



HAL
open science

Évaluation de la prise en charge de l'insuffisance veineuse par les médecins généralistes de Lorraine

Cécile Eck

► **To cite this version:**

Cécile Eck. Évaluation de la prise en charge de l'insuffisance veineuse par les médecins généralistes de Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297418

HAL Id: hal-03297418

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297418>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2018

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

ECK Cécile

Le 01 octobre 2018

**Évaluation de la prise en charge de l'insuffisance veineuse par les médecins
généralistes de Lorraine.**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur D. WAHL

Président du jury

Monsieur le Professeur S. MALIKOV

Juge

Monsieur le Professeur P. MAUREIRA

Juge

Monsieur le Docteur N. TRAN

Juge

Madame le Docteur K. SALLOUM

Juge et directrice



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard
FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain
LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN -
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET -
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis
REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1]_[SEP] Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3^{ème} sous-section : (Médecine générale)
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)
Docteur Bruno GRIGNON
2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)
Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennnsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Denis Wahl,
Professeur de médecine vasculaire

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et d'avoir consacré du temps à mon travail.

Je vous remercie également de m'avoir permis d'intégrer la formation de médecine vasculaire.

Veillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance et estime.

A mon Maître et Juge

Le Professeur Serguei Malikov,
Professeur de chirurgie vasculaire

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et je vous en suis reconnaissante.

Je vous remercie également de l'enseignement que vous m'avez apporté lors des aides opératoires réalisées à vos côtés. J'ai pu apprécier vos compétences et votre humilité.

Je vous prie d'accepter le témoignage de mon estime.

A mon Maître et Juge

Le Professeur Pablo Maureira,
Professeur de chirurgie thoracique et cardio vasculaire

Tout d'abord je vous remercie de votre présence au sein de ce jury et du temps que vous m'avez accordé.

J'aimerais ensuite vous remercier pour votre disponibilité tout au long de mes années d'études. Je vous remercie de cette sympathie que vous avez eue pour moi et je me rends compte du privilège que vous m'avez accordé.

Merci Pablo pour tout !

A mon Maître et Juge

Le Docteur Nguyen Tran

Maître de Conférences des universités et directeur de l'école de chirurgie de Nancy

On se souvient tous les 2 de notre 1ère rencontre lors de ma candidature pour réaliser mon SIR auprès de votre équipe, il y a maintenant 7 ans de ça. Vous m'avez fait confiance, et vous avez cru en moi. Au moment où j'écris ces remerciements, je me rends compte à quelle point le temps passe vite mais je me rends compte aussi de votre amitié fidèle pendant toutes ces années. L'amitié privilégiée que vous m'avez accordée m'a permis de vous parler de mes états d'âmes en oubliant le lien professeur- étudiant. Mon grand-père me le dit souvent « tu as su faire des rencontres heureuses et t'entourer de bonnes personnes pour t'accompagner dans tes longues études » ; je suis d'accord avec lui et j'ajouterai même que vous avez été un pilier durant tout ce temps.

Merci encore pour tout !

A mon Maître, Juge et Directrice de thèse

Le docteur Katia Salloum Puybaret

Médecin vasculaire

Tout d'abord merci de m'avoir appris tout ce que je sais aujourd'hui. Je t'ai toujours appelé « mon professeur » mais pas seulement par amitié. Tu as toutes les qualités d'un professeur : pédagogue, patiente, accessible, toujours à la recherche de l'équité, un vrai amour pour l'enseignement et compétente ! Depuis toutes ces années je t'ai vu de mon œil d'étudiante progresser et à ce jour tu es un modèle pour moi.

Merci pour le temps que tu as consacré à mon travail et ton regard professionnel.

Merci pour ta joie de vivre, ton sourire et ta personne tout simplement.

Je n'oublierai jamais mon canari milanais.

A mes Maîtres:

A Monsieur le Professeur Villemot, merci pour l'attention particulière que vous avez portée à mon égard. Merci pour cet immense privilège, de m'avoir accompagné pendant mes études. Vous avez toujours été disponible pour moi. Vous m'avez fait part de votre expérience, vous m'avez accordé des situations privilégiées, de manière très précoce pendant mes études, j'ai pu approcher un cœur, tenir un cœur et vous aider lors d'opérations.

Je vous remercie encore une fois pour votre aide et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Zuily, votre passion pour ce métier est un exemple. Vous savez rendre chaque cours simple et intéressant. Un immense merci pour votre pédagogie mais également pour votre accessibilité. Être un grand professeur admiré de tous, ne vous empêche pas de vous confondre avec les étudiants le temps d'un repas !

A Monsieur le Docteur Khalifé, merci pour les connaissances apprises dans votre service et merci pour vos conseils. Merci également pour le poste que vous m'avez proposé, c'est un profond plaisir de continuer de travailler avec votre équipe de Cardiologie et de m'avoir donné de nouveaux projets pour le service de médecine vasculaire de Legouest.

A Madame le Docteur Schaeffer, merci pour votre enseignement tout au long de mes études. Merci pour votre gentillesse et merci pour votre indulgence envers mes lacunes en cotation... !

A Madame le Docteur Marion Gresser, merci pour ta patience, c'est avec toi que j'ai fait mes 1^{er} pas !

A l'équipe de Cardiologie de Mercy, qui m'a toujours accueillie avec une grande sympathie. Merci à tous, c'est avec un grand plaisir que je continuerai de travailler à vos côtés.

A Monsieur le Docteur Philippe Vespignani. Vous avez été l'un de mes maîtres de stage pendant 6 mois. Vous m'avez fait découvrir la médecine rurale avec tous ces bons côtés. Je garde un très bon souvenir des moments passés en votre compagnie. Votre bonne humeur et votre sens de l'humour se sont ajoutés à vos connaissances. Merci pour votre pédagogie, j'ai appris beaucoup à vos côtés.

A mes co-internes

Ces longues années d'étude, nous permettent tous les 6 mois de faire de nouvelles rencontres.

Merci à mes co internes qui ont rendu mon quotidien animé, joyeux, avec de nombreux fous rires !! Je pense notamment à Bénita, Pauline, Thibault, Nathalie, Hugo.

Et pour finir, je ne pouvais rêver mieux que de tomber sur Clémentine, Damien et Jean- Philippe pour mon dernier stage, merci pour votre bonne humeur et tous ces fous rires !

Ps : Vous pourrez encore me tutoyer, cordialement.

Merci aussi à mes 2 compères de cours de DESC, Alex et Bastien mes strasbourgeois préférés !

A Piotr, futur co assistant à distance !

A ma Famille

A mon grand-père Guy Villaros et à ma grand-mère Françoise Villaros.

Papi, tu n'as pas besoin de ces remerciements pour connaître l'admiration que j'ai pour toi. Tu m'as donné le goût de la médecine et de la chirurgie. Tu as eu une carrière exceptionnelle. Chirurgien militaire décoré de l'armée pour tes compétences sur le terrain, ta bravoure, chef de service de Chirurgie du Val de Grace, puis de l'hôpital Bel Isle. Ta carrière a été interrompue précocement mais tu as rebondi en te remettant sur les bancs d'école. Quel courage !

J'aimerais à ton âge pouvoir espérer n'avoir que la moitié de ta culture.

Je suis très fier d'être ta petite fille.

Je te dédie cette thèse.

Mamie, ton sourire me manque. Merci d'avoir été là tout au long de ma vie. Tu étais une femme extraordinaire sur tant de points. Aujourd'hui mon leitmotiv est de sourire dans toutes les circonstances comme tu l'as toujours fait. Tu me manques.

Je te dédie cette thèse.

A mes parents, et à ma famille recomposée :

A ma Maman qui m'a tout donné. Tu m'as toujours fait passer devant tes besoins, tu t'es sacrifiée pour ma réussite et pour que je ne manque jamais de rien. Tu es une femme extrêmement courageuse, forte et généreuse. Tu fais preuve d'un tel dévouement pour notre famille. Tu es une maman formidable et je suis fier d'être ta fille. Tu peux à présent penser totalement à toi-même si je t'entends déjà dire « je suis ta mère, ne discute pas ».

Je t'aime et te dédie cette thèse.

A Jean-Marie et Maxime, merci de rendre Maman heureuse. Jean Marie, je sais que tu es une oreille attentive et que tu es là pour moi. Je t'en remercie.

A mon Papa, qui m'a également tout donné. Merci de m'avoir emmené jusqu'ici. Ton éducation m'a permis d'être rigoureuse et consciencieuse dans mes projets. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Je suis fier d'être ta fille !

C'est avec un regard amusé que je te vois disputer Hugo et Loïc comme tu pouvais le faire avec moi ! Je suis heureuse de te voir si épanoui avec Céline, Hugo et Loïc.

Je t'aime et te dédie cette thèse.

A Céline, Loïc et Hugo, merci de rendre Papa heureux. Merci Céline pour ta gentillesse et pour tout ce que tu fais pour moi ! Merci Loïc et Hugo de m'accepter avec tant de facilité, je découvre la joie d'être « grande sœur ».

A mon oncle Bruno, merci d'être là pour moi. Merci de venir à mon secours à chaque fois que j'en ai besoin ! Je me rends compte de cette chance de pouvoir avoir une relation aussi privilégiée avec son tonton :) !

A ma tante Carole, merci d'être également là pour moi ! Merci pour tous tes bons plats, merci de vous être occupés d'une pauvre petite étudiante !

Merci à Lucas et Mélissa d'être des cousins cousines formidables.

A mes grands-parents paternels, Hugues et Marie-Thérèse Eck. Merci d'avoir été des grands-parents si généreux et aimants. Vous nous manquez au quotidien.

A Bertrand mon oncle, tu nous as quitté trop tôt et tu nous manques.

A Élise et Gautier, merci à vous d'être des cousins cousines formidables.

A ma marraine Hong, tu devrais être parmi nous et partager ce moment en famille. Ta joie de vivre me manque.

A mes Amis

J'ai la chance d'avoir depuis tout ce temps, un groupe d'amis fidèle et solide.
On se connaît depuis 20ans pour les plus anciens et 10ans pour les plus récents.
Certains sont loin des yeux mais non loin du cœur.

Je pense notamment à :

Chloé, Anne Julie, Émilie, Coline et Lénaïc mes plus vieilles amies. On s'est vu grandir. Je vous ai vu trouver l'amour, avoir des enfants ! Je vous vois aujourd'hui toutes heureuses et ça me rend à mon tour tellement heureuse !

A mon grand ami Thomas Josset, merci d'avoir été si relou pendant toutes ces années d'étude. Tu as été strict pour 2, je me souviens lorsque mon réveil sonnait me dire « je vais encore être en retard Josset va me tuer » Grâce à toi j'ai réussi à avoir de la « rigueur » dans mes révisions. Au-delà du travail, tu es un vrai ami comme on en fait peu, je sais que tu es là pour moi quand ça ne va pas ! Encore merci !

A ma plus vieille amie Sarah, quand je nous vois en classe à « De La Salle » et maintenant, je me dis « c'est fou ce que l'avenir nous réserve ». Merci pour ton amitié fidèle et pour tous ces moments partagés. Les nouvelles récentes me rendent tellement heureuse. J'ai hâte de continuer à partager avec vous votre bonheur.

A Charles, Gaétan et Thomas L, merci pour votre présence et votre amitié. On a vécu tellement de chose ! Vous faites partis de ces amis sur lesquels on peut compter. Merci d'être là !

A Thomas Pertuy, mon grand ami. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Toutes ces années d'amitié partagées ! Merci pour l'hébergement lors de mes cours, on peut dire que c'est grâce à toi que j'ai réussi mon DU ☺ ! Tu es trop loin à mon gout, reviens !

A Alice et Jean Charles, merci pour votre bonne humeur permanente. Merci Alice pour tous nos moments complices et notre amitié.

A Thibaut mon plus vieil ami. Merci pour tous nos souvenirs communs. On a vécu de sacrées aventures inoubliables. Merci pour ton amitié fidèle. Je suis heureuse de te voir auprès d'Alix qui est formidable. Je vous souhaite plein de bonheur !

A Pauline, Thomas B. et Léonie, vous faites une famille formidable

A Marine, Silvère, Emmanuelle, Paul, Victoire, vous êtes des amis formidables !

A Gaël, et Jib, loin des yeux mais non loin du cœur !!

A Émilie et Marine, mes chefs, mais surtout mes amies !

Et pour finir, à Rodolphe ! Merci d'avoir été là pendant tous ces moments de révision et de travail. Merci d'avoir toujours essayé de me soulager dans mon quotidien pour me dégager du temps pour le travail de cette thèse et merci surtout pour ta patience sans fin !! Merci pour ton amour et ta présence à mes côtés !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	21
LISTE DES ABREVIATIONS	22
Partie 1 : PREAMBULE.....	23
DÉFINITION DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE.....	23
FACTEURS DE RISQUE.....	23
ÉTIOLOGIES	25
CLASSIFICATION CEAP	26
ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ULCÈRE VEINEUX	27
REVUE DES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES	32
Partie 2 : ARTICLE	34
INTRODUCTION	34
MATERIELS ET METHODES.....	35
• Déroulement de la recherche :	35
• Analyse statistique :	36
• Critères de sélection :	36
• Objectif principal de l'étude :	36
• Objectifs secondaires de l'étude :	37
RESULTATS.....	37
• Données socio démographiques :	37
• Questions générales :	38
• Analyse des situations :	40
• Pansements :	47
DISCUSSION	48
CONCLUSION	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
ANNEXES.....	58

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1: ESTIMATION DES PLAIES AMBULATOIRES, AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES, ASSURANCE MALADIE MARS 2015.	27
FIGURE 2: RÉPARTITION PAR ÂGE ET SEXE- ULCÈRES CNAMTS 2011	28
FIGURE 3 : ESTIMATION DES DÉPENSES LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'ESCARRES ET ULCÈRES DE JAMBE PAR L'ASSURANCE MALADIE REMBOURSÉES 2011- CNAMTS 2011	29
FIGURE 4 : RÉPARTITION DES INTERVENANT LORS DE LA PRISE NE CHARGE D'UN ULCÈRE EN AMBULATOIRE. .	30
FIGURE 5 : SCHÉMA DU PROCESSUS DE SOINS - ULCÈRES DE JAMBE- CNAMTS 2011	31
FIGURE 6 : ESTIMATION DES ÉCONOMIES POTENTIELLES EN SOINS DE VILLE (HORS TRANSPORT, HORS INDEMNITÉS JOURNALIÈRES) SELON LA RÉDUCTION DE LA DURÉE DE CICATRISATION	32
TABLEAU 1 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE : DONNÉES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES.....	37
TABLEAU 2 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, PROPORTION DE VEINOTONIQUES EN FONCTION DES STADES CLINIQUES CEAP	39
TABLEAU 3 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE DU STADE C0.....	40
TABLEAU 4 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C1.....	41
TABLEAU 5 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C2.....	42
TABLEAU 6 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C3.....	43
TABLEAU 7 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C4.....	44
TABLEAU 8 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C5.....	45
TABLEAU 9 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE STADE C6.....	46
TABLEAU 10 : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE, ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE PLAIES ET PANSEMENTS	47

LISTE DES ABREVIATIONS

A : Angiologue

C : Chirurgien

Comp 1 : Compression classe 1

Comp 2 : Compression classe 2

Comp 3 : Compression classe 3

D : Dermatologue

IPS : Index de pression systolique

IV : Insuffisance veineuse

Multi : systèmes multicouches

V : Veinotoniques

Partie 1 : PREAMBULE

DÉFINITION DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE

L'insuffisance veineuse est due à une inefficacité du système valvulaire secondaire à différentes étiologies. L'ensemble du réseau veineux est doté de valves permettant d'assurer un système anti reflux dans le but de remonter la colonne sanguine vers la veine cave inférieure (pour les membres inférieurs). A savoir que toutes les veines sont dotées de valvules, des gros troncs au plus petits troncs jusqu'aux perforantes. (Communicantes entre le réseau veineux profond et superficiel). Seules sont dépourvues de valve : la veine cave inférieure et les veines iliaques. Lors de l'incompétence valvulaire, il se crée une hyperpression sanguine d'amont qui est la cause des différents troubles trophiques rencontrés au stade évolué de cette pathologie.

FACTEURS DE RISQUE

- **L'âge** d'apparition de l'IV est variable mais commence chez l'adulte jeune aux alentours de 30 ans. [1] Elle est retrouvée très fréquemment chez les personnes âgées de par leurs comorbidités avec une diminution de la mobilisation et la vieillesse physiologique du système valvulaire. [1]

- **L'hérédité** est un des facteurs majeurs. [2]

La varicose commence avant la puberté, et ce en fonction du terrain génétique :

-20% de risque de développer une IV si aucun des parents n'en est atteint.

-45% si un des deux parents est variqueux.

-90% si les deux parents sont variqueux.

- **Le sexe féminin** est un facteur de risque majeur : [3]

Phénomène expliqué par la variation de l'imprégnation hormonale de la puberté, en passant par les périodes prémenstruelles, la grossesse (phénomènes mécaniques surajoutés) qui doit être considérée comme un facteur de risque et non pas la cause [4] et la ménopause.

- 13% de risque de développer des varices suite à une première grossesse
- 30% lors d'une seconde
- 57% lors d'une troisième

- **L'obésité** :

Un index de masse corporel (IMC) supérieur ou égal à 30 augmenterait le risque de souffrir d'IV avec un Odd ratio de 6,5 pour les hommes et 3,1 pour les femmes. [5] Certaines études ont montré une corrélation entre une obésité morbide avec un IMC supérieur ou égal à 40 et l'augmentation des symptômes physiques sans anomalie du système veineux à l'examen écho doppler, ce qui suggère que l'obésité à part entière participerait aux symptômes de l'IV. [6]

- **Les postures aggravantes** :

- ➔ Station debout prolongée [7] (diminution de l'efficacité de la pompe musculaire du mollet) [8] et la station assise prolongée. [9]
- ➔ Jambes croisées (créant une compression extrinsèque du système vasculaire au niveau du creux poplitée, même mécanisme pour le port du pantalon « slim »). [10]
- ➔ Port de talon (surface plantaire au sol diminuée). [10]
- ➔ La pratique de certains sports aggravants où il existe une hyperpression brutale s'exerçant sur les valvules comme le tennis, le squash, l'haltérophilie. [11]
- ➔ Toutes les causes réduisant la mobilité des membres inférieurs, avec entre autres l'ankylose de cheville, les sciatiques, les séquelles d'AVC. Toutes ces causes altérant la fonction de pompe contractile du mollet. [8]

ÉTIOLOGIES

Il existe plusieurs étiologies qui conduisent toutes à la même conséquence, celle de l'insuffisance valvulaire.

3 principales étiologies rencontrées :

→ L'insuffisance veineuse congénitale, [12] expliquée par l'agénésie valvulaire. Pathologie veineuse autosomique dominante, rare touchant 4 à 7% des patients atteint d'une malformation veineuse. Le diagnostic doit être évoqué chez des patients jeunes (pouvant commencer dès l'enfance) lors d'une insuffisance veineuse profonde sévère et primitive. Les malformations veineuses sont également retrouvées dans l'enfance. Il est important de les évoquer lors d'atteinte de territoires inhabituels.

→ L'insuffisance valvulaire primitive, [13] liée essentiellement à l'hérédité et aux autres facteurs de risques identifiés.

→ Le syndrome post thrombotique ou obstructif, secondaire à la présence d'une thrombose veineuse profonde [14]. L'obstacle lié au thrombus empêche le retour veineux physiologique vers la veine cave inférieure, entraînant une hyperpression en amont du thrombus détruisant les valvules et provoquant la dilatation du réseau veineux superficielle (réseau vicariant).

CLASSIFICATION CEAP

Un système de classification a été développé pour permettre un diagnostic et une comparaison homogène des populations des patients. Il a été créé par un comité ad hoc international de l'Américain Venous Forum en 1994. Il est devenu la norme de classification des maladies veineuses. [15] [16]

Cette classification inclue une description clinique (C), étiologique (E), anatomique du reflux (A) et physiopathologique (P).

C: signes cliniques	E: étiologiques	A: anatomiques	P: physiopathologiques
C0: pas de signe clinique visible ou palpable	Ec: congénitale	As: système veineux superficiel	P: reflux
C1: télangiectasies ou veines réticulaires	Ep: primitive	Ad: système veineux profond	Po: obstruction
C2: varices	Es: secondaire	Ap: veines perforantes	Pro: obstruction et reflux
C3: œdème sans trouble trophique cutané	En: pas d'étiologie retrouvée	An: pas de lésion anatomique identifiée	Pn: pas de mécanisme physiopathologique identifié
C4: atteinte cutanée			
C4a: dermite ocre ou eczéma			
C4b: hypodermite scléreuse ou atrophie blanche			
C5: ulcère cicatrisé			
C6: ulcère ouvert, non cicatrisé			

ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ULCÈRE VEINEUX

Le stade ultime de la maladie veineuse est l'ulcère variqueux, qui est la cause la plus fréquente d'ulcère de jambe et représente 50% des ulcères. (15% d'ulcères artériels, 17% mixtes et 20% autres) [17] et qui apparaît généralement après plusieurs années d'évolution. Il représente la première plaie ambulatoire auxquelles sont confrontés les médecins généralistes (la 2^{ème} étant l'escarre). (Figure 1) [18]

Celui-ci est un réel problème de santé publique du fait de la durée prolongée de l'hospitalisation suite aux pansements longs et fastidieux qu'implique le processus de guérison, et le terrain souvent poly pathologique des patients.

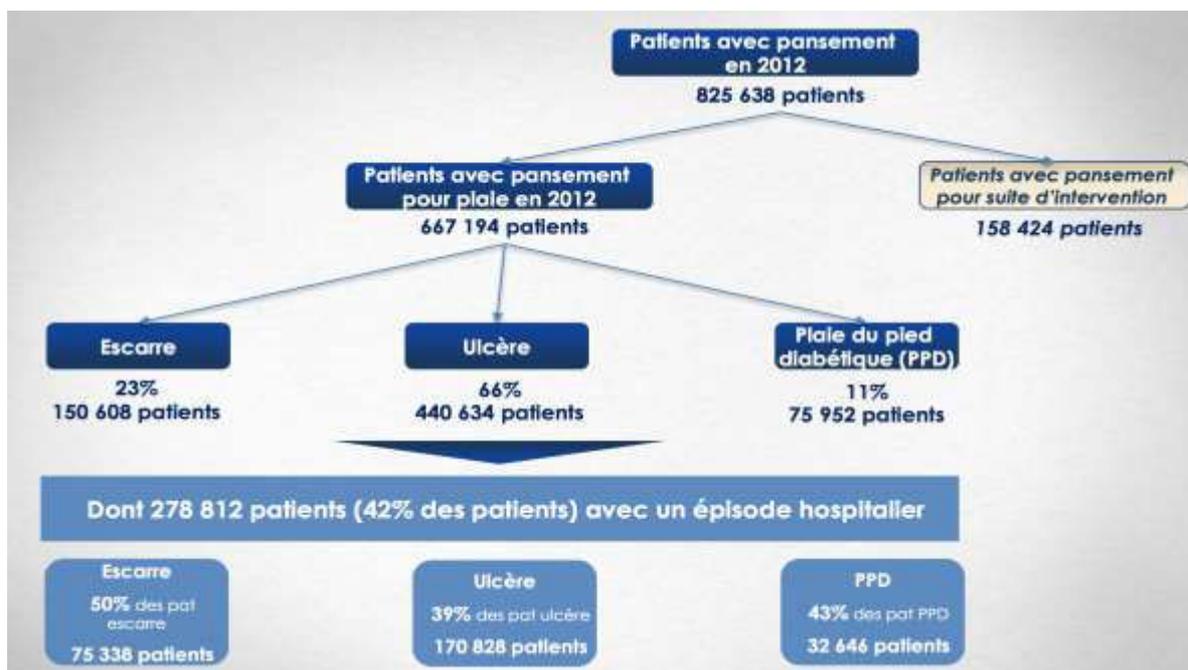


Figure 1: Estimation des plaies ambulatoires, améliorer la prise en charge des plaies chroniques, Assurance maladie mars 2015

Les estimations de prévalence retrouvée dans la littérature sont estimées entre 0,10% et 0,80% soit 60000 à 500000 personnes, avec une moyenne d'âge de 71 ans et une nette prévalence féminine (2/3). (Figure 2) [18]

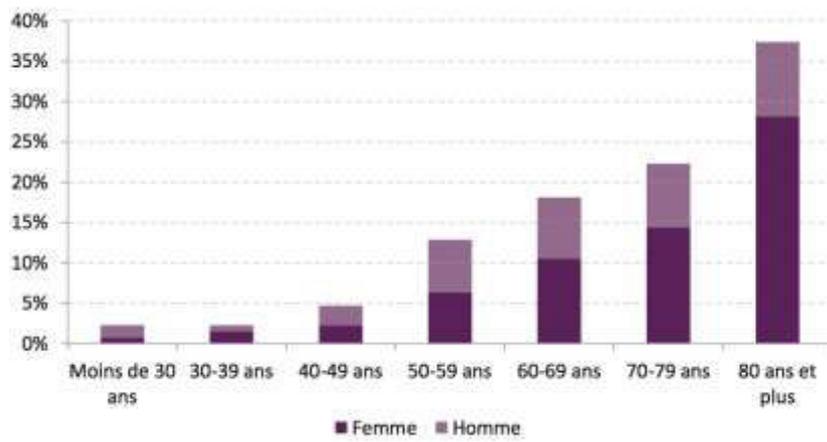


Figure 2: Répartition par âge et sexe- ulcères CNAMTS 2011

Réel enjeu économique avec en France, un coût de prise en charge estimé à 272 millions € pour les soins de ville d'après l'assurance maladie (693M€ pour les escarres). (Figure 3) [18]

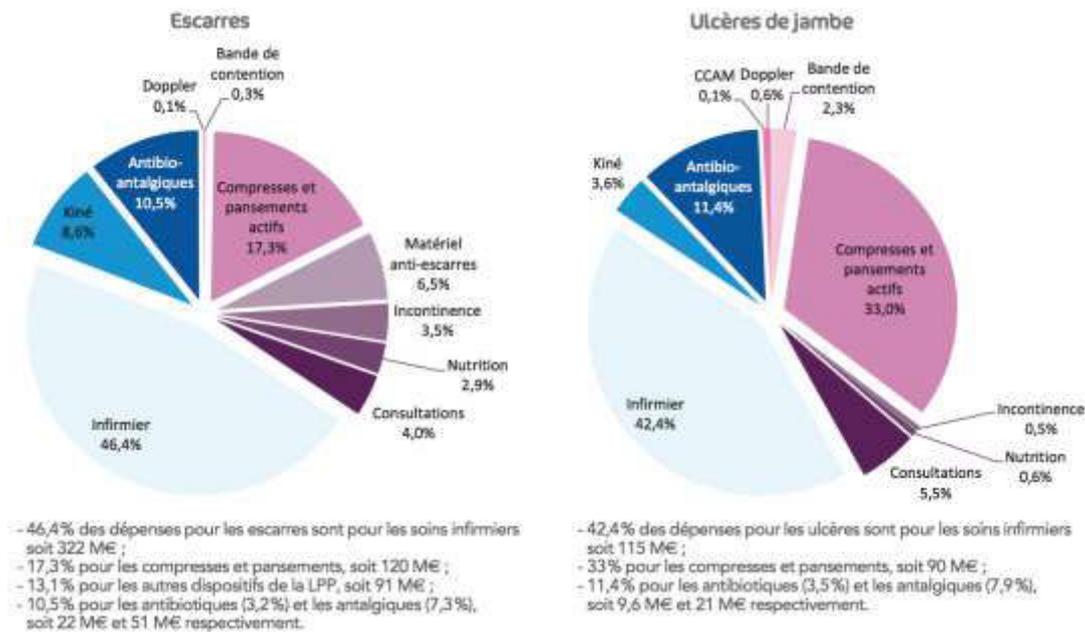


Figure 3 : Estimation des dépenses lors de la prise en charge d'escarres et ulcères de jambe par l'assurance maladie remboursées 2011- CNAMTS 2011

La principale dépense dans la prise en charge des ulcères veineux est les soins infirmiers qui représentent 42,4% des dépenses soit 115M d'euros. [18] : Passage quotidien puis espacé avec la pose des bandes multi couches, réfection des pansements.

Deuxième grande dépense, les pansements qui représentent 33% soit 90M d'euros. [18]. Phase d'attaque plus couteuse avec une réfection de pansements plus rapprochés et des dispositifs à usage unique régulièrement changés (multi couches). Les systèmes de bandage sont remboursés dans le cadre de la prise en charge des ulcères veineux (Urgo K2 environ 18€, Coban 22,45€).

Les dispositifs de compression représentent 2,3% soit 6,25M d'euros.

Surcoûts associés si une infection est traitée par antibiotiques avec 9,4M d'euros soit 3,5% et les différents antalgiques prescrit avec un cout de 21M d'euros soit 7,9%. [18]

La prise en charge multi disciplinaire est indispensable pour la guérison d'un ulcère. Le médecin généraliste a un rôle de coordinateur des soins et réévalue régulièrement l'évolution de la cicatrisation, l'observance des dispositifs compressifs et de la bonne pose des pansements. (Figure 4, 5) [18]

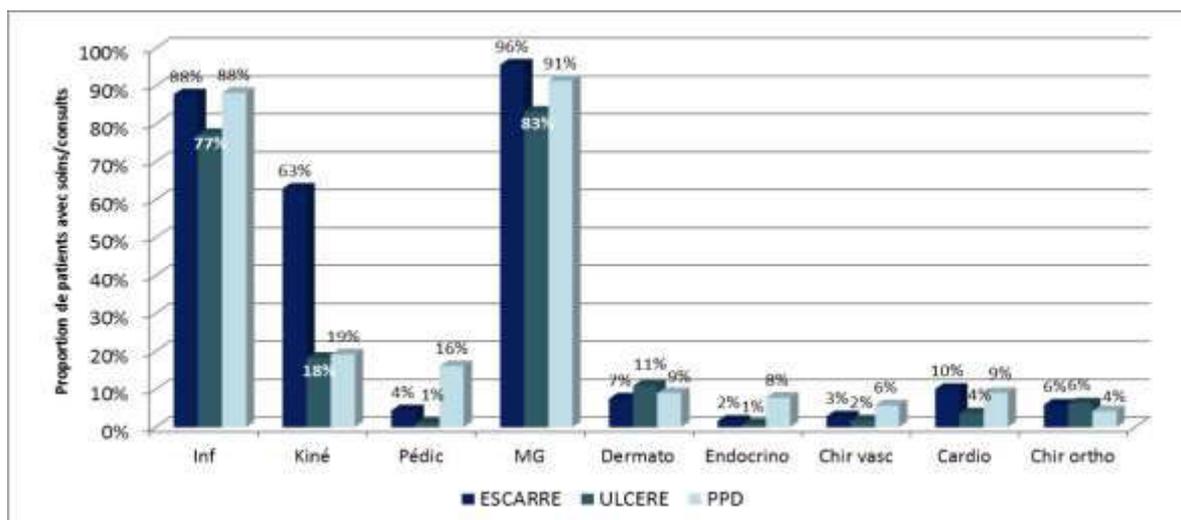


Figure 4 : Répartition des intervenant lors de la prise ne charge d'un ulcère en ambulatoire.



Figure 5 : Schéma du processus de soins - ulcères de jambe- CNAMTS 2011

L'hospitalisation ponctuelle suite à des plaies (toutes causes confondues) représentent 29,9 milliards d'euros. En 2011, 10,5 millions d'épisodes hospitaliers ponctuels. L'ulcère veineux en est une des causes avec un taux de ré hospitalisation à 2 mois. [18]

En France, la durée de cicatrisation des escarres (période de remboursement des soins) peut être estimée en moyenne à 223 jours, dispersion importante (médiane 109 jours). [18] Pour les ulcères veineux ou mixtes la durée de cicatrisation est estimée en moyenne à 210 jours (217 jours en Allemagne). Marges d'amélioration possibles et nécessaires, nos voisins ont une durée de cicatrisation plus courte avec en Angleterre, 50 à 75% de cicatrisation en moins de 24 semaines ; en France 75% de cicatrisation en moins de 35 semaines. [18]

Les facteurs de mauvais pronostic de la cicatrisation d'un ulcère [19] sont liés à une taille importante (>10cm) une chronicité de la plaie (>6mois de cicatrisation) l'étiologie (la présence d'une insuffisance veineuse profonde), caractéristiques propres aux patients : âge avancé, dénutrition, comorbidité, tabac alcool, médicaments freinant la cicatrisation (corticoïdes, AINS, chimiothérapie) [18]

La réduction de la durée de cicatrisation et du taux de récurrence est importante pour la qualité de vie du patient et l'impact économique est majeur. Une baisse de 33 jours de la durée de cicatrisation (23% par rapport à la durée) représenterait 66 millions d'euros d'économies en soins de ville, **Figure 6**. La réduction du taux de récurrence de 5% pour les ulcères veineux et escarres représenterait une économie de 16M d'euros. [18]

Plaies chroniques	Nombre	Durée moyenne de cicatrisation	Coût par jour	Durée 6 ^e décile	Baisse de 1 jour à partir du 6 ^e décile	Baisse de 7 jours à partir du 6 ^e décile	Baisse de 30 jours à partir du 6 ^e décile	Baisse de 60 jours à partir du 6 ^e décile
Ulcères	111 000	211 j	17 €	129 j	0,8 M€	5,5 M€	24 M€	47 M€
Escarres	103 600	224 j	34 €	146 j	1,4 M€	9,9 M€	42 M€	85 M€
Total	214 600				2,2 M€	16 M€	66 M€	132 M€

Figure 6 : Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors indemnités journalières) selon la réduction de la durée de cicatrisation

REVUE DES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES ACCESSIBLES AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Mesures physiques :

Quelques mesures simples permettent de diminuer les symptômes physiques des stades précoces. Suites aux différents facteurs de risque développés précédemment, toutes les mesures physiques ont pour but de lutter contre la stase veineuse et de faciliter la remontée de la colonne sanguine vers la veine cave inférieure et le cœur. [20]

→ Pratique d'une activité sportive adaptée.

→ Contraction régulière du mollet pour augmenter la participation de la pompe musculaire [8] lors de station assise ou debout prolongée.

→ Éviter la station immobile debout ou assise prolongée.

→ Éviter le port de talon haut (réduisant la surface d'appui au sol et le drainage veineux.)

→ Lutte contre le surpoids.

→ Mesure préventive lors des grossesses (port de compression)

- Compression médicale :

La compression médicale est un traitement efficace de lutte contre les symptômes physiques ressentis par les patients : œdème, lourdeur, paresthésie [21] [22]

Il en existe de différente classe :

→ Classe 1 (10-15mmHg)

→ Classe 2 (15-20mmHg)

→ Classe 3 (20-36 mmHg)

→ Classe 4 (>36mmHg)

→ Les multicouches : superposition de plusieurs bandes.

A noter que les chaussettes, bas ou collant, ont la même efficacité et que l'action compressive de ces dispositifs se situe au niveau sural et non au niveau fémoral. [22]

Des recommandations de l'HAS permettent de connaître pour chaque stade la compression adaptée [23] **Annexe 1.**

D'autre part, la prise des IPS (index de pression systolique) est médico-légal avant toute prescription de bande de compression, afin d'éviter de méconnaître une AOMI sous-jacente, rendant alors la compression contre indiquée pour un IPS < 0,6 et avec une surveillance régulière pour les IPS entre 0,9 et 0,6. [23]

3 autres contre-indications absolues de la compression sont la micro angiopathie diabétique évoluée (pour la compression > 30mmHg), la phlegmatia coerulea dolens ou phlébite bleue, la thrombose septique. [23]

Partie 2 : ARTICLE

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LORRAINE

INTRODUCTION

L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs est une des affections les plus fréquentes dans les pays industrialisés, touchant 30 à 60% de la population selon les études. [2]

18 millions de français souffrent de problèmes de circulation veineuse dont environ 10 millions sont atteints de varices. [24]

L'âge et le sexe sont les premiers facteurs de risque du développement de la maladie veineuse et augmentent de manière linéaire chez l'adulte. [1]

L'insuffisance veineuse est une maladie chronique évolutive qui débute précocement chez l'adulte jeune entre 20 ans et 30 ans. [2]

La réévaluation récente par la sécurité sociale du remboursement des moyens de compressions (désormais 8 paires remboursées par an par personne) révèle la prise de conscience vis à vis de ce problème de santé publique et l'enjeu de la prévention avec des coûts pour la société majeurs dépassant 10 millions d'euros par million d'habitants par an en France. [3]

Malgré tout, il reste encore des progrès et des pistes d'évolution concernant le remboursement de la prise en charge.

A titre d'exemple, à ce jour, toutes interventions concernant des varices < 3mm sont considérées comme purement esthétiques et ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, ce qui pour certains patients retarde le traitement préventif pour des questions financières.

Néanmoins une prise en charge précoce de la maladie grâce à un traitement adéquat et une compression médicale adaptée permettraient de ralentir la maladie et de diminuer l'apparition des ulcères variqueux. [21]

L'étude a ainsi pour but d'évaluer les connaissances des différents moyens de compression par les médecins généralistes de Lorraine.

Ce d'autant plus que nous assistons à une nette évolution ces dernières années, concernant les différents moyens thérapeutiques proposés aux patients, avec notamment l'arrivée du traitement thermique endo luminal. [25] [26]

MATERIELS ET METHODES

▪ Déroulement de la recherche :

Le questionnaire a été élaboré à base des stades cliniques « C » de la classification CEAP. Pour chaque stade de CO à C6, plusieurs prises en charge ont été proposées, de l'abstention thérapeutique, à la mise en place de veinotoniques ou compression, ou jusqu'à l'envoi auprès d'un spécialiste (dermatologue, chirurgien vasculaire, ou angiologue).

La notion de plainte physique par le patient a été ajoutée aux stades précoces (jusqu'à C4) de la pathologie veineuse afin de distinguer un changement d'attitude thérapeutique vis à vis des patients asymptomatiques.

La recherche s'interroge ensuite sur les recommandations générales face à la prescription des moyens de compressions et la prise en charge des ulcères veineux.

Enfin nous étudions la connaissance des médecins traitants concernant les différents pansements et leurs indications.

Le questionnaire se termine par une question ouverte face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'IV.

Au total le questionnaire utilisé pour mener l'enquête comportait 29 questions.

La sélection comprenait des médecins généralistes de la région Lorraine dans les départements de Meurthe et Moselle, Meuse et Moselle.

Les médecins ont été contactés par téléphone, mail et visite.

L'ordre des médecins des différentes régions a été contacté afin de diffuser le questionnaire. L'ordre de la Meuse a répondu favorablement et a diffusé par mail notre questionnaire.

- **Analyse statistique :**

Il s'agit d'une analyse descriptive, présentant les variables qualitatives sous la forme d'effectifs et de pourcentage.

Une approche comparative exploratoire a été utilisée pour certaines variables détaillées dans la partie résultat.

- **Critères de sélection :**

- **Critère d'inclusion :**

- Médecin généraliste exerçant en Lorraine.
- Médecin remplaçant

- **Critère d'exclusion :**

- Médecin d'une autre spécialité
- Médecin retraité
- Étudiant

La participation était volontaire et non indemnisée.

Les données ont été recueillies entre le 1^{er} octobre 2017 et le 31 mai 2018 soit une période de 8 mois.

- **Objectif principal de l'étude :**

La multitude des moyens de compression peut entraîner une confusion lors de leur prescription. La connaissance des différents types de compression est primordiale, étant la pierre angulaire de la prise en charge de l'IV et plus tardivement celui de l'ulcère veineux. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances et habitudes de prescriptions concernant ces dispositifs et ce en fonction de la classification CEAP.

- **Objectifs secondaires de l'étude :**

Parmi les objectifs secondaires, nous avons évalué, l'existence ou non d'un retard de prise en charge. Il s'agit d'objectiver à partir de quel stade de la classification CEAP les médecins généralistes envoient les patients auprès d'un spécialiste (angiologue, dermatologue, chirurgien).

Puis nous avons recherché les habitudes de prescription des veinotoniques assez controversés dans les études.

Enfin de manière plus générale, d'apprécier leur habitude de prise des IPS devant un ulcère et la connaissance des pansements.

RESULTATS

Sur 85 questionnaires envoyés, 40 questionnaires remplis ont été récupérés soit un taux de 47% de réponse.

- **Données socio démographiques :**

Sur 40 réponses, on note une légère prédominance masculine à 55% contre 45% de réponse féminine.

La tranche d'âge 28-40ans est la plus présente à 55%, suivi de la tranche >50ans avec 37,5%.

Le milieu urbain est d'avantage représenté à 55%, contre 27,5% de rural et 17,5% de semi rural.

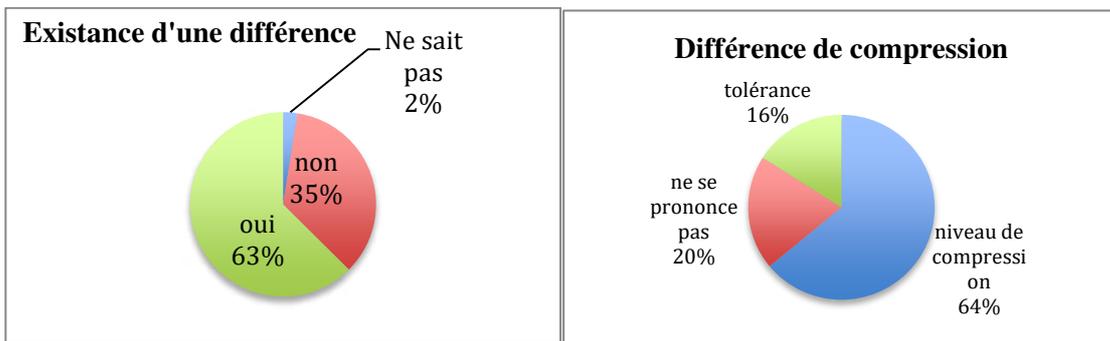
Tableau 1 : Résultat de l'étude : Données socio démographiques

Sexe	Effectif	Classe d'âge	Effectif	Milieu d'exercice	Effectif
Homme n (%)	22 (55)	> 50 ans n (%)	15 (37,5)	Rural n (%)	11 (27,5)
Femme n (%)	18 (45)	40-50 ans n (%)	3 (7,5)	Semi rural n (%)	7 (17,5)
		28-40 ans n (%)	22 (55)	Urbain n (%)	22 (55)

▪ **Questions générales :**

82,5% des médecins avaient participé à une FMC dans les 3 ans.

62,5% des praticiens pensent qu'il existe une différence entre les différents moyens de compression (chaussette, bas, collant). La différence se situe au niveau de la pression exercée au niveau du membre inférieur pour 64% d'entre eux. 16% situe la différence au niveau de la tolérance et de la difficulté à la pose, et 20% ne se prononcent pas.

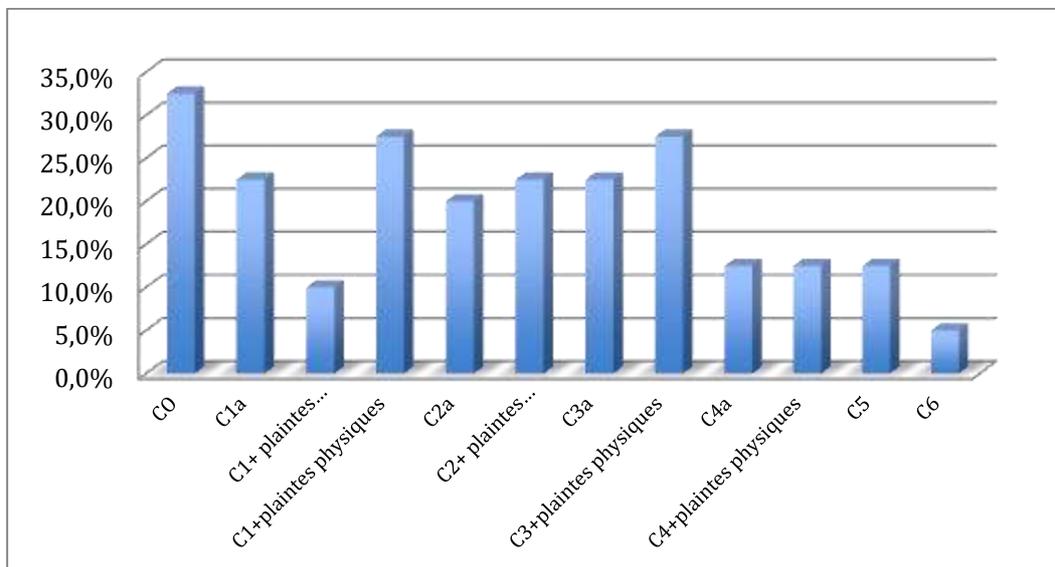


La prescription de veinotoniques est présente dans l'ensemble de la prise en charge aux différents stades de la CEAP, et majoritairement pour les stades précoces de C0 à C3 aux alentours de 23%. **Tableau 2**

Parmi la tranche d'âge >50ans, 86,7% des médecins ont recourt aux veinotoniques. 68,2% de prescripteur pour les 28-40ans et seulement 33,3% pour les 40-50 ans.

Autre résultat à souligner est que le fait d'avoir participé ou non à une FMC dans les 3 ans, ne change pas l'attitude thérapeutique de prescription avec 72,7% de prescriptions dans le 1^{er} cas contre 71,4% dans le cas contraire.

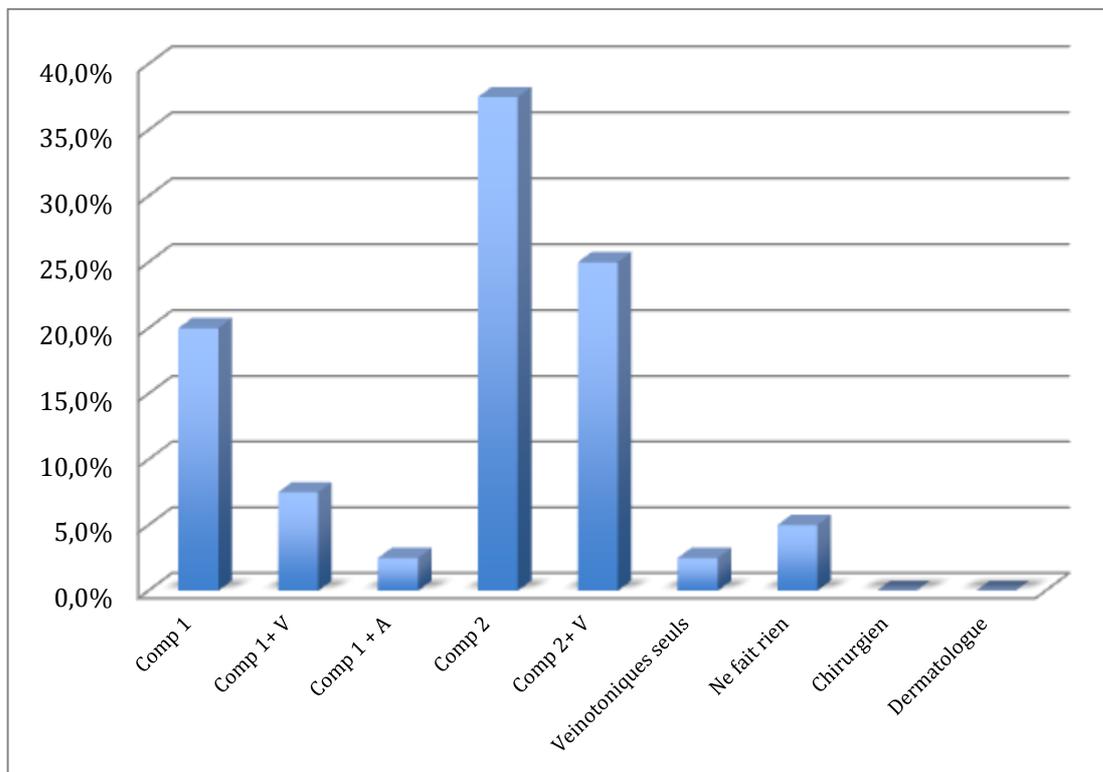
Tableau 2 : Résultat de l'étude, proportion de veinotoniques en fonction des stades cliniques CEAP



▪ **Analyse des situations :**

Pour le stade C0 soit symptômes physiques ressentis sans signes cliniques visibles, la compression classe 2 seule est la mesure thérapeutique prescrite en 1^{er} intention pour 37,5% des médecins, suivi de la compression classe 2 associée à des veinotoniques pour 25% des répondants. **Tableau 3**

Tableau 3 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique du stade C0

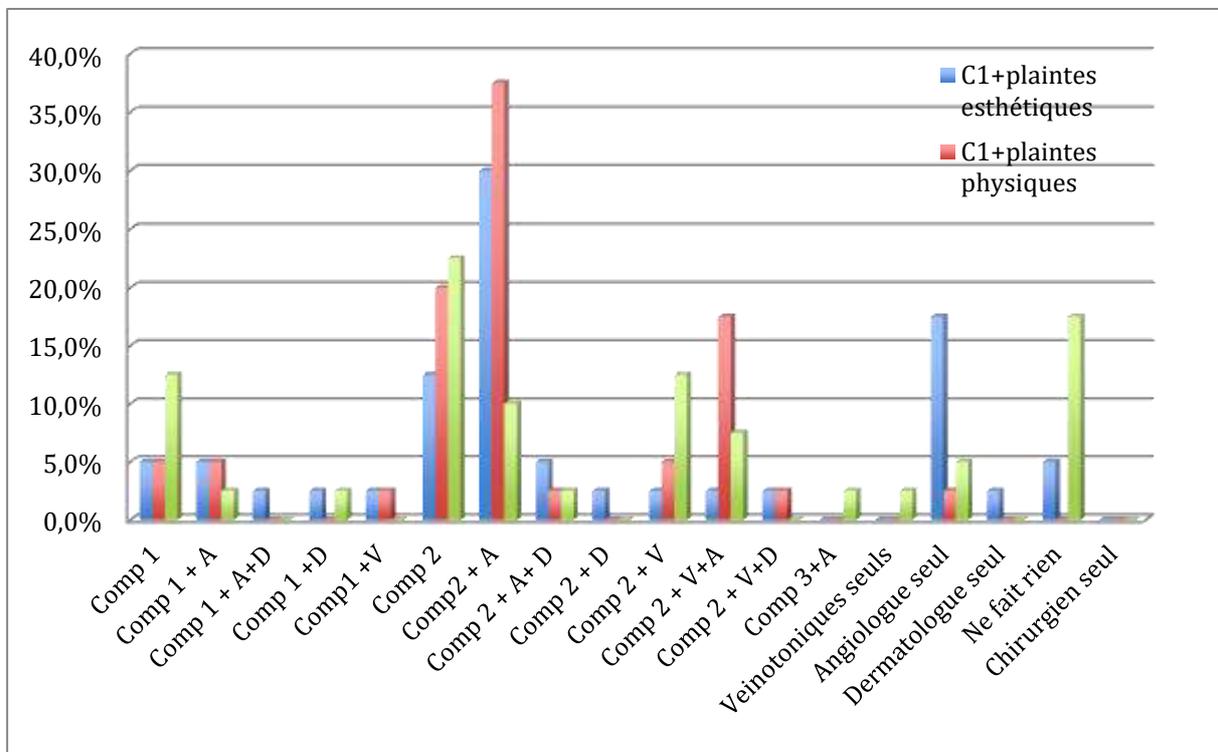


Pour le stade C1a, soit télangiectasies ou veines réticulaires <3mm visibles, sans signes physiques ou plaintes esthétiques, 22,5% des médecins prescrivent une compression classe 2 seule. L'abstention thérapeutique est la 2^{ème} mesure pour 17,5% des médecins.

Pour le stade C1 avec plaintes esthétiques, la compression classe 2 associées à une consultation auprès d'un angiologue est la 1ere mesure thérapeutique à 30%.

Pour le stade C1 avec plaintes physiques sans plaintes esthétiques, 37,5% prescrivent une compression classe 2 associée à une consultation auprès d'un angiologue. La prescription de veinotoniques est présente dans 27,5% des cas. **Tableau 4**

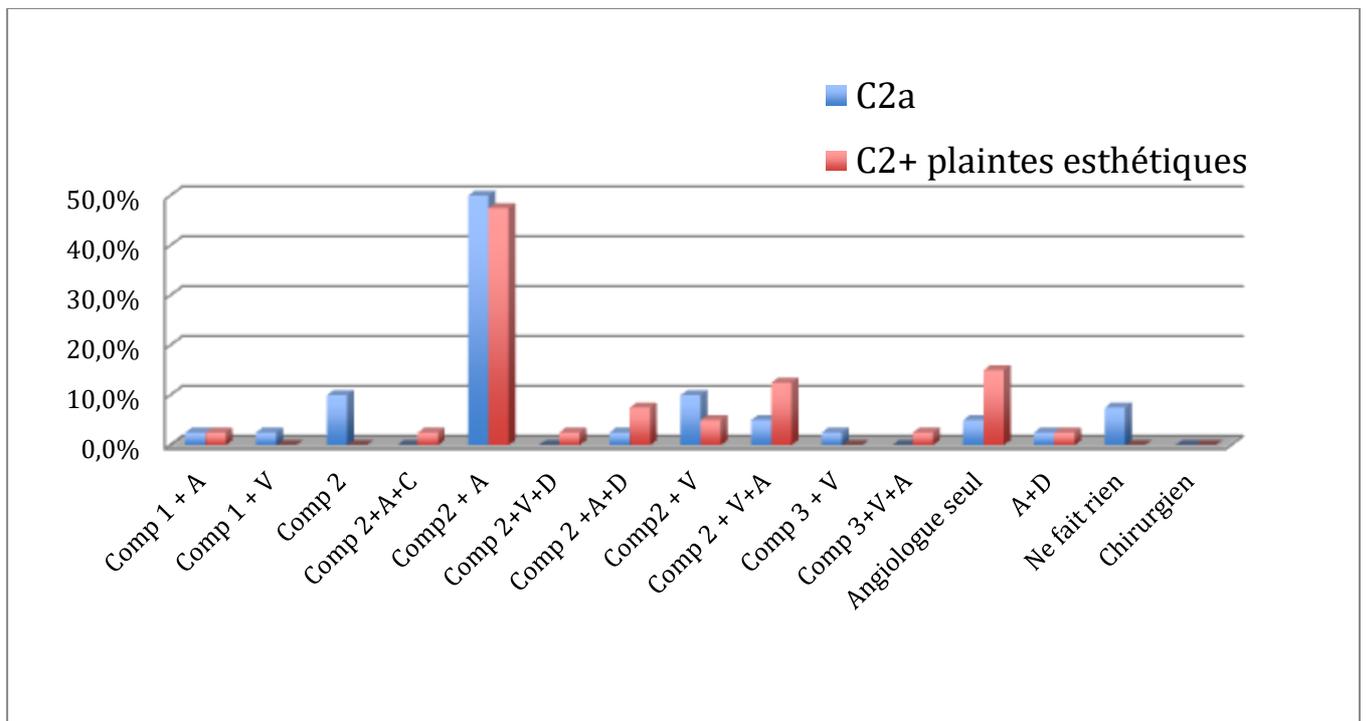
Tableau 4 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C1



Pour le stade C2a, soit varice >3mm, sans plaintes exprimées par le patient ,50% des médecins prescrivent une compression classe 2 associée à une consultation auprès d'un angiologue.

Pour le stade C2 avec plaintes esthétiques, l'attitude thérapeutique ne change pas, la compression classe 2 associée à une consultation auprès d'un angiologue reste la 1ere mesure thérapeutique à 47,5%. **Tableau 5**

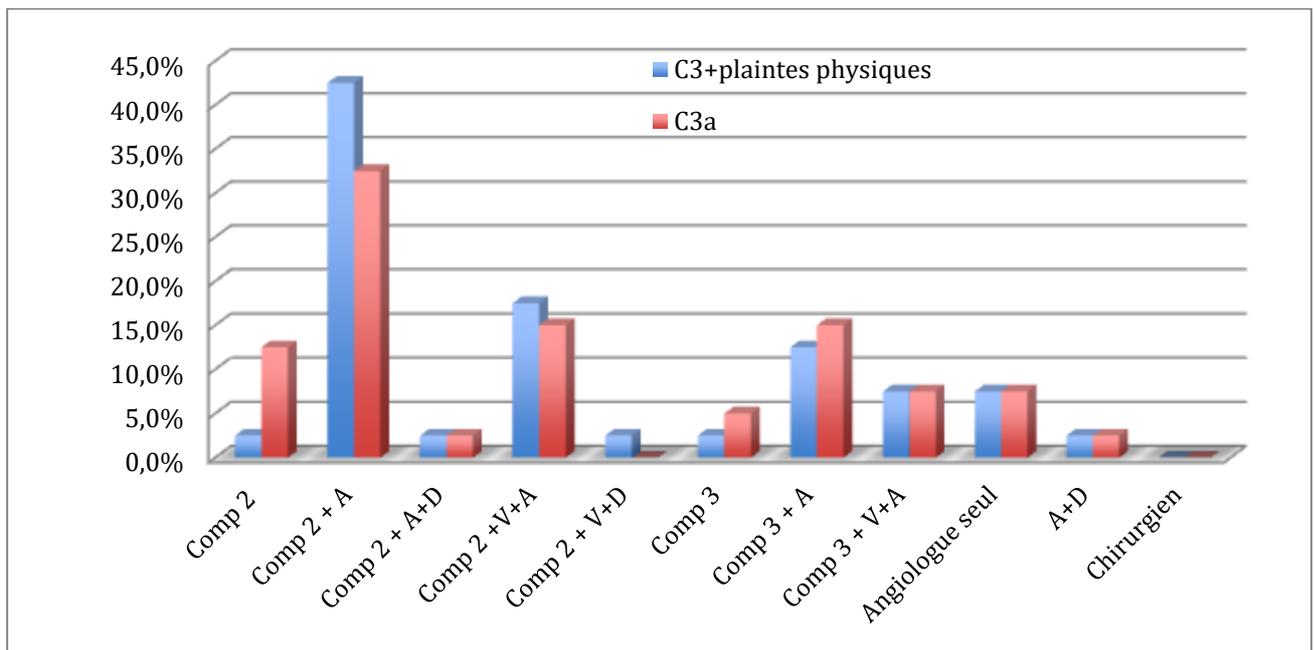
Tableau 5 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C2



Pour le stade C3 asymptomatique, soit œdèmes des membres inférieurs, la compression classe 2 est la mesure choisie dans 62,5% des cas dont 32,5% des prescripteurs l'associent à une consultation auprès d'un angiologue. La compression classe 3 est prescrite dans 27,5% des cas.

Pour le stade C3 avec plaintes physiques, la compression classe 2 est prescrite dans 67,5% des cas, tandis que la prescription classe 3 diminue à 22,5%. **Tableau 6**

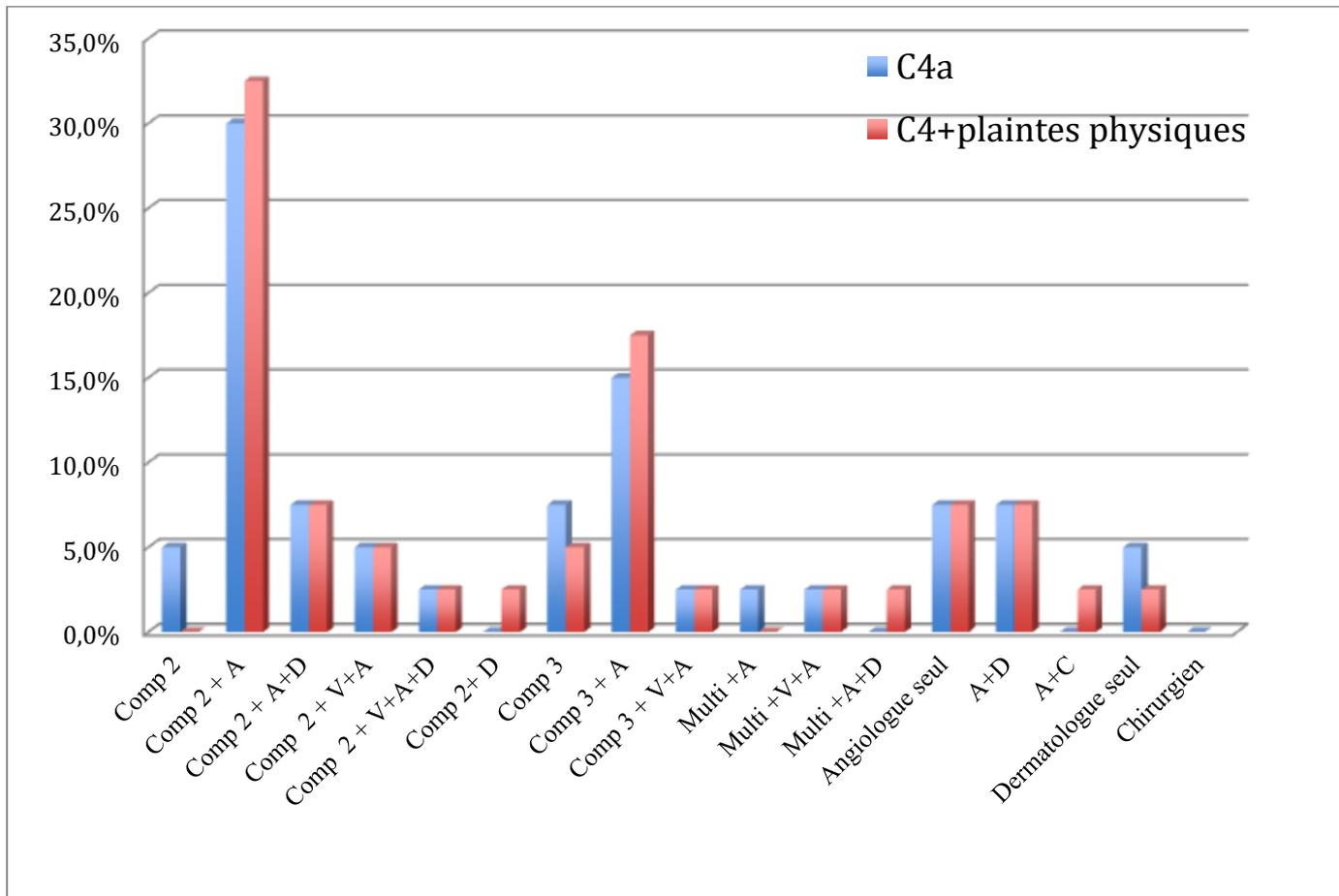
Tableau 6 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C3



Pour le stade C4 regroupant le stade C4a et C4b soit l'apparition de troubles tropiques, sans plaintes exprimées 25% prescrivent une compression classe 3. La compression classe 2 reste prédominante avec un taux de prescription de 50%.

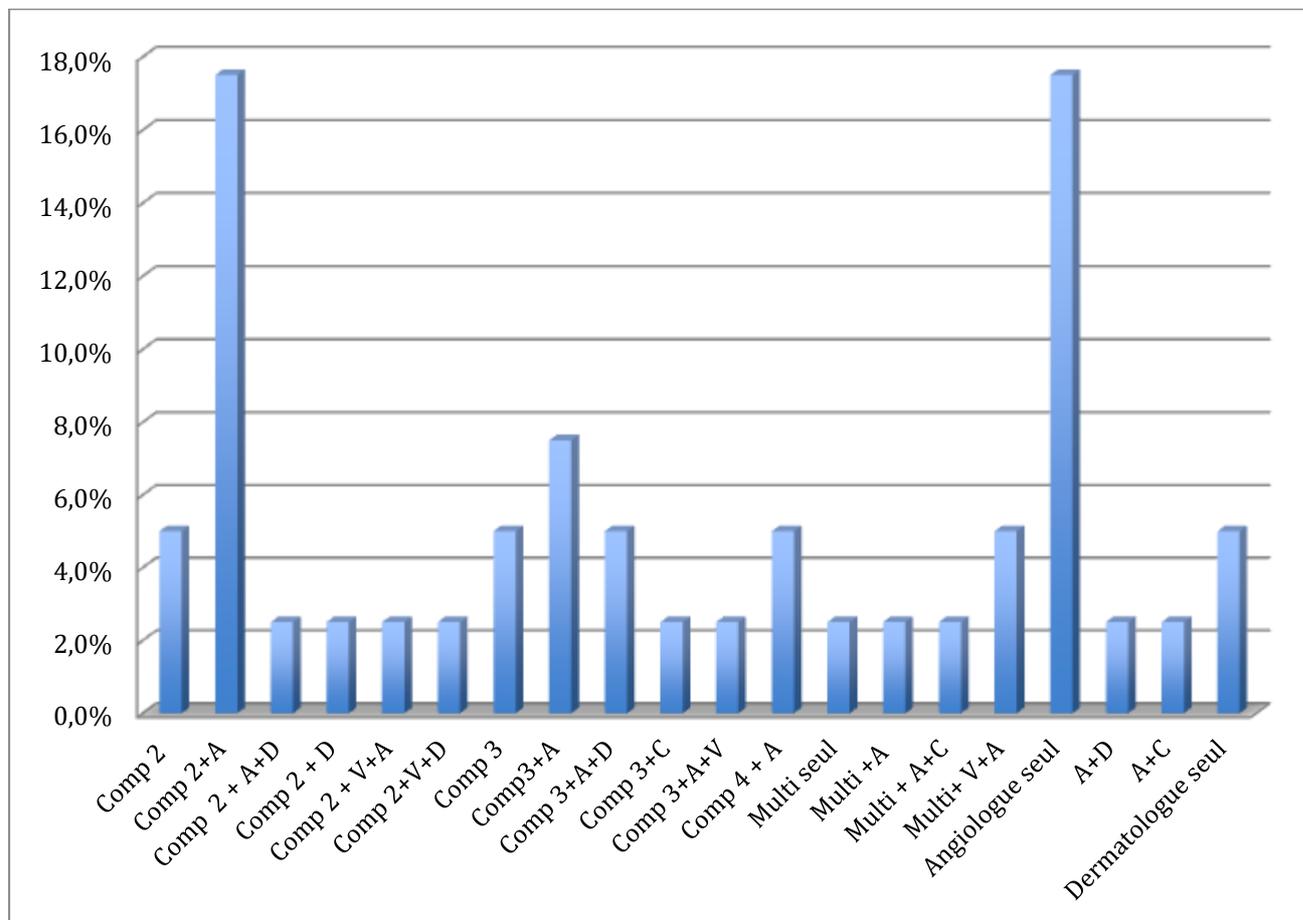
Pour le stade C4 (C4a et C4b) avec plaintes physiques, l'attitude thérapeutique est sensiblement identique. Au total, au stade C4, la prise en charge ne diffère pas en fonction de l'existence ou non d'une plainte exprimée par le patient. **Tableau 7**

Tableau 7 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C4



Pour le stade C5, soit ulcère fermé, on peut constater qu'il existe une grande variabilité thérapeutique. La compression classe 3 concerne 22,5% des prescriptions contre 12,5% de prescription multicouche et encore 32,5% de compression classe 2. **Tableau 8**

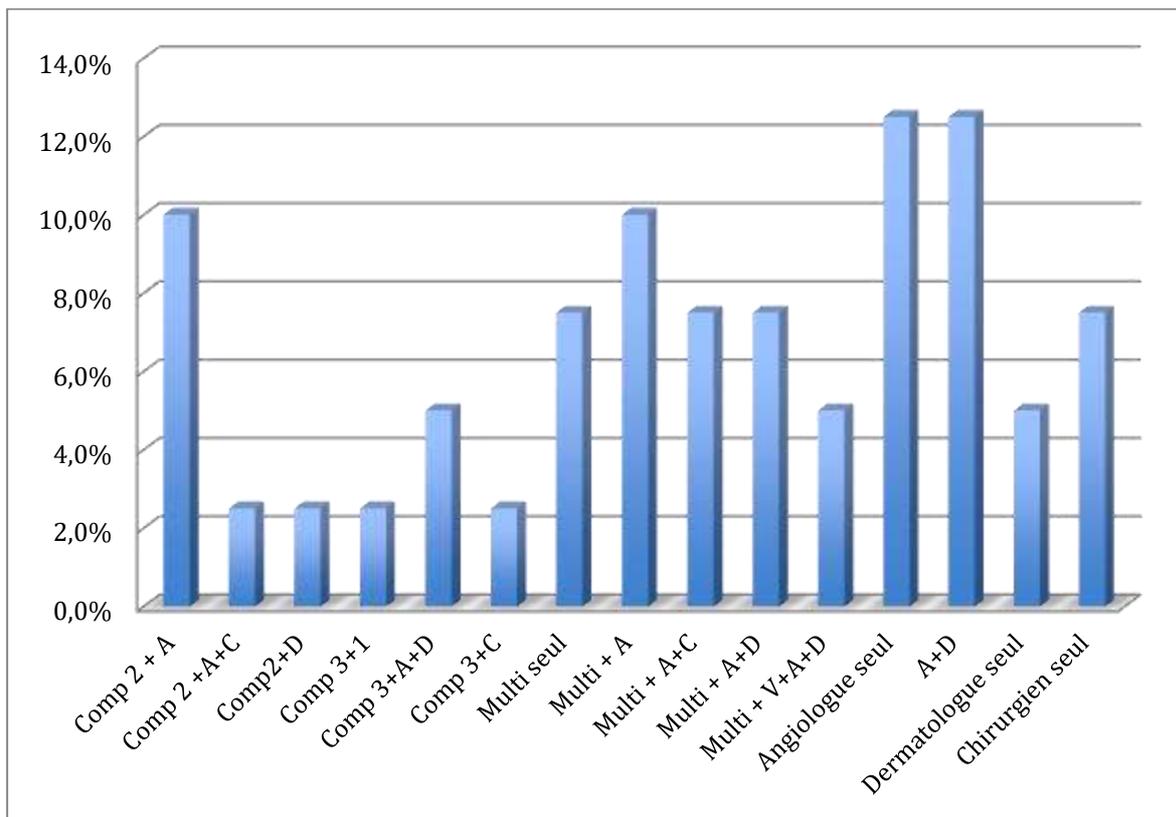
Tableau 8 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C5



Pour le stade C6 soit ulcère ouvert, on peut constater également des prises en charges très variées. Le recours à plusieurs spécialité est fréquent avec 40% des praticiens qui sollicitent 2 spécialistes. La bande multi couche n'est prescrite que dans 37,5% des cas et la compression classe 3 dans 10% des cas et encore 15% de prescription classe 2.

Tableau 9

Tableau 9 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique stade C6

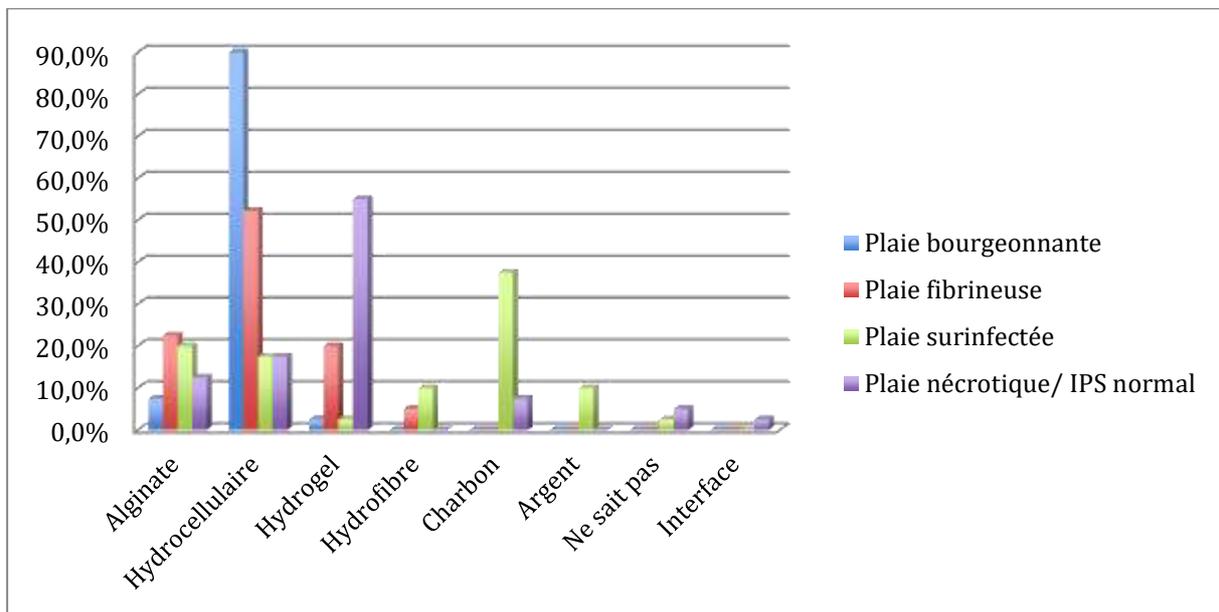


- **Pansements :**

Les 3 classes les plus prescrites sont les pansements hydro cellulaires, hydrogels et charbon toutes causes d'ulcère confondues. L'hydro cellulaire reste le pansement de 1ere intention pour les plaies bourgeonnantes et fibrineuses, l'hydrogel pour les plaies nécrotiques.

Tableau 10

Tableau 10 : Résultat de l'étude, attitude thérapeutique plaies et pansements



DISCUSSION

Système de compression :

Le système de compression est à adapter en fonction de chaque stade de la classification CEAP, au risque d'être inefficace et de ne pas atteindre l'effet escompté. Les dernières recommandations HAS datent de 2010 (**Annexe 1**).

On constate que dans les habitudes de prescription des médecins interrogés, la classe 1 est présente pour les stades les plus précoces (C0 30%, C1a et C1 + plaintes esthétiques 17,5%, C1 + plaintes physiques 12,5%, C2a 5% et C2+plaintes esthétiques 2,5%) mais disparaissent totalement à partir du stade C3.

Les études ont démontré que l'efficacité de la classe 1 (10-15mmHg) au niveau du système veineux est minime et n'ont pas d'action sur le calibre veineux. [20].

La compression classe 2 soit 15-20mmHg est la prescription la plus répandue. On la retrouve au niveau de l'ensemble des stades de C0 à C6. Atteignant 80% de prescriptions pour le stade C1. A partir du stade C3, celle-ci reste présente à 62,5% des prescriptions, 50% des cas pour C4, 32,5% pour C5 et 15% pour C6.

La compression classe 3, soit 20-36mmHg [27] est recommandée à partir du stade C3 soit apparition d'œdème [23]. Cependant 62,5% des médecins prescrivent seulement une classe 2 pour le stade C3 et 50% pour le stade C4.

La compression classe 3 reste néanmoins difficilement supportée [28] et la pose est parfois impossible pour les personnes âgées. [29] Dans ce cas de figure, la mesure alternative est le système de compression multicouche. [23]

Avec une aide à la pose via des aides paramédicales idéalement formées à la pratique de pose de ces dispositifs. Certaines études ont montré qu'en l'absence de formation, les systèmes de compressions sont plus fréquemment mal posés et la force attendue (en mm Hg) n'est pas retrouvée au niveau du membre inférieure. [30] R. Attal a montré que seulement 35% des dispositifs étaient posés parfaitement sur 100 patients. [31] La compression classe 2 seule ne doit pas être privilégiée à partir du stade C3, sauf superposition de plusieurs classe 2. Suite aux résultats, pour le stade C3 seulement 27,5% des médecins prescrivent une classe 3, C4 25%, C5 32,5%. Pour le stade C6, 10% des participants prescrivent une classe 3 sur un ulcère ouvert.

La compression par bandages multicouches est recommandée en 1ere intention pour l'ulcère ouvert [32] [33] [34] Il associe une bande à allongement court et une bande à allongement

long plus efficace que 2 bandes à allongement court. [32] La pose est effectuée par du personnel formé afin d'éviter une mauvaise application du système entraînant des complications iatrogènes (plaie, œdème, inefficacité) [31]

Au stade C6 seulement 37,5% des médecins interrogés prescrivent un système multicouche.

Autre point important est que l'efficacité de la pression et d'aide à la remontée de la colonne sanguine se situe au niveau sural [20] [34] en majorant l'action de pompe du mollet au niveau des veines surales. [8] C'est pourquoi les différents systèmes disponibles (chaussette, bas, collant) n'ont pas de différence d'action. Un collant ou un bas n'aura pas ou peu d'action de pression au niveau fémoral car nos systèmes de compression sont dégressifs [20] [22] [35], la pression maximale se situe à la cheville (hors compression sportive). Certaines études ont prouvé que les systèmes de compression n'ont pas d'action au niveau du réseau veineux superficielle (pression utilisée de 20 à 30mmHg). [36] La réduction du calibre veineux est un effet souvent prêtée à la compression, à tort car les études ont montré que la pression nécessaire à l'occlusion veineuse est très supérieure à celle produite par le moyen de compression commercialisé. [37]

Suite à l'analyse des résultats, on peut constater que 62,5% des médecins pensent qu'il existe une différence dont 62% pense qu'elle se situe au niveau de la localisation et de la force de pression et 20% qui ne se prononce pas. Croyance qui peut entraîner une prescription inadaptée (bas ou collant pour une varice de la cuisse) prouvent être mal supportée.

Veinotoniques :

La prescription de veinotoniques reste présente à tous stades de la pathologie veineuse avec une prédominance pour les stades C0 à C3 (**tableau 13**), avec une majoration des prescriptions lors de plaintes physiques. Dans la littérature, la prescription de veinotoniques reste controversée. [38] [39] La réévaluation par l'HAS de 2005 du SMR des veinotoniques est considérée comme insuffisante et les preuves apportées de la démonstration de cette efficacité sont faibles. Il n'y a pas de contre-indication à la prescription de ces agents pharmaceutiques mais ils ne peuvent suffire à eux seuls en un traitement efficace et préventif. [38]

A noter que les médecins prescripteurs les plus représentés d'un point de vue épidémiologique font partie de la classe d'âge >50ans.

Prise des index de pression systolique :

Il est médico-légal, qu'avant toute pose de bas de compression devant un ulcère ouvert, la prise des index de pression systolique doit être calculé et l'IPS doit être calculé. [23] La compression médicale n'est contre indiquée que pour un IPS < 0,6 [19], mais les ulcères mixtes entre 0,6 et 0,9 d'IPS, qui rappelons-le représentent 17% des ulcères [17], doivent avoir une compression adaptée ne dépassant pas 30mmHg [40] et nécessite une surveillance régulière et une éducation thérapeutique claire (douleur, pâleur, paresthésie). Les compressions à allongement court est recommandé pour les artériopathies sous-jacentes (IPS 0,6- 0,9) [41], ces derniers n'exerçant qu'une faible pression de repos. Dans notre étude, seulement 57,5% des médecins s'assurent de la prise d'un IPS au préalable d'une prescription moyen de compression.

Recours aux spécialistes :

Suite aux exploitations des données, le recours aux spécialistes est présent à tous les stades, et se majore avec l'évolutivité de la pathologie veineuse. L'envoi auprès d'un angiologue est fréquent pour les médecins interrogés et ce même pour les stades précoces de la pathologie veineuse (avec une moyenne de C1a à C6 de 69,7%) En moindre proportion mais également présent à tous stades, la prise en charge dermatologique reste une habitude des participants. A partir du stade C4, l'envoi auprès de 2 spécialistes devient fréquent et notamment l'association dermatologues et angiologues. Quant aux chirurgiens, ils sont présents dans la prise en charge à partir du stade C4 de la pathologie veineuse (2,5% C4+plaintes physiques, 7,5% C5 et 20% C6).

D'un point de vue démographique, la répartition des spécialistes parmi les départements concernés reste très inégalitaire, avec une quarantaine de médecins vasculaires installés pour les départements de Meurthe et Moselle et de Moselle contre moins de 5 pour la Meuse (données tirées des Pages Jaunes). L'accessibilité aux spécialistes en fonction des communes reste très variable avec des délais importants pouvant impacter sur la prise en charge et le suivi régulier.

Suite aux résultats, on constate que le recours aux spécialistes pour les stades précoces, les médecins les plus demandeurs se situent en milieu urbain pour le stade C0-C1-C3 et en milieu semi rural pour le stade C2 et C4. Le milieu rural semble d'avantage tarder la prise en charge spécialisée aux stades précoces.

Prise en charge annexe de l'ulcère veineux :

- La prise en charge des comorbidités fait partie intégrante de la prise en charge des ulcères veineux. Il est nécessaire d'équilibrer un diabète, une hypertension artérielle, une dénutrition, une anémie. [41] Dans notre étude 97,5% des praticiens l'intègre dans la prise en charge.
- Il est également recommandé de favoriser la pratique d'une activité physique [41] et notamment la mobilisation articulaire des chevilles entraîne une amélioration de la fonction de la pompe du mollet. [42] Le recours à un kinésithérapeute peut être nécessaire. Une étude a mis en évidence que le temps de guérison était plus faible si une activité physique était pratiquée régulièrement. [43] 75% des médecins interrogés dans notre étude tiennent compte de ce facteur.
- Devant un ulcère présentant un retard de cicatrisation > à 6 mois ou des signes suspects (lésion anormalement végétante) il est recommandé [41] de pratiquer des biopsies cutanées à la recherche d'un carcinome cutané. Les études ont montré que la mortalité élevée est en partie due au retard de diagnostic. [44] Certaines études plus récentes préconisent la biopsie à partir de 3 mois sans cicatrisation malgré des soins bien conduits. [45] L'analyse de nos résultats ont montré que seulement 55% des médecins interrogés pensent à la réalisation de biopsie, pouvant alors entraîner un retard de prise en charge.
- Devant un ulcère, 95% des médecins interrogés s'assurent de la mise à jour des vaccinations anti tétanique.

Pansements :

Un ulcère veineux évolue en 4 stades allant de la phase nécrotique pour les plus sévères, une phase fibrineuse, une phase de bourgeonnement puis le stade d'épithélialisation. A chaque stade correspond un type de pansement. [46]

Les médecins généralistes sont le 1er intervenant dans la prise en charge chronique des réfections des pansements et sont dans la majeure des cas les 1^{ers} à instaurer les pansements. Une connaissance des différents types est alors nécessaire. L'analyse des résultats de l'étude montre dans l'ensemble une prise en charge adaptée face aux différents stades avec pour les plaies nécrotiques, l'utilisation préférentielle des hydrogels ; pour les plaies fibrineuses et bourgeonnantes les hydro cellulaires. Pour les plaies infectées, il n'y a pas de recommandations strictes établies pour le choix du pansement. [47] Malgré tout, les pansements à l'argent semblent être préférés pour cette indication. [46] Pour l'utilisation des pansements aux charbons, l'HAS recommande leur utilisation pour les plaies malodorantes notamment cancer

ORL, de la peau et du sein. [47] Pour les ulcères veineux infectés, la majorité des médecins interrogés utilisent des pansements aux charbons, **Tableau 9**.

Question ouverte :

A la question « éprouvez-vous de manière générale des difficultés à la prise en charge de l'insuffisance veineuse ? » 62,5% des médecins ont répondu non, contre 37,5% de oui.

Parmi les difficultés citées, la coordination des soins entre le spécialiste, le médecin traitant et l'équipe para médicale est la première rencontrée. Respect du protocole de pansement choisi, bonne application des bas de compression, respect de la fréquence de réfection sont d'autant de facteurs de guérison que de retard de cicatrisation si ces derniers ne sont pas respectés. Deuxième ressentis, est une difficulté vis à vis des pansements avec une multitude de choix disponible et le sentiment d'un manque de formation concernant ces derniers et les moyens de compression.

CONCLUSION :

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence un mésusage des systèmes de compression à partir du stade C3 (**Annexe 3**). La classe 2 est majoritairement représentée pour les stades de C0 à C2, mais à partir du stade C3, la multitude des moyens de compression proposés engendre une connaissance approximative des différents types de compressions et engendre une prescription non adaptée (ex : 72,5% de prescriptions inadaptées pour le stade C3).

D'autre part, la question ouverte a permis de mettre en évidence une réelle difficulté à l'observance du traitement de l'ulcère jusqu'à sa cicatrisation, et ce du côté patient avec des systèmes de compressions non supportés, non portés, mais aussi du côté para médical avec un défaut de connaissance de la pose des systèmes de compression et un protocole de pansements parfois non suivi.

Il est primordial pour améliorer la prise en charge des ulcères veineux de former les médecins aux traitements de cette pathologie (compression et pansement) mais également le personnel para médical.

L'éducation thérapeutique du patient est également indispensable afin d'améliorer l'observance du port des bas de compression.

La prise en charge de l'ulcère veineux nécessite un investissement important du patient mais également du praticien dans le but final d'accélérer la guérison et d'éviter les récurrences.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11511615>
2. Carpentier PH, Maricq HR, Biro C, Ponçot-Makinen CO, Franco A. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: A population-based study in France. *J Vasc Surg.* 2004;40:650–9.
3. Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. Venous disease in France: an unrecognized public health problem. *JMV-J Médecine Vasc.* 1994;
4. Fanfera FJ, Palmer LH. Pregnancy and varicose veins. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5635403?dopt=Abstract>
5. Padberg F, Cerveira JJ, Lal BK, Pappas PJ, Varma S, Hobson RW. Does severe venous insufficiency have a different etiology in the morbidly obese? Is it venous? *J Vasc Surg.* 2003;37:79–85.
6. Danielsson G, Eklof B, Kistner RL. The Influence of Obesity on Chronic Venous Disease. :6.
7. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. The epidemiology of varicose veins. A survey in western Jerusalem. *J Epidemiol Community Health.* 1981;35:213–7.
8. Dagrada A. La pompe musculaire du mollet “coeur” du système veineux-Rôle du cycle musculaire systole-diastole. *Phlébologie* 2009. :53–7.
9. James Alexander C. CHAIR-SITTING AND VARICOSE VEINS. *The Lancet.* 1972;299:822–4.
10. MEKKY S. Varicose Veins in Women Cotton Workers. An Epidemiological Study in England and Egypt. :5.
11. Marschall M. Spezielle gefasschade bei sport und beruf. *Internazionaler Rheinkongress.* 1987;7–11.
12. Congenital angiodysplasia of the superficial venous system of the lower extremities in children. - PubMed - NCBI. *Ann Surg* [Internet]. 1988 Feb [cited 2018 Jul 30]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3277547>
13. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. *Circulation.* 2014;130:333–46.
14. Hafner J., Mayer D., Amann B. Ramelet AA. Chronic venous insufficiency in postthrombotic syndrome and varicose veins. *Praxis.* 2010;

15. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40:1248–52.
16. Allegra C, Antignani P-L, Bergan JJ, Carpentier PH, Coleridge-Smith P, Cornu-Thénard A, et al. The “C” of CEAP: Suggested definitions and refinements: An international union of phlebology conference of experts. *J Vasc Surg.* 2003;37:129–31.
17. Körber A, Klode J, Al-Benna S, Wax C, Schadendorf D, Steintraesser L, et al. Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:116–21.
18. Caisse Nationale d’Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: proposition de l’Assurance Maladie pour 2014. 2013 Jul.
19. Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Karanovic ND, Golubovic ZV. Risk factors related to the failure of venous leg ulcers to heal with compression treatment. *J Vasc Surg.* 2009;49:1242–7.
20. Lee BB, Nicolaidis AN, Myers K, Meissner M. Venous hemodynamic changes in lower limb venous disease: the UIP consensus according to scientific evidence. - PubMed - NCBI. *Int Angiol [Internet].* 2016 [cited 2018 Jul 30]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013029>
21. Medical compression stockings reduce hypertension of nailfold capillaries at the toe of patients with chronic venous insufficiency1. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29660917>
22. Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. 2011;36.
23. HAS. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. 2010 Dec.
24. BLANCHEMAISON P. Épidémiologie de l’insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. *Phlébologie* 1997 ;50 :293-36.
25. Efficacy and safety of endovenous foam sclerotherapy: meta-analysis for treatment of venous disorders. - PubMed - NCBI. [cited 2018 Jul 30]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22349606>
26. Rasmussen LH Lawaetz M, Bjoern L. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great sapheno... - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21725957>
27. Benigni J.P, Berteaux F. Cornu-Thenard A. Uhl J.F. Interet des bas médicaux de compression de 20 à 30mmHg: faut il créer de nouveaux dosages de pression? *Phlébologie.* 2010;63–9.
28. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. Cochrane Wounds Group, editor.

Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 31]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008378.pub3>

29. Todd M. Assessment and management of older people with venous leg ulcers. - PubMed - NCBI. Nurs Older People [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 31]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29917335>

30. Heyer K, Protz K, Augustin M. Compression therapy - cross-sectional observational survey about knowledge and practical treatment of specialised and non-specialised nurses and therapists: Compression therapy - knowledge and practical skills of health care professionals. *Int Wound J*. 2017;14:1148–53.

31. R.Attal, E.Mahé, P.Bilan,. La compression dans la prise en charge des ulcères veineux des membres inférieurs. Evaluation des pratiques professionnelles sur 100 patients. a. 2015. p. p158-164.

32. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Wounds Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 31]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000265.pub3>

33. Leblanc C., Planchon B. Pottier P. Pistorius MA. Evaluation de l'efficacité de la compression veineuse élastique par la mesure d'une pression d'interface dans la prise en charge des ulcères veineux. *Rev Phlébologie - Ann Vasc* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Aug 1]; Available from: http://www.revue-phlebologie.org/donnees/archives/affiche_article.php?cid=941

34. Vin F. Le bandage multicouche dans le traitement de l'ulcère de jambe d'origine b-veineuse. *Phlébologie*. 2006;59:257–61.

35. Rastel D., Le Floch E. Il faut connaître les profils de pression des bas médicaux de compression (BMC): exemple de la classe 3. *Phlébologie*. 2012;34–9.

36. Lord RSA, Hamilton D. Graduated compression stockings (20-30 mmHG) do not compress leg veins in the standing position. *ANZ J Surg*. 2004;74:581–5.

37. Ramelet A. Gardon Mollard C. La compression médicale. *Compression Médicale*. 2008.

38. Perrin M, Ramelet AA. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41:117–25.

39. Ramelet A.A, Boisseau M.R, Allegra C. Carpentier P. Background: Veno-active drugs (VAD) have effects on edema and symptoms related to chronic venous disease (CVD), especially so-called venous pain. VAD's effectiveness, although well established, is regularly debated. <https://content.iospress.com/journals/clinical-Hemorheol--Microcirc.33:309-19>.

40. Stansal A, Tella E, Yannoutsos A, Keita I, Attal R, Gautier V, et al. Supervised short-stretch compression therapy in mixed leg ulcers. *JMV-J Médecine Vasc*. 2018;43:225–30.

41. HAS. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2007;134:287-98.
42. O'Brien J, Finlayson K, Kerr G, Edwards H. Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial: Effectiveness of a self-management exercise programme for adults with venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2017;14:130-7.
43. Klonizakis M, Tew GA, Gumber A, Crank H, King B, Middleton G, et al. Supervised exercise training as an adjunct therapy for venous leg ulcers: a randomized controlled feasibility trial. *Br J Dermatol*. 2018;178:1072-82.
44. Combemale P, Bousquet M, Kanitakis J, Bernard P, the Angiodermatology group of the French Society of Dermatology. Malignant transformation of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:935-41.
45. Combemale P. Malignancy and Chronic Leg Ulcers: The Value of Systematic Wound Biopsies: A Prospective, Multicenter, Cross-sectional Study. *Arch Dermatol*. 2012;148:704.
46. Mosti G. Wound care in venous ulcers. *Phleb J Venous Dis*. 2013;28:79-85.
47. HAS. Les pansements, indication et utilisations recommandées. 2011;

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

- La ville dans laquelle vous exercez :
- Vous êtes en milieu : urbain /semi rural / rural

3) Vous avez :

- entre 28- 40ans
- entre 40-50 ans
- >50ans

4) Vous êtes : un homme / une femme

5) Avez-vous participé à une FMC portant sur l'insuffisance veineuse (formation médicale continue) dans les 3 ans ? oui / non

6) Souffrez-vous personnellement d'insuffisance veineuse ?
oui /non

7) Pensez vous qu'il existe une différence entre les différents moyens de compression (chaussette, bas, collant) de la même classe ? oui / non , si oui laquelle ?

8) Quelle est votre attitude thérapeutique dans ces différentes situations:

-Patient au stade C0 de la classification de la maladie veineuse CEAP (aucun signe visible ou palpable de maladie veineuse) mais souffrant de signes physiques (douleur, lourdeur, crampes nocturnes) :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C1 (télangiectasies ou veines réticulaires<3mm) sans plainte physique et esthétique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente auprès d'un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C1 avec plainte esthétique, sans plainte physique :

- je ne fais rien

- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente auprès d'un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

-Patient au stade C1 avec plainte physique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente auprès d'un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

-Patient au stade C2 (veines variqueuses >3mm) sans plainte physique, ni esthétique:

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

Patient au stade C2 (veines variqueuses) avec plainte esthétique:

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C3 (œdème) sans plainte physique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C3 (œdème) avec plainte physique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression : classe à préciser
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C4 (troubles trophiques : lipodermatosclérose ou atrophie blanche, pigmentation ou eczéma) sans plainte physique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression, à préciser la classe et le moyen (chaussette, bas, collant, multi couches)
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C4 (troubles trophiques : lipodermatosclérose ou atrophie blanche, pigmentation ou eczéma) avec plainte physique :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression, à préciser la classe et le moyen (chaussette, bas, collant, compression multi couche).
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C5 (ulcère cicatrisé) :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression, à préciser la classe et le moyen (chaussette, bas, collant, compression multi couche).
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

- Patient au stade C6 (ulcère ouvert) :

- je ne fais rien
- je lui prescris une compression, à préciser la classe et le moyen (chaussette, bas, collant, multi couches)
- je lui prescris des veinotoniques
- je l'oriente vers un dermatologue
- je l'oriente auprès d'un angiologue
- je l'oriente auprès d'un chirurgien

9) Si vous prenez en charge au cabinet un ulcère d'allure variqueux

- Recherchez-vous une AOMI sous-jacente avec prise des IPS ? : oui/non
- Recherchez-vous et prenez-vous en charge les comorbidités (diabète, HTA, surcharge pondérale, dénutrition, anémie, insuffisance cardiaque)? oui/non
- Assurez-vous qu'une ou plusieurs biopsies cutanées, ont été réalisées à la recherche d'un carcinome cutané en présence de signes suspects ou en l'absence de cicatrisation après 6 mois-1 ans d'un traitement bien conduit et bien observé? oui/non
- Assurez-vous de la mise à jour des vaccinations antitétaniques ? oui/non
- Assurez-vous de la pratique d'exercices physiques (notamment la marche) et de

mobilisation articulaire des chevilles et des pieds par des moyens d'éducation et de rééducation chez les personnes âgées (kinésithérapie)? oui/non

10) Quel type de pansement appliquez-vous face :

- A une plaie bourgeonnante ?

- Hydrocellulaire
- Alginate
- Hydrofibre
- Pansement au charbon
- Hydrogel

- A une plaie fibrineuse ?

- Hydrocellulaire
- Alginate
- Hydrofibre
- Pansement au charbon
- Hydrogel

- A une plaie surinfectée ?

- Alginate
- Hydrocellulaire
- Hydrofibre
- Pansement au charbon
- Hydrogel

-A une plaie nécrotique avec IPS normal ?

- Alginate
- Hydrocellulaire
- Hydrofibre
- Pansement au charbon
- Hydrogel

11) De manière globale, rencontrez-vous des difficultés face à la prise en charge de l'insuffisance veineuse ? si oui lesquelles?

.....

Annexe 2 : Recommandation HAS décembre 2010, classification CEAP et moyen de compression

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3 mm (stade C2)	bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg	► Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	bas indiqués pour les varices ou bandes sèches à allongement court	► 4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court ou long	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques
Pigmentation, eczéma veineux (stade C4a)	<ul style="list-style-type: none"> • ☐ bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg • ☐ ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ☐ ou bandes enduites 	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (stade C4b)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ☐ bandes sèches inélastiques ou à allongement court ▪ ☐ ou bandes enduites ▪ ☐ ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique) 	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	<ul style="list-style-type: none"> • ☐ bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou > 36 mmHg • ☐ ou bandes sèches à allongement court 	
Ulcère ouvert (stade C6)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ☐ bandages multitypes en première intention ▪ ☐ ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ▪ ☐ ou bandes enduites ▪ ☐ ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg 	► Jusqu'à cicatrisation complète

Annexe 3 :

Stade/ Attitude	Abstention thérapeutique	Compression classe 1	Compression classe 2	Compression classe 3	Bandes multicouches	Recours à un spécialiste	Recours aux veinotoniques
C0 n (%)	2 (5)	12 (30)	25 (62,5)	0 (0)	0 (0)	1 (2,5)	14 (35)
C1a n (%)	7 (17,5)	7 (17,5)	22 (55)	1 (2,5)	0 (0)	13 (32,5)	9 (22,5)
C1 et plaintes esthétiques n (%)	2 (5)	7 (17,5)	23 (57,5)	0 (0)	0 (0)	28 (70)	4 (10)
C1 et plaintes physiques n (%)	0 (0)	5 (12,5)	34 (85)	0 (0)	0 (0)	27 (67,5)	12 (30)
C2 a n (%)	3 (7,5)	2 (5)	31 (77,5)	1 (2,5)	0 (0)	27 (67,5)	8 (20)
C2 et plaintes esthétiques n (%)	0 (0)	1 (2,5)	31 (77,5)	1 (2,5)	0 (0)	38 (95)	9 (22,5)
C3a n (%)	0 (0)	0 (0)	25 (62,5)	11 (27,5)	0 (0)	33 (82,5)	9 (22,5)
C3 et plaintes physiques n (%)	0 (0)	0 (0)	27 (67,5)	9 (22,5)	0 (0)	38 (95)	11 (27,5)
C4a n (%)	0 (0)	0 (0)	20 (50)	22 (25)	2 (5)	35 (87,5)	5 (12,5)
C4 et plaintes physiques n (%)	0 (0)	0 (0)	20 (50)	10 (25)	2 (5)	38 (95)	5 (12,5)
C5 n (%)	0 (0)	0 (0)	13 (32,5)	9 (22,5)	5 (12,5)	35 (87,5)	5 (12,5)
C6 n (%)	0 (0)	0 (0)	6 (15)	4 (10)	15 (37,5)	36 (90)	2 (5)

VU

NANCY, le **31 août 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **06 septembre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Denis WAHL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10405

NANCY, le **07 septembre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME

Objectif : La connaissance des différents types de compression est primordiale, étant la pierre angulaire de la prise en charge de l'IV et plus tardivement celui de l'ulcère veineux. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances et habitudes de prescriptions concernant ces dispositifs et ce en fonction de la classification CEAP.

Méthode : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Lorraine. Ce dernier évaluait leur attitude thérapeutique suite aux stades cliniques « C » de la classification CEAP. Plusieurs prises en charge ont été proposées (abstention thérapeutique, veinotonique, compression, spécialistes). Au total le questionnaire utilisé pour mener l'enquête comportait 29 questions.

Résultats : Sur 40 réponses, pour le stade C3, la compression classe 3 est prescrite dans seulement 27,5%. Pour le stade C4 sans plaintes exprimées 25% prescrivent une compression classe 3. Pour le stade C5, la compression classe 3 concerne 22,5% des prescriptions contre 12,5% de prescription multicouche. Pour le stade C6, la bande multi couche n'est prescrite que dans 37,5% des cas et la compression classe 3 dans 10% des cas et encore 15% de prescription classe 2.

Conclusion : Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence un mésusage des systèmes de compression à partir du stade C3. D'autre part, la question ouverte a permis de mettre en évidence une réelle difficulté à l'observance du traitement de l'ulcère jusqu'à sa cicatrisation, et ce du côté patient avec des systèmes de compressions non supportés, non portés, mais aussi du côté para médical avec un défaut de connaissance de la pose des systèmes de compression et un protocole de pansements parfois non suivi.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of the management of venous insufficiency by the general practitioners of Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE- ANNEE 2018

MOTS-CLES : Management venous leg ulcers, medical compression stocking, risk factors of venous insufficiency, epidemiology, venous disease, wound healing leg ulcer

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Foret de Haye, 54505 VANDOEUVRE LES NANCY
