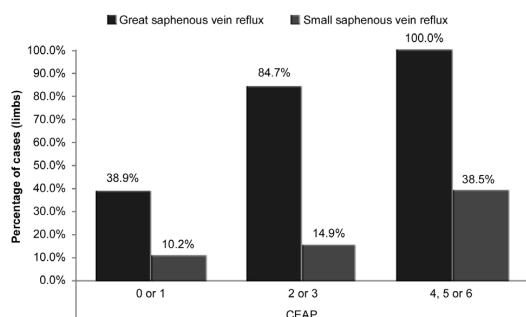


Figure 3. Incidence of reflux in the saphenous veins, by clinical classification.

Table 3. Incidence of reflux patterns in the great saphenous vein, by clinical classification. Patterns including reflux in the SFJ were combined into a single group entitled junctional reflux pattern.

Reflux patterns in the great saphenous vein	C (CEAP) [†]		
	0 or 1	2 or 3	4, 5 or 6
Junctional	3 7.14%	67 35.64%	25 64.10%
Segmental	24 57.14%	63 33.51%	4 10.26%
Multisegmental without reflux in junctions	7 16.67%	36 19.15%	5 12.82%
Distal	8 19.05%	22 11.70%	5 12.82%
Total*	42	188	39

*P value: < 0.001; †CEAP: Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification.

Table 4. Incidence of reflux patterns in the small saphenous vein, by clinical classification.

Reflux patterns in the small saphenous vein	CEAP [†]		
	0 or 1	2 or 3	4, 5 or 6
Distal	7 63.64%	8 24.24%	5 33.33%
Proximal	2 18.18%	9 27.27%	5 33.33%
Diffuse	0 0.00%	2 6.06%	1 6.67%
Segmental	0 0.00%	10 30.30%	3 20.00%
Multisegmental with reflux in the SPJ	0 0.00%	3 9.09%	0 0.00%
Multisegmental without reflux in the SPJ	2 18.18%	1 3.03%	1 6.67%
Total	11	33	15

†CEAP: Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification.

Ninety-five of the 369 LL assessed exhibited reflux at the SFJ (25.7%). Correlation of reflux at the SFJ with CEAP clinical grades (Table 3) showed that there was a higher incidence of reflux (64.1%) in limbs with C4, C5, or C6 clinical status ($p < 0.001$).

In the SSV, the distal reflux pattern predominated in limbs graded C0 or C1 (63.64%). In limbs classed as C2 or C3, the distal, proximal, and segmental patterns all had very similar percentages (24.24%, 27.27%, and 30.30%, respectively). In C4, C5, and C6 limbs, the distal and proximal patterns predominated, both seen in 33.3% of cases (Table 4).

DISCUSSION

Using VU to conduct anatomic and functional assessment of the deep vein system in the LL of patients with signs or symptoms of CVI offers the possibility of conducting an individualized evaluation of each extremity and provides data to improve planning for surgery, reducing the recurrence of varicose veins.⁸

Specifically with regard to the male population with CVI, there is scant literature identifying reflux patterns in saphenous veins and their correlations with different phases of the disease.

This study investigated this population using quantitative analysis of reflux types based on patterns defined by Engelhorn et al.,⁹ and analyzed their correlations with the clinical manifestations of CVI.

Our results demonstrate that reflux was present in the majority (73%) of GSVs, but in just 16% of the SSVs, confirming the findings of a similar study conducted previously with women with varicose veins.¹²

Engelhorn et al.⁹ studied a population made up of men and women with primary CVI and found that the highest incidence rate in the GSV was for the segmental reflux pattern, followed by multisegmental without reflux at the SFJ, distal reflux, proximal, multisegmental with reflux at the SFJ, and the diffuse reflux pattern.

In another study by Engelhorn et al.,¹² conducted with an entirely female population with primary varicose veins in the LL (CEAP 2), it was also found that the segmental reflux pattern had the highest incidence in the GSV, followed by the multisegmental pattern without reflux at the SFJ.

In this study, the pattern with highest incidence was also the segmental, followed by multisegmental without junctional reflux, multisegmental with reflux at the SFJ, proximal reflux, distal reflux, and the diffuse reflux pattern. These differences in relation to previous studies may have been because of the populations studied, which underscores the need to assess specific populations. However, irrespective of study population, in the GSV, patterns in which reflux is not present at the SFJ predominate.

In our study, the most common reflux pattern in the SSV was the distal type, followed by proximal reflux and segmental reflux, demonstrating a difference in comparison to the patterns identified in women (CEAP 2), among whom the segmental reflux pattern predominated, followed by the distal and proximal reflux patterns.¹²

Cassou et al.¹³ identified the probability of different reflux patterns in the saphenous veins of women at different clinical stages of CVI, finding that 157 out of 288 GSVs (54.51%) in extremities classified as CEAP C1 did not have reflux, while 87 (30.21%) of them had segmental reflux. In turn, 214 (35.97%), 104 (38.10%) and nine (42.86%) GSVs in extremities classified as CEAP C2, C3, and C4 respectively had segmental reflux. Two (50%) GSVs in extremities classified as CEAP C5 exhibited multisegmental reflux and in CEAP C6 limbs the same proportion

of absent, segmental, and diffuse patterns (33.33%) were detected in all extremities.

In our study, patients' CVI clinical presentations were correlated with different GSV reflux patterns. In common with a study by Cassou et al., among the male patients there was a greater incidence of segmental reflux in classes C0 and C1 (57%) and in classes C2 and C3 (33.51%). This finding supports the hypothesis that venous disease begins in a segmental form and later degenerates into patterns that involve more segments of the vein.

In contrast, predominance of junctional reflux was observed in 64% of LL with more advanced venous disease (C4 to C6). This finding is in agreement with studies that have demonstrated an association between SFJ involvement and severe forms of CVI clinical presentation.^{14,15}

In the SSV, the distal reflux pattern predominated in limbs with C0 or C1 clinical presentation. In classes C2 and C3, three different patterns, the distal, proximal, and segmental patterns, all had very similar percentages of incidence. In C4, C5, and C6 limbs the distal and proximal patterns had the highest incidence rates, all with the same percentage (33.33%), and these patterns were not observed in the female population.¹³

Labropoulos et al.¹⁶ compared venous reflux and clinical manifestations of CVI in 255 lower limbs from 217 patients and while they did not use exact definitions of different reflux patterns, they did report whether or not reflux involved the SFJ and labeled reflux as suprapatellar or infrapatellar. These authors found an association between occurrence of infrapatellar reflux and presence of clinical signs of more advanced CVI.

In our study, as already explained, occurrence of reflux in the SFJ and SPJ was related to clinical signs of more advanced CVI (C4 to C6). However, the possibility of associations between reflux and the extent or specific location of segmental reflux was not analyzed. While there was a clear relationship in our study between junctional reflux and greater intensity of clinical manifestations of disease presentation, it is possible that if a more detailed analysis had been conducted, including differentiation of the sites of involvement in segmental patterns and the extent of each reflux, it would have been possible to compare our findings with those reported by Labropoulos et al. It would then be possible to determine whether there really is a relationship between segmental reflux below the knee and the presence of more advanced clinical manifestations.¹⁶

It can be concluded that the segmental reflux pattern predominates in the GSV and the distal reflux

pattern predominates in the SSV. Additionally, the initial clinical presentations of the disease are related to segmental reflux patterns, with greater SFJ and SPJ involvement in more advanced CVI clinical presentations.

■ ACKNOWLEDGEMENTS

We are grateful to Prof. Marcia Olandoski, for pela competente análise estatística.

■ REFERENCES

- Scuderi A, Raskin B, Al Assal F, et al. The incidence of venous disease in Brazil based on the CEAP classification. *Int Angiol.* 2002;21(4):316-21. PMID:12518109.
- Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population : Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53(3):149-53. PMID:10396491. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.53.3.149>.
- Maffei FH, Magaldi C, Pinho SZ, et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol.* 1986;15(2):210-7. PMID:3721683. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/15.2.210>.
- Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-98. PMID: 16885552. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra055289>.
- Schmid-Schonbein GW, Takase S, Bergan JJ. New advances in the understanding of the pathophysiology of chronic venous insufficiency. *Angiology.* 2001;52(Suppl 1):S27-34. PMID:11510594. <http://dx.doi.org/10.1177/000331970105200104>.
- Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, et al. Management of chronic venous disease. clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49(6):678-737. PMID:25920631.
- Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40(6):1248-52. PMID:15622385. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2004.09.027>.
- Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs –UIP consensus document. Part I basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006;31(1):83-92. PMID:16226898. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2005.07.019>.
- Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, Casagrande C, Gosalan CJ, Ribas E. Classificação anatomo-funcional da insuficiência das veias safenas baseada no eco-Doppler colorido, dirigida para o planejamento da cirurgia de varizes. *J Vasc Bras.* 2004;3(1):13-9.
- van Bemmelen S, Bedford G, Beach K, Strandness DE Jr. Quantitative segmental evaluation of venous valvular reflux with duplex ultrasound scanning. *J Vasc Surg.* 1989;10(4):425-31. PMID:2677416. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(89\)90417-5](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(89)90417-5).
- Labropoulos N, Tiongson J, Pryor L, et al. Definition of venous reflux in lower-extremity veins. *J Vasc Surg.* 2003;38(4):793-8. PMID:14560232. [http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214\(03\)00424-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(03)00424-5).
- Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, Salles-Cunha SX. Patterns of saphenous reflux in women with primary varicose veins. *J Vasc Surg.* 2005;41(4):645-51. PMID:15874929. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2004.12.051>.
- Cassou MF, Gonçalves PCZ, Engelhorn CA. Probabilidade de refluxo nas veias safenas de mulheres com diferentes graus de insuficiência venosa crônica. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):238-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492007000300007>.
- Garcia-Gimeno M, Rodriguez-Camarero S, Tagarro-Villalba S, et al. Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity. *Phlebology Venous Dis.* 2013;28(3):153-61. PMID:22345327. <http://dx.doi.org/10.1258/phleb.2011.011114>.
- Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Classification of saphenous refluxes: implications for treatment. *Phlebology Venous Dis.* 2008;1(23):2-9. PMID:18361263. <http://dx.doi.org/10.1258/phleb.2007.007042>.
- Labropoulos N, Leon M, Nicolaidis AN, Giannoukas AD, Volteas N, Chan P. Superficial venous insufficiency: correlation of anatomic extent of reflux with clinical symptoms and signs. *J Vasc Surg.* 1994;20(6):953-8. PMID:7990191. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(94\)90233-X](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(94)90233-X).

Correspondence

Carlos Alberto Engelhorn
Rua da Paz, 195, sala 2 - Bairro Alto da XV
CEP 80060-160 - Curitiba (PR), Brazil
Tel.: +55 (41) 3362-0133
E-mail: caengelhorn@gmail.com

Author information

CAE - PhD in Vascular Surgery from Universidade Federal de São Paulo and full professor of Angiology at Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
FEC - MsC in Surgery from Pontifícia Universidade Católica do Paraná and assistant professor of Angiology at Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
ICMS, GFAC, JPO, LYH and LSM - Medical students at Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).

Author contributions

Conception and design: CAE
Analysis and interpretation: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Data collection: ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Writing the article: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Critical revision of the article: CAE
Final approval of the article*: CAE, FEC, ICMS, GFAC, JPO, LYH, LSM
Statistical analysis: CAE
Overall responsibility: CAE

*All authors have read and approved of the final version of the article submitted to *J Vasc Bras.*