



Prévalence des insuffisances veineuses chroniques au sein du CHU et identification des facteurs de risques : registre observationnel Niçois

Romain Dehove

► To cite this version:

Romain Dehove. Prévalence des insuffisances veineuses chroniques au sein du CHU et identification des facteurs de risques : registre observationnel Niçois. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03407957

HAL Id: dumas-03407957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03407957>

Submitted on 28 Oct 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.

UNIVERSITE DE NICE – SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

PREVALENCE DES INSUFFISANCES VEINEUSES CHRONIQUES AU SEIN DU CHU ET IDENTIFICATION DE FACTEURS DE RISQUE REGISTRE OBSERVATIONNEL NICOIS

Présentée et soutenue le 22/10/2021 à Nice

Par Romain DEHOVE

Né le 3 Décembre 1992, à Bruges (33)

PRESIDENT DU JURY :

Professeur Georges LEFTheriotis CHU de Nice, Médecine Vasculaire

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Pascal GIORDANA CHU de Nice, Médecine Vasculaire
Directeur de Thèse

MEMBRES DU JURY :

Docteur Jo-Hanna PLANCHARD CHU de Nice, Médecine du travail
Responsable du DES

Docteur Mohamed LABBAOUI CHU de Nice, Cardiologie
Assesseur

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie Pr. ALUNNI Véronique

Recherche Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)

M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)

Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie – Génétique (47.02)

M. DAR COURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)

M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52.03)

M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)

M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)

M. HASSEN KHODJA Réda Chirurgie Vasculaire (51.04)

M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)

M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50.03)

M. LEFTHERIOTIS Georges Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)

M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)

M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)

M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)
Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)
M. TRAN Albert Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédiopsychiatrie (49.04)
M. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)
M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)
M. GUÉRIN Olivier Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques Médecine d'urgence (48.05)
M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)
M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)
Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)
M. ROUX Christian rhumatologie (50.01)
M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel Psychiatrie (49.03)
M. BERTHET Jean-Philippe Chirurgie Thoracique (51-03)
M. BOZEC Alexandre ORL- Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. CHEVALIER Nicolas Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme ESTRAN-POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
M FAVRE Guillaume Physiologie (44.02)
M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)
Mme GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
M. IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52.02)
M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. ORBAN Jean-Christophe Anesthésie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49.01)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. VANBIERVLIET Geoffroy Gastro-entérologie (52.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
M. CAMUZARD Olivier Chirurgie Plastique (50-04)
Mme CONTENTI-LIPRANDI Julie Médecine d'urgence (48-04)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
M. LOTTE Romain Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
M. MASSALOU Damien Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
M. MONTAUDIE Henri Dermatologie (50.03)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. SAVOLDELLI Charles Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M. SQUARA Fabien Cardiologie (51.02)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme THUMMLER Susanne Pédiopsychiatrie (49-04)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)
M. TRAN Antoine Pédiatrie (54.01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. AMIEL Jean

M. ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

Mme EULLER-ZIEGLER Liana

M. FENICHEL Patrick

M. FUZIBET Jean-Gabriel

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GIBELIN Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HOFLIGER Philippe

M. JOURDAN Jacques

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SANTINI Joseph

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. THYSS Antoine

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre

M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. LEBOEUF Mathieu gynécologie- obstétrique
Mme NADEAU Geneviève uro-gynécologie
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Remerciements

Au Jury :

- **A Monsieur le Président du Jury, le Professeur Georges LEFTHERIOTIS**, pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce projet, ses conseils et ses mots justes, soyez assuré de ma haute considération.
- **A Monsieur le Directeur de thèse, le Docteur Pascal GIORDANA**, vous m'avez fait l'honneur de me proposer ce travail au décours d'un enseignement, et de diriger ma thèse depuis maintenant 2 ans. Votre encadrement durant la préparation cette thèse m'a beaucoup appris. Je vous remercie également de votre confiance. Soyez assuré de la haute estime que j'ai pour vous.
- **A Madame le Docteur Jo-Hanna PLANCHARD**, responsable du DES de médecine du travail à la faculté de Médecine de Nice. Travailler à tes côtés au CHU de Nice a été un énorme plaisir. J'ai appris auprès de toi non seulement la rigueur et le sérieux mais aussi la capacité d'écoute et la bienveillance au cours de ma formation. J'ai conscience de la chance de t'avoir eu comme responsable de DES et je t'en suis d'autant plus reconnaissant.
- **A Monsieur le Docteur Mohamed LABBAOUI**, je te remercie d'avoir accepté de juger ma thèse. Pour moi tu es un mentor mais aussi un véritable ami, tu m'as guidé dans ce sacerdoce jusqu'à aujourd'hui, sur les bancs de la bibliothèque jusque dans les couloirs de l'hôpital. Pour tout ça je t'admire et je suis très heureux de te compter parmi mon jury de thèse.

A ma famille :

- **A mes parents**, pour les valeurs que vous m'avez inculquées. Les mots ne viennent pas, je pense forcément à maman qui aurait dû être là et pas qu'aujourd'hui, mais les choses sont ainsi et si l'objectif était de rester fort, je suis heureux d'avoir été jusqu'au bout, et de voir sur notre fratrie l'empreinte d'un amour qui nous a tous liés et donné la force de se soutenir en un bloc depuis toujours. Comme dirait papa, la famille, c'est la famille...
- **A mes grands-parents**, pour tous ces souvenirs passés ensemble, ces Noël en famille à Artres et ces étés aux Baléares. Merci à mamy d'Arras pour le souvenir d'une grand-mère à la générosité sans aucune limite. Merci pour votre bienveillance durant toute ma vie.
- **A ma mamie**, pleine de sagesse, qui m'a tout donné (y compris l'hospitalité avec des moments inoubliables) pour arriver jusqu'ici, une relation unique qui est un exemple pour moi, sans elle rien n'aurait été possible.
- **A mon parrain**, ainsi que sa belle tribu, qui m'ont toujours soutenu dans mes choix de vie important, qui m'ont donné la confiance, les conseils et surtout l'amour d'une famille soudée.

- **A ma marraine Malen**, d'avoir toujours été là pour moi, à tout instant, et tous les moments de ma vie, jamais je n'aurai pu me réaliser comme aujourd'hui sans ton soutien.
- **A Marie et Bernard Gonnet**, vous avez été les premiers à me faire découvrir et aimer le sud de la France, avec une bienveillance et une sollicitude sans pareil, et je vous en remercie énormément pour votre accueil en terre sainte : Nice !
- **A ma sœur Marie et mon frère Louis**, pour tous les moments passés ensemble et ceux à venir, peu de mots peuvent décrire à la fois la fierté, le bonheur de vous avoir à mes côtés et votre importance à mes yeux. Il n'y a pas de lien plus important que les nôtres. Je vous aime tout simplement.
- **A mon amour Anastasia**, le meilleur pour la fin, la femme que j'aime depuis déjà plus de 8 ans. Tu es tout à la fois, mon pilier, mon complément, mais aussi l'être le plus précieux à mes yeux. Durant mes études, tu m'as aidé à passer chaque étape, supporter les coups durs, mais aussi à vivre ma vie pleinement à tes côtés. Rien n'aurait été possible sans toi, et je n'aurais jamais voulu d'une vie autrement.

Au CHU d'Antibes :

- **Au Docteur ROTOMONDO, LEROUSSÉAU et RAGUIN**, pour leur encadrement dans un service exigeant mais l'un des plus formateurs que j'ai pu faire durant l'internat.
- **A Françoise et Vanessa**, sans vous mes journées à la Fontonne n'auraient jamais été aussi plaisantes !!
- **A toute l'équipe du service**, je pense fort à vous en écrivant ces mots, face à la détresse des patients, rien n'est plus solide qu'une équipe soudée. Travailler ensemble a été un vrai plaisir.

Au service de médecine du travail du CHU de Nice :

- **A Brigitte**, la meilleure secrétaire de médecine du travail **et Isabelle**, que de bons moments passés ensemble, votre franc-parler me manque souvent.
- **A l'équipe de Pasteur**, nous avons appris à travailler ensemble dans des conditions qui n'étaient pas évidentes, la crise covid, la démission d'un médecin en pleine période de Noël, une réorganisation rapide et efficace... Pour un travail toujours agréable, dans la bonne humeur et l'efficacité !

Au département d'évaluation et de traitement de la douleur :

- **Au Docteur LANTERI-MINET, BERNARDIN, VAN OBBERGHEN, RAYNAUD, RABARY, ALCHAAR et BOZZOLO**, pour votre accueil dans le service, vos enseignements et un partage de connaissance en HDJ, aux consultations avec vous comme au Self de Cimiez ! Merci à toute l'équipe pour votre amabilité, les bons moments du quotidien qui ont fait du semestre passé avec vous un vrai bonheur.

A mes Co-internes :

- **A Hugo, Pierre-François, Tiago, Ihsane, Wanda**, dans un quotidien pas toujours évident ou juste de pur bonheur, c'est une chance d'avoir eu des co-internes aussi sympa et disponible. La suite ne s'annonce que meilleure !

A mes amis :

- **A la bande de la P1 Tom, Mathieu, Edrian, Vincent**, pour votre amitié solide depuis la P1 ou P2, des souvenirs gravés dans ma mémoire. Je vous souhaite à tous plein de bonheur dans vos vies et la réussite que vous méritez tous. Notre amitié restera longtemps et je sens que la vie nous réserve encore bien des surprises ensemble !
- **A la Fox-Team**, aka Robin, Maxime, Lucas, Timothée et Virgil. Mes amis de fac, des souvenirs impérissables en soirées, des coudes soudés à la BU, on ne pouvait pas rêver mieux comme équipe de choc. Hâte de vivre d'autres moments magiques ensemble ! Merci pour tout.
- **A Thibault, Dylan, Lélia et vos amours**, pour votre bienveillance permanente, c'est toujours un plaisir immense de vous voir, on se rappelle sans cesse à quel point le bonheur est simple et qu'il suffit d'être bien entouré. Plein de bonheur pour vous !
- Mais aussi **au Docteur Burel, médecin du travail**, qui m'a appris tout ce que je devais savoir de la spécialité dans le monde extrahospitalier : grâce à ses connaissances infinies, son professionnalisme et ses capacités de transmissions qui n'ont fait que renforcer mon envie de m'investir pleinement dans ce domaine de la médecine qui requiert autant d'attention et d'expertise qu'il offre en expérience de vie.

PLAN

ABREVIATIONS

INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

- I. Définition
- II. Epidémiologie et facteurs de risque de survenue des MVC
- III. Présentation clinique et diagnostic des MVC
 - a. Clinique et examens paracliniques de 1^{ère} intention
 - b. Questionnaire de qualité de vie
 - c. Doppler continu
 - d. Echo-doppler
- IV. Prise en charge actuelle
 - a. Traitement médical
 - b. Traitement chirurgical

NOTRE TRAVAIL – OBJECTIF

MATERIEL ET METHODES

- I. Patients de l'étude
- II. Caractéristiques recueillies de notre population
 - a. Clinique
 - b. Questionnaire CIVIQ
- III. Analyse statistique

RESULTATS

- I. Caractéristiques de notre population
- II. Suivi
 - a. Données cliniques et biologiques
 - b. Données échocardiographiques

DISCUSSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, remplace l'Afssaps depuis le 29 décembre 2011

AOMI: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

AVK: Anti Vitamine K

CEAP: Clinique –Étiologie –Anatomie –Physiopathologie

CIVD: Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CNOM : Conseil national de l'Ordre des Médecins

EP: Embolie Pulmonaire

GVS : Grande Veine Saphène

HAS: Haute Autorité de Santé

HBPM: Héparine de Bas Poids Moléculaire

HNF: Héparine Non Fractionnée

IC : Intervalle de Confiance

IMC: Indice de Masse Corporelle

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVC : Insuffisance Veineuse Chronique

MTEV: Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

MVC : Maladies Veineuses Chroniques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVS : Petite Veine Saphène

RR : Risque relatif

SFMV : Société Française de Médecine Vasculaire

TVP: Thrombose Veineuse Profonde

TVS : Thrombose Veineuse Superficielle

INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

I. Définition, anatomie et physiologie

a. Définition

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est un dysfonctionnement du système veineux profond et/ou superficiel, résultant d'incontinence valvulaire, avec ou sans oblitération veineuse associée. Elle touche principalement les membres inférieurs.

Si l'on met de côté les malformations veineuses, on peut distinguer trois syndromes distincts bien que souvent associés : varices, troubles trophiques veineux, et symptômes veineux. La chronicité va provoquer la raréfaction des capillaires et l'apparition d'œdème, avec une expression clinique en rapport avec la fragilisation des téguments à type de dermites, hypodermes, infiltrations fibrineuses, ulcérations et ulcères.

La varice plus spécifiquement, est une dilatation permanente et pathologique d'une veine superficielle à laquelle est associée une altération de la paroi veineuse. C'est une des causes d'IVC.

On peut distinguer les IVC dites primitives (les varices essentielles) et secondaires (post-thrombotique essentiellement).

b. Anatomie

Il existe deux réseaux veineux au niveau des membres inférieurs :

- **Le réseau profond** : il draine 90% du sang veineux de retour.
- **Le réseau superficiel** : il draine les 10% restant vers le réseau veineux profond via les collecteurs superficiels principaux, notamment les veines grandes et petites saphènes au niveau des membres inférieurs. Ce réseau est le siège principal des varices.
- Les deux réseaux communiquent entre eux par des veines perforantes.

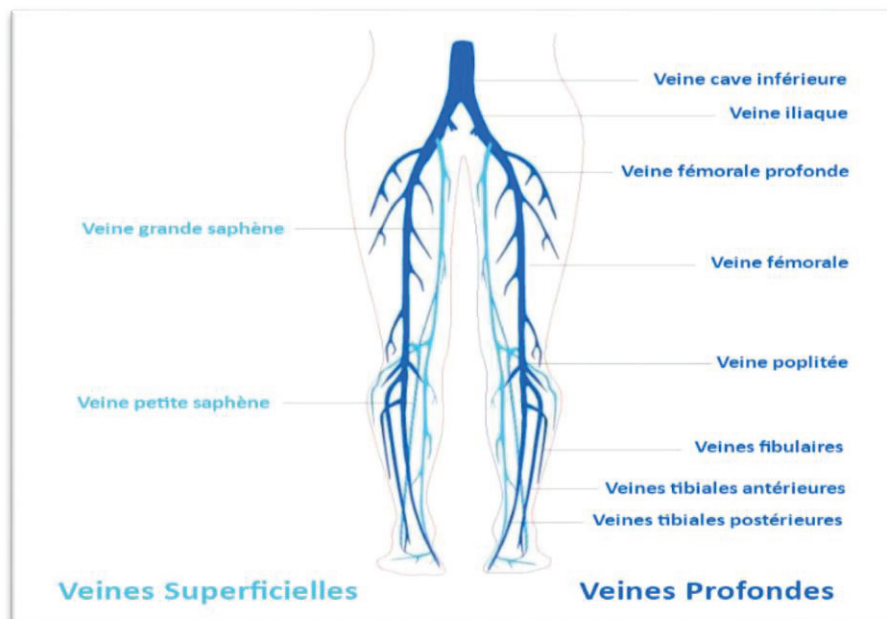


Figure 1 Réseau veineux membres inférieurs (mes-jambes.com)

c. Physiologie

Le retour veineux est favorisé par le système abdomino-diaphragmatique, mais aussi par la marche : en effet la pression veineuse périphérique lors de la station debout prolongée, immobile est de 70 mm Hg.

Le sang est propulsé à la marche à partir de la semelle plantaire de Lejards vers le système veineux profond et superficiel. Ensuite, le mouvement ascendant du flux sanguin est accompagné par la contraction des muscles du mollet et par le fonctionnement de valvules veineuses assurant la direction centripète et unidirectionnelle du flux veineux. Ainsi, la pression veineuse distale atteint son niveau le plus bas après le 7^{ème} pas (30 mm Hg).

II. Epidémiologie et facteurs de risque de survenue de l'insuffisance veineuse chronique

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) des membres inférieurs est un **problème de santé publique important**. L'âge est le premier facteur de risque des varices qui sont exceptionnelles chez l'enfant, et augmentent de manière linéaire chez l'adulte, atteignant une prévalence élevée de 50% chez l'homme à 65% chez la femme en moyenne.

Selon les statistiques du rapport de 2008 de la HAS, en France 20 à 35% de la population française présente des varices des membres inférieurs, soit plus de 12 millions de patients. La prévalence des ulcères de jambe est de 0,63 % de l'ensemble de la population, ce chiffre atteignant 4 à 5 % au-delà de 80 ans et 93 % de ces ulcères ont une composante veineuse. On évalue à 300 000 le nombre de personnes atteintes d'un ulcère en France. Le coût moyen total par patient est d'environ 890 €. L'ulcère « nouveau » coûte environ 710 €, et l'ulcère « ancien » 1.080 €. Le taux de guérison est de 67 % pour les ulcères « anciens » et de 86 % pour les ulcères nouveaux.

Parmi les études liées à cette maladie dont la prévalence reste sous-estimée, on retrouve **l'étude de Bonn**¹⁰ réalisée par la société Allemande de phlébologie durant les années 2000 et plus récemment **l'étude épidémiologique Belgo-luxembourgeoise**¹¹ de 2013 faisant l'état des lieux sur la prévalence, les facteurs de risques et la proportion de chaque état clinique selon une graduation validée.

Ces études nous donnent une bonne appréciation de l'épidémiologie de l'insuffisance veineuse dans la population générale chez des individus de plus de 18 ans, d'une part grâce à des techniques d'évaluation facilement reproductibles, et d'autre part grâce à une classification CEAP⁹ validée (actualisée en 2010) pour classer la gravité de la maladie.

Selon l'étude de Bonn¹⁰, les niveaux de classification étaient de 59% pour C1, 14.3% pour C2, 13.5% pour C3, 2.9% de C4, et 0.7% pour C5-C6. Les résultats ont ainsi montré de 49% des hommes et 62.1% des femmes inclus dans l'étude avaient des plaintes des membres inférieurs relatives à la maladie veineuse.

L'étude belgo-luxembourgeoise¹¹ elle, a retrouvé une prévalence globale de 61.3% d'insuffisance veineuse tous stades et sexes confondus, alors que 45.9% des patients seulement pensaient en être atteint, soulignant la sous-estimation de cette pathologie extrêmement fréquente. Par ailleurs, les femmes ont significativement un stade clinique plus élevé que les hommes dans cette étude.

Parmi les facteurs de risques identifiés, on retrouve notamment l'âge, le nombre de grossesse, l'élévation de l'IMC, l'absence d'exercice physique et les antécédents familiaux de maladie veineuse chronique et les fumeurs (anciens et actifs).

III. Présentation clinique et diagnostic des maladies veineuses chroniques (MVC)

a. Clinique

Les symptômes sont fréquents, variés et peu spécifiques : jambes lourdes et sensation de gonflement, crampes, démangeaisons, trajet veineux douloureux ou phlébalgies, impatience... pour autant, il n'y a pas de corrélation entre l'importance de la symptomatologie et le stade clinique de l'IVC. En effet, les symptômes sont essentiellement en rapport avec l'inflammation péri-capillaire liée à l'hyperpression veineuse et l'altération des échanges à ce niveau.

Le caractère veineux de cette symptomatologie est évoqué devant leur majoration :

- au cours de la journée
- après station debout ou assise prolongée, le piétinement, la sédentarité
- par l'obésité
- par la chaleur (chauffage par le sol, variation saisonnière par exemple)
- par une grossesse, la prise d'œstro-progestatif, en période prémenstruelle ou pubertaire

Et leur amélioration par :

- le froid (par vasoconstriction du système veineux)
- la surélévation des membres inférieurs (diminution de la pression),
- l'exercice physique (activation de la pompe musculaire),
- la compression veineuse.

Le diagnostic est **clinique**. C'est l'ensemble interrogatoire, inspection et palpation en orthostatisme, recherche de symptômes, de varices et/ou varicosités ou de troubles trophiques qui permet d'intégrer la classification CEAP⁹ en association à l'échographie doppler précisant le territoire anatomique.

La classification CEAP⁹ permet de classer les différentes formes d'insuffisance veineuse en fonction de la **Clinique**, de l'**Étiologie**, de l'**Anatomie** du réseau veineux atteint et de la **Physiopathologie**.

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: téléangiectasies 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			

Tableau 1 : Classification CEAP des insuffisances veineuses chroniques (revmed.ch)

b. Questionnaire de qualité de vie

La qualité de vie dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs est un critère majeur d'évaluation. En effet, l'insuffisance veineuse chronique est une maladie **progressive**, dont les manifestations ne sont **pas toujours objectives** (les symptômes subjectifs ne sont pas forcément liés aux signes objectifs de troubles variqueux et dilatations de veines).

Il est donc indispensable de se baser sur un **indicateur spécifique** quantifiant les plaintes des malades de manière rigoureuse et reproductible. Ainsi, **l'auto-questionnaire patient CIVIQ 14⁸, validé en français et servant de référence dans toutes les études**, mesure la qualité de vie dans l'insuffisance veineuse, et est utilisé afin d'évaluer le retentissement de l'IVC. Il permet de décrire en 14 questions les symptômes ressentis par le patient, et s'il est décrit, avec quelle intensité.

- CIVIQ 14 -
AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENTS
En langue française pour la France

Beaucoup de Français se plaignent d'avoir mal aux jambes. Nous cherchons à savoir quelle est la fréquence de ces problèmes de jambes, et en quoi ceux-ci peuvent affecter la vie quotidienne de ceux qui en souffrent.

Vous trouverez ci-après un certain nombre de symptômes, de sensations ou de gênes que vous pouvez ou non éprouver, et qui peuvent rendre la vie quotidienne plus ou moins pénible. **Pour chaque symptôme, sensation ou gêne énoncés, nous vous demandons de répondre à la question posée :**

Vous indiquerez si vous avez vraiment éprouvé ce que décrit la phrase, et si oui, avec quelle **intensité**. Cinq réponses sont prévues, vous devez entourer celle qui correspond le mieux à votre situation :

- | | |
|--------------|--|
| 1 | si vous ne vous sentez pas concerné(e) par le symptôme ou la sensation ou la gêne décrit |
| 2, 3, 4 ou 5 | si vous l'avez ressenti avec plus ou moins d'intensité |

c. Doppler continu

Le doppler continu ou doppler crayon présente une sonde qui contient un émetteur et un capteur d'ondes ultrasonores qui sont actifs en permanence et en parallèle. Il n'y a pas de perte d'information Doppler mais il n'y a pas de résolution spatiale. On va pouvoir enregistrer un reflux veineux chez un patient en orthostatisme après avoir réalisé une chasse veineuse ou une manœuvre de Valsalva. L'inconvénient majeur est donc de ne pas avoir de repérage en profondeur possible. Ainsi, deux structures voisines ne peuvent donc être distinguées.

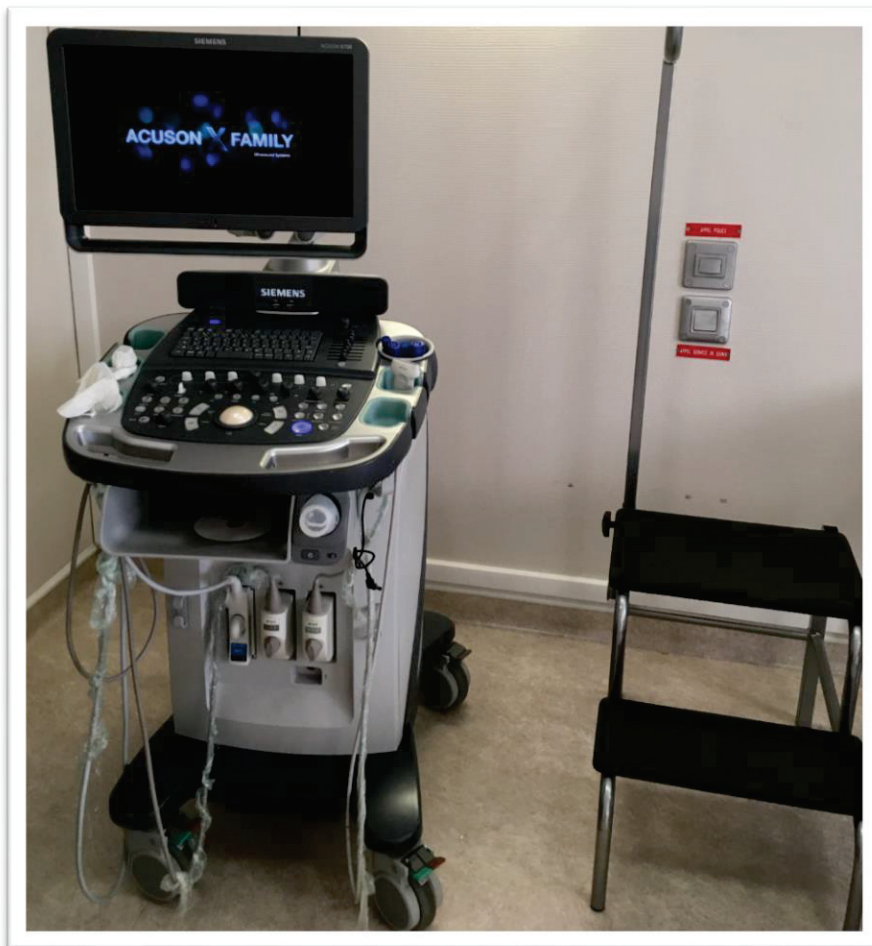


Doppler continu (Dr Giordana)

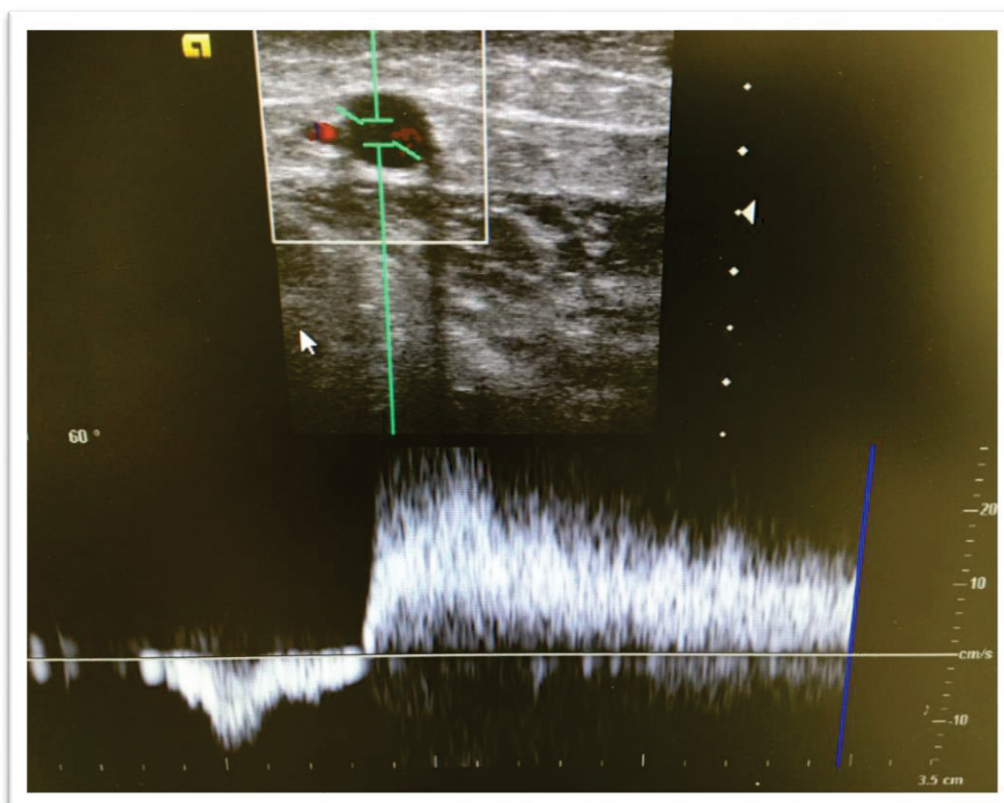
d. Echographie doppler

L'**écho-doppler** veineux est l'examen le plus utilisé en pratique courante, il est la prolongation de l'examen clinique. Il permet, lors de l'examen en orthostatisme, d'effectuer une cartographie veineuse qui objective le trajet d'une varice et ses varices tributaires, mais aussi de visualiser les séquelles de thrombose ou compression veineuse. L'effet Doppler permet d'objectiver le reflux de son origine jusqu'à sa terminaison.

En complément du doppler continu qui objective le reflux mais manque de définition anatomique, l'écho-doppler permet une définition précise de la pathologie grâce à sa résolution spatiale.



Echo-doppler et son escabeau de phlébologie (Dr Giordana)



Lors de la chasse sanguine par contraction du mollet, le flux est négatif (sous la ligne de base) il traduit un flux s'éloignant de la sonde. Puis, on relâche le mollet et il apparaît un reflux, traduisant l'insuffisance veineuse.

IV. Prise en charge actuelle

a. Hygiène de vie

De manière préventive, il convient de favoriser le retour veineux afin de diminuer l'hyperpression veineuse :

- Surélévation des jambes
- Marche régulière
- Eviter de croiser les jambes en position assise et toute compression externe comme les vêtements trop serrés
- Eviter la station debout, immobile prolongée
- Eviter le chauffage par le sol, les bains chauds, l'exposition à la chaleur de manière prolongée en générale

b. Traitement médical

Le traitement médical interventionnel de l'IVC repose sur la pose de **compression élastique**. Son efficacité est maximale si la compression adaptée au membre inférieur est posée dès le matin. Elle diminue le volume du membre avec un effet anti-œdème. Elle améliore d'une part l'efficacité de la pompe musculaire du mollet lors de la marche, d'autre part cette compression va entraîner une contre-pression au niveau capillaire favorisant les mouvements hydriques. De plus il existe un effet bénéfique sur la microcirculation cutanée et lymphatique avec un effet sur l'inflammation capillaire responsable des symptômes.

Pour les bas et les collants de contention, il existe 4 classes en fonction de la pression exercée au niveau de la cheville :

- Contention faible = Classe I. Indications : prévention de la TVP (grossesse, professions exposées...), IVC fonctionnelle.
- Contention moyenne = Classe II. Indications : varices, TVP, en post-opératoire d'une chirurgie variqueuse.
- Contention forte = Classe III. Indications : syndrome post-thrombotique, TVP.
- Contention très forte = Classe IV. Indications : insuffisance lymphatique

Les médicaments veinotropes, veinotoniques ou veino-actifs ne sont prescrits que lors de la présence d'une symptomatologie fonctionnelle (gêne, lourdeur des jambes), à titre adjuvant.

- 1 - Il n'y a pas lieu de prescrire un veinotrope si le patient est asymptomatique.
- 2 - Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope pendant plus de trois mois.
- 3 - Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs spécialités de veinotropes.

c. Traitement interventionnel

Il est basé sur le principe d'éveinage : il peut être chimique (sclérothérapie), thermique (laser, radiofréquence) ou chirurgical (stripping, phlébectomie, ASVAL).

La sclérothérapie consiste à injecter un produit sclérosant (produit, volume et concentration variable selon la taille et la situation de la veine traitée) dans une varice, sous contrôle échographique (= sclérose écho-guidée) par voie percutanée. L'inflammation endothéliale générée va évoluer vers une cicatrisation fibreuse et rétractile de la veine traitée. Elle est habituellement réservée sur les axes saphènes de calibre inférieur à 6 mm en première intention et en alternative à une chirurgie.

La chirurgie des varices est au 5^{ème} rang des interventions les plus pratiquées. C'est actuellement le traitement le plus efficace et de référence. Il existe principalement la phlébectomie qui consiste en l'ablation de segments des veines variqueuses, et le stripping veineux, réalisé par la montée d'un stripper dans la veine pour la retirer ensuite.

Actuellement **l'ablation thermique** (au laser, ou radiofréquence) est le traitement de référence.

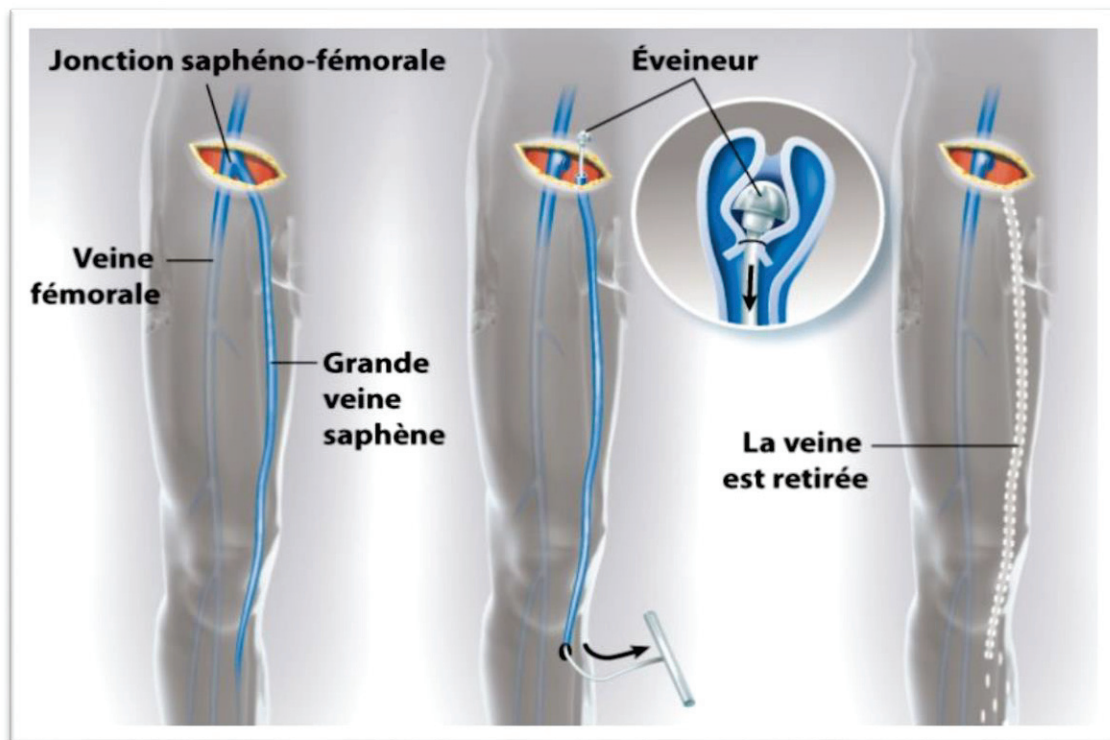


Figure 3 Schéma explicatif sur le stripping veineux (ramsay santé)

NOTRE TRAVAIL – OBJECTIF

Le centre hospitalo-universitaire de Nice est une entreprise comportant un très large effectif regroupant un éventail de professions différentes. On retrouve au sein de l'institution des personnels sédentaires (secrétariat, emplois administratifs...), des personnels exposés au piétinement (équipes soignantes médicales et paramédicales), des personnels réalisant des actes de manutention, des transports de malades, ou encore des personnels exposés à la chaleur ou au froid (cuisine) etc... Les horaires de travail sont aussi extrêmement variés : 8h, 12h, de jour ou de nuit, en temps partiel ou temps plein.

Le service de la médecine du travail effectue entre 500 et 700 visites d'embauche par an et environ 6000 visites de suivi annuelles. Nous avons inclus toute personne embauchée ou suivie au sein du CHU de Nice, quels que soient le sexe, l'âge, le poste occupé, les horaires effectués ou l'état de santé, sur une période de 1 an. Que le sujet soit insuffisant veineux connu ou non ou sujet indemne. L'objectif étant de pouvoir suivre cette cohorte et définir des situations professionnelles favorisant l'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance veineuse chronique que ce soit un personnel médical, paramédical ou non soignant.

Cette étude n'est en aucun cas discriminante au niveau de l'embauche, tous les renseignements ont été anonymisés.

Objectif de l'étude :

- **L'objectif principal** de l'étude est d'identifier et de caractériser les conditions de travail interférant sur l'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance veineuse chronique, en prenant également en compte des risques personnels et familiaux.
- **Les objectifs secondaires** sont :
 - Déterminer la quantité d'individus dépistés de novo de l'insuffisance veineuse chronique en médecine du travail
 - Déterminer l'observance du traitement chez les individus nouvellement traités
 - Comparer avec les données épidémiologiques de la littérature les facteurs de risques

MATERIEL ET METHODES

I. Patients de l'étude

Nous avons réalisé une **étude épidémiologique observationnelle incluant 151 participants** au sein du service de médecine du travail des hôpitaux de Pasteur, Cimiez et l'Archet (CHU de Nice). Nous analysons les données récupérées par l'intermédiaire des **visites d'embauche et de suivi** des salariés du CHU volontaires notamment par l'intermédiaire de l'interrogatoire, un questionnaire adressé au médecin, l'examen clinique et la transmission de l'auto-questionnaire CIVIQ 14⁸ adapté à l'objectif de l'étude. Le recrutement des patients a débuté à partir de mai 2020 jusqu'au mois de juin 2021.

Les critères d'inclusions des patients étaient :

- Tous salariés embauchés au CHU.
- Tous salariés suivis en médecine du travail durant la période de l'étude.

Les critères d'exclusion des patients étaient :

- Tous les patients de moins de 18 ans.
- Les patients souffrants d'un handicap moteur ou mental ne permettant pas l'évaluation et le suivi.
- Les patients ne bénéficiant pas d'un accès aux soins.

II. Caractéristiques recueillies de notre population

a. Clinique

Lors de l'inclusion, les données suivantes étaient récupérées chez l'ensemble des patients **à partir de l'interrogatoire, le remplissage par le médecin d'un questionnaire orienté sur l'objectif de l'étude et de la consultation du dossier médical** :

- Les données démographiques (âge, sexe, poids, taille, IMC)
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux, notamment le nombre de grossesses et le statut hormonal de la femme, le tabagisme, les antécédents d'insuffisance veineuse chronique et de thrombose veineuse des membres inférieurs
- Les antécédents familiaux de varices au premier et au second degré
- Eventuellement s'il y a présence d'un traitement pour l'IVC
- Les symptômes ressentis par le patient, notamment jambes lourdes, impatiences, démangeaisons, sensation de gonflement, crampes, les douleurs des membres inférieurs.
- La dysménorrhée peut également traduire un terrain d'insuffisance veineuse, notamment au niveau pelvien.
- Les facteurs pouvant favoriser ces symptômes, tel que la station assis et debout prolongée, le piétinement, l'exposition à la chaleur, la période prémenstruelle chez la femme.
- La prise d'un traitement pouvant influencer l'IVC, comme une contraception œstro-progestative ou encore un traitement hormonal substitutif de la ménopause.
- Le mode de vie, notamment le degré et la durée de sédentarité, l'équilibre alimentaire et l'hydratation en quantité suffisante
- La pratique ou non d'une activité physique et son degré d'intensité

Pour bien comprendre l'influence du travail sur chaque agent, il sera aussi demandé le poste occupé (fonction administrative, AS, ASH, médecin, infirmier, cuisinier, ambulancier, travail de manutention...), le rythme de travail (travail en 7h42, en 12h, à temps plein ou temps partiel, de jour ou de nuit voir mixte), la durée passée sur le poste et pour finir la position la plus fréquente au travail, assis ou debout, et le volume horaire que cela représente durant la journée.

Un recueil des éléments cliniques suivant a été effectué lors de l'examen clinique notamment à la suite de l'inspection et la palpation cutanée en orthostatisme :

- Passage en revue des trajets veineux superficiels. Il peut n'exister que des veinules, des télangiectasies violacées, ou un œdème blanc, mou, traduisant parfois un reflux valvulaire.
- Recherche de lésions cutanées selon la classification CEAP traduisant des complications chroniques : **les dermites** purpuriques et pigmentées dites ocre, **l'atrophie blanche** de Milian (ischémie cutanée par raréfaction capillaire, stade précédent celui l'ulcère veineux) ou encore **l'ulcère veineux**, aboutissement de l'IVC. Ceux-ci sont indolores le plus souvent, non creusant, de fond humide et de siège péri-malléolaire. Ils peuvent se surinfecter et évoluent par poussées inflammatoires.
- Recherche d'une douleur, une induration évocatrice d'une thrombose veineuse.
- **Recherche du signe du flot** : percussion de la saphène avec un doigt et perception d'une onde de dépression provoquée en aval, avec un doigt de l'autre main ; elle permet de mieux repérer le trajet veineux lorsqu'il est mal perceptible spontanément. Cette manœuvre est répétée par segments de 5 cm de la partie proximale vers la partie distale de la veine.
- **Manœuvre de Schwartz** : la percussion de la veine s'effectue en mode inverse de celui du signe du flot ; le doigt qui percute est en aval veineux ; le doigt qui perçoit est en amont veineux (vers la partie distale du membre). Si l'onde de pression déclenchée rétrograde est perçue c'est qu'elle a pu franchir la ou les valvules à contre-courant et qu'il existe une incontinence valvulaire.

Les praticiens ayant examinés les patients ont tous bénéficié d'une formation spécifique à l'examen phlébologique et ont reçu un guide illustré pour l'identification des lésions dermatologiques afin de limiter les biais d'investigation. Ainsi, le stade clinique selon la classification CEAP présentée précédemment a pu être établi sur les 3 centres hospitaliers Niçois.

b. Questionnaire CIVIQ 14

Nous avons aussi rassemblé des données par l'intermédiaire de **l'auto-questionnaire validé CIVIQ 14⁸** de manière **anonyme**, notamment :

- La présence ou non de douleurs dans les jambes, et leurs intensités
- La présence ou non de gêne lors d'activité professionnelle et quotidienne habituelle
- Le retentissement sur le sommeil en raison de problème de jambe
- Le degré de gêne pour effectuer certains gestes ou activités tel que s'accroupir, monter des étages, faire un effort physique important...
- Le retentissement sur le moral (nervosité, fatigue, irritabilité, honte...)

Ce questionnaire se base sur le ressenti du patient durant les quatre dernières semaines précédant l'interrogatoire. Cinq réponses sont prévues, respectivement :

1. Si le symptôme n'est pas existant ou la gêne non décrite
- 2, 3, 4, ou 5 Si le symptôme est présent, avec plus ou moins d'intensité

III. Analyse statistique

La méthode d'inclusion a été de proposer à des salariés volontaires de participer à notre étude, qu'ils soient indemnes ou non d'une insuffisance veineuse chronique ($N=151$). Les statistiques descriptives sont présentées sous forme de nombre d'évènement survenu et sous forme de pourcentage de fréquence. La catégorie de référence pour notre analyse était C0 (absence d'élément clinique d'IVC). Les différents calculs ont été réalisés en utilisant le logiciel Microsoft Excel (version 2016).

A noter que pour certaines variables de faible prévalence, nous les avons regroupées en catégorie unique : par exemple ambulancier et manutentionnaire, certains postes sédentaires avec les postes à fonction administrative (psychologue, technicien de laboratoire).

RESULTATS

I. Caractéristiques de notre population

Depuis mai 2020, 151 inclusions ont été faites. Parmi les patients, 80.1% étaient de sexe féminin, et l'âge médian était de 40 ans. Par ailleurs l'IMC moyen était de 24.44. Dans cette population, 36.4% avait une IVC connue et traité au préalable, alors que 43.7% de la population incluse n'a présenté aucun signe clinique d'IVC.

De manière générale, l'interrogatoire des patients rapportait une majorité avec un mode de vie non sédentaire (81.1%), un régime alimentaire équilibré (72.2%) et une hydratation suffisante (64.2%). A noter tout de même plus d'un quart (26.5%) de cette même population était fumeur actif. Les postes les plus fréquemment rencontrés étaient les infirmiers (25.8%) les aides-soignants (22.5%) ainsi que les travailleurs administratifs (21.9%) et près de la moitié des salariés inclus (49%) avaient une ancienneté de moins de 5 ans. L'ensemble des caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 2 et 3.

	Variables	Valeurs (%)
Age		40,15(+/-12,90)
Genre	<i>Femme</i>	121 (80,1%)
	<i>Homme</i>	30 (19,9%)
Parmi les femmes	<i>Grossesse</i>	
	<i>0</i>	36 (29,8%)
	<i>1</i>	35 (28,9%)
	<i>2</i>	28 (23,1%)
	<i>3</i>	18 (14,9%)
	<i>4</i>	2 (1,7%)
	<i>5</i>	1 (0,8%)
	<i>Plus de 5</i>	1 (0,8%)
	<i>Contraception</i>	32 (26,5%)
	<i>Traitement hormonal de la ménopause</i>	4 (3,3%)
IMC		24,44(+/-4,37)
Présence d'un traitement à l'IVC		36,4%
Tabagisme actif		40 (26,5%)
Présence d'antécédents familiaux d'IVC		96 (63,6%)
Présence d'antécédents personnels de TVP		8 (5,3%)
Classification C du CEAP	<i>C0</i>	66 (43,7%)
	<i>C1</i>	51 (33,7%)
	<i>C2</i>	25 (16,6%)
	<i>C3</i>	7 (4,6%)
	<i>C4</i>	1 (0,7%)
	<i>C5</i>	1 (0,7%)
	<i>C6</i>	0
Mode de vie	<i>Sédentaire</i>	30 (19,9%)
	<i>Non sédentaire</i>	121 (81,1%)
	<i>Activité sportive régulière</i>	71 (47,0%)
	<i>Alimentation équilibrée</i>	109 (72,2%)
	<i>Hydratation suffisante</i>	97 (64,2%)

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques de la population

Type de poste occupé	Variables	Valeurs (%)
	<i>Infirmier diplômé d'Etat</i>	39 (25,8%)
	<i>Aide-soignant</i>	34 (22,5%)
	<i>Fonction administrative</i>	33 (21,9%)
	<i>Médecin</i>	14 (9,3%)
	<i>Agent des services hospitaliers</i>	13 (8,7%)
	<i>Travail de manutention</i>	8 (5,3%)
	<i>Autres</i>	7 (4,5%)
	<i>Cuisinier</i>	3 (2,0%)
Position au travail	<i>Assis moins de 4 heures par jour</i>	60,3%
	<i>Assis 4 à 8 heures par jour</i>	39,1%
	<i>Assis plus de 8 heures par jour</i>	0,6%
	<i>Debout moins de 4 heures par jour</i>	45,7%
	<i>Debout 4 à 8 heures par jour</i>	33,1%
	<i>Debout plus de 8 heures par jour</i>	21,2%
Ancienneté sur le poste de travail	<i>Moins de 5 ans</i>	74 (49,0%)
	<i>5 à 10 ans</i>	23 (15,2%)
	<i>10 à 15 ans</i>	19 (12,6%)
	<i>15 à 20 ans</i>	11 (7,3%)
	<i>Plus de 20 ans</i>	24 (15,9%)
Variation de l'amplitude horaire	<i>7h42 par jour</i>	65,6%
	<i>12h par jour</i>	32,4%
	<i>Temps partiel</i>	5,2%
	<i>Travail de jour uniquement</i>	79,5%
	<i>Travail nuit et jour</i>	20,5%

Tableau 3 : Caractéristiques professionnelles de la population

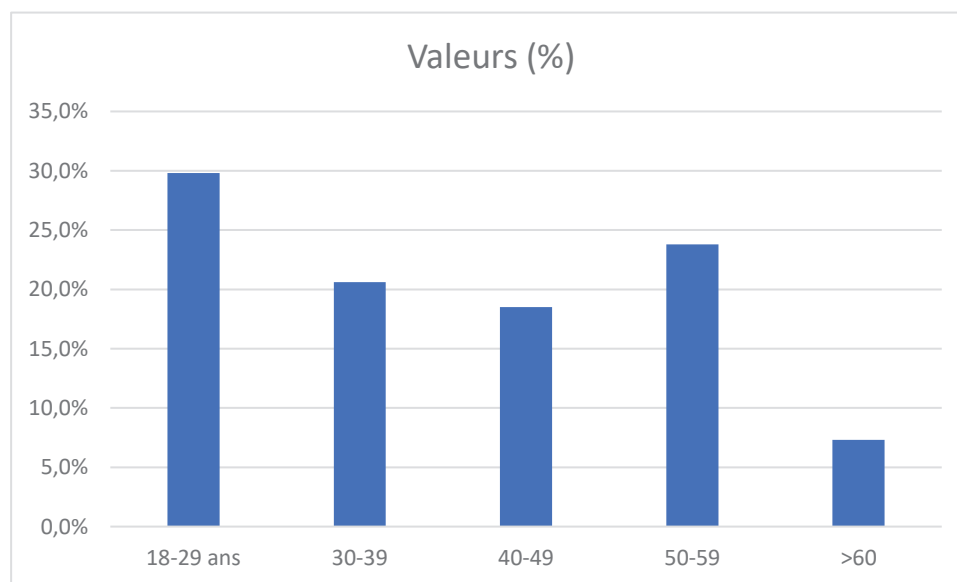


Tableau 4 : Répartition des âges des patients de l'étude

Le tableau 5 montre les données de prévalence des symptômes d'insuffisance veineuse, tandis que le tableau 6 qui nous présente la prévalence de différents facteurs aggravants cette symptomatologie.

Présence de symptômes sur la population total	Symptômes les plus fréquents dans l'échantillon total	Valeurs (%)
87,4% du total	Jambes lourdes	56,3%
76% des femmes	Douleur dans les jambes	40,0%
63.3% des hommes	Crampes	35,1%
	Sensation de gonflement des jambes	33,1%
	Impatience	30,5%
	Règles douloureuses, lourdeur	27,8%
	Hémorroïdes	14,6%
	Démangeaisons	14,0%

Tableau 5 : Prévalence de la symptomatologie au sein de la population étudiée

Il est intéressant de noter que 87.4% des salariés interrogés se sont plaint de symptômes que l'on retrouve dans l'IVC. Les femmes se plaignent plus fréquemment de ce type de symptômes que les hommes (76% versus 63.3%).

Parmi ces symptômes, on retrouve la sensation de jambes lourdes dans 56.3% des cas, des douleurs des membres inférieurs dans 40% des cas. On trouve également, des crampes (35.1%), la sensation de gonflement des jambes (33.1%), des impatiences dans 30.5% des cas, des hémorroïdes (14.6%) et des démangeaisons (14%). Plus spécifiquement, la population féminine s'est plaintes de règles douloureuses ou de lourdeur durant les règles chez 27.8% d'entre elles.

Présence de facteurs aggravants sur les personnes symptomatiques	Facteurs aggravants	Valeurs
78,1%	Station assis prolongé	20,5%
	Station debout prolongé, piétinement	60,7%
	Chaleur, exposition au soleil	44,3%
	Période prémenstruelle	13,9%

Tableau 6 : Prévalence des facteurs aggravants la symptomatologie

Les salariés impactés par des symptômes ont décrit des situations à risque durant lesquelles leurs symptômes étaient exacerbés (tableau 6) pour 78.1% d'entre eux : la position debout prolongée (60.7%), la chaleur (44.3%) mais aussi la station assis prolongée (20.5%) et chez les femmes seul 13.9% d'entre elles associent la symptomatologie à la période prémenstruelle.

Le tableau 7, ainsi que le tableau 8 qui le complète, montrent les données des participants ayant au moins un stade clinique supérieur ou égal à C1 (avoir au moins des télangiectasies sur les membres inférieurs) afin de donner une vision globale de la prévalence clinique d'IVC selon les variables médicales (7) et professionnelles (8) de notre étude.

	Variables	Valeurs (%)
Prévalence total sur la population		56,3%
Sexe	<i>Femme</i>	62,8%
	<i>Homme</i>	30,0%
Age	<i>18-29</i>	15,6%
	<i>30-39</i>	64,5%
	<i>40-49</i>	75,0%
	<i>50-59</i>	77,8%
	<i>>60</i>	72,7%
IMC	<i><18,5</i>	50,0%
	<i>18,5-25</i>	54,1%
	<i>25-30</i>	52,5%
	<i>30-40</i>	68,4%
Tabagisme actif		55,0%
Antécédent familiaux		63,5%
Antécédent de TVP		87,5%
Symptomatologie	<i>Sensation de gonflement des jambes</i>	86,0%
	<i>Douleur dans les jambes</i>	80,0%
	<i>Jambes lourdes</i>	74,1%
	<i>Impatiences</i>	73,9%
	<i>Hémorroïdes</i>	68,2%
	<i>Crampes</i>	64,2%
	<i>Démangeaisons</i>	61,9%
	<i>Règles douloureuses, lourdeur</i>	59,5%
Mode de vie	<i>Sédentaire</i>	70,0%
	<i>Non sédentaire</i>	52,9%
	<i>Activité sportive</i>	53,5%
	<i>Alimentation équilibrée</i>	58,7%
	<i>Hydratation suffisante</i>	53,6%
Score CIVIQ 14	<i>Score 14-20</i>	45,1%
	<i>Score 21-30</i>	78,8%
	<i>Score 31-40</i>	85,7%
	<i>Score >40</i>	100,0%
Nombre de grossesse	<i>0</i>	33,3%
	<i>1</i>	68,6%
	<i>2</i>	89,3%
	<i>3</i>	77,8%
	<i>4 et plus</i>	75,0%
Ménopause présente		93,7%
Présence d'un traitement hormonal	<i>Traitement hormonal de la ménopause</i>	100,0%
	<i>Contraception hormonale</i>	46,9%

Tableau 7 : Fréquence d'apparition d'un stade CEAP au moins égal à C1 par variable médicale

C'est 56.3% des participants qui, après examen clinique dirigé par un médecin lors des consultations, ont un état clinique défini comme supérieur ou égal à C1 de la classification CEAP (C1 = télangiectasies). Alors que la symptomatologie était forte dans les deux sexes (76% chez les femmes et 63.3% des hommes avaient au moins un symptôme d'IVC) l'examen clinique dirigé révèle que 62.8% des femmes et 30% des hommes présentaient un stade C1 ou plus. Parallèlement, nous pouvons remarquer que cette prévalence est augmentée avec l'âge (15.6% chez les 18-29 ans, 72.7% chez les plus de 60 ans) et l'IMC grandissant (50% si IMC<18.5, 68.4% si IMC 30-40).

Des populations déjà bien définies présentent une prévalence bien supérieure à celui de l'échantillon total : 87.5% des personnes présentant un antécédent de TVP, 63.5% de ceux ayant des antécédents familiaux d'IVC, 93.7% des femmes ménopausées ont un stade clinique supérieur ou égal à C1. A l'inverse, pas ou peu de différence chez les tabagiques actifs (55%) et chez des femmes ayant une contraception hormonale (46.9%) ont un stade clinique C1 ou plus.

Alors que l'on peut observer un détachement entre la fréquence d'apparition des symptômes de l'IVC et la constatation clinique de celle-ci, nous avons pu étudier quels étaient les symptômes les plus fréquemment associés à un état clinique d'IVC : ainsi 86% de la population ayant une sensation d'œdème avait un stade C1 ou plus, 80% pour la douleur des membres inférieurs, ou encore 74.1% de ceux éprouvant la sensation de jambes lourdes.

Nous retrouvons une prévalence supérieure chez les participants ayant un mode de vie sédentaire (70%) plutôt que les non sédentaires (52.9%) et après stratification du score CIVIQ⁸ en plusieurs grades, nous pouvons observer une augmentation croissante de la prévalence d'un stade C1 ou plus au fur et à mesure que le score augmentait (45.1% sur un score de 14-20, 85.7% de 31-40, 100% si score>40).

Face aux différentes variables professionnelles (tableau 8) le pourcentage varie également selon le métier : plus de 60% des salariés en poste à fonction administrative, de cuisinier ou des infirmiers sont cliniquement en stade C1 et plus.

	Variables	Valeurs (%)
Type de poste occupé	<i>Fonction administrative</i>	66,6%
	<i>Cuisinier</i>	66,6%
	<i>Infirmier</i>	61,5%
	<i>Aide-soignant</i>	52,9%
	<i>Agent des services hospitaliers</i>	38,5%
	<i>Médecin</i>	35,7%
	<i>Travail de manutention</i>	25,0%
	<i>Autres</i>	50,0%
Position au travail	<i>Assis 4 à 8 heures par jour</i>	57,6%
	<i>Debout 4 à 8 heures par jour</i>	50,0%
	<i>Debout plus de 8 heures par jour</i>	59,4%
Ancienneté sur le poste	<i>Moins de 5 ans</i>	33,8%
	<i>5 à 10 ans</i>	73,9%
	<i>10 à 15 ans</i>	89,5%
	<i>15 à 20 ans</i>	54,5%
	<i>Plus de 20 ans</i>	87,5%
Variation de l'amplitude horaire	<i>7h42 par jour</i>	59,6%
	<i>12h par jour</i>	51,0%
	<i>Temps partiel/ TP thérapeutique</i>	87,5%
	<i>Travail de jour uniquement</i>	59,2%
	<i>Travail jour et nuit</i>	55,6%

Tableau 8 : Fréquence d'apparition d'un stade CEAP au moins égal à C1 par variable professionnelle

Au CHU, les postes administratifs sont le plus souvent sur des horaires classiques de 35h par semaine, avec des journées de travail de 7h42 de jour, ce qui nous donne une population sédentaire assise la plupart du temps entre 4 et 8h par jour, exceptionnellement plus, d'où le manque de donnée sur les postes assis plus de 8h par jour. Par ailleurs, si l'activité professionnelle est partagée entre une position debout et assise au cours de la journée de manière équivalente (4 à 8h par jour), nous retrouvons des prévalences modérées (57.6% pour la population assise et 50% pour la population debout). A l'opposé, les postes avec une position au travail debout plus de 8 heures par jour (souvent occupé par des salariés travaillant par session de 12h, de jour comme de nuit), ont une clinique d'IVC plus fréquente (59.4%).

L'ancienneté du poste nous offre des statistiques aléatoires, avec une prévalence globalement élevée le temps passant (respectivement 33.8% pour les moins de 5 ans d'ancienneté, à 89.5% entre 10 et 15 ans, 87.5% pour les plus de 20 ans d'ancienneté). Sur la tranche 15 à 20 ans, la prévalence de 54.5% peut s'expliquer par le manque de puissance sur cette catégorie : seul 11 personnes sur les 151 appartenaient à celle-ci.

Lors de l'inclusion, nous avons remarqué que 100% des salariés travaillant en temps partiel l'était pour motif thérapeutique (sans rapport direct avec une pathologie vasculaire), et ces mêmes participants en temps partiel thérapeutique étaient fortement associés à un stade clinique élevé (87.5%).

DISCUSSION

L'objectif de l'étude était d'identifier et de caractériser les conditions de travail interférant sur l'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance veineuse chronique, en prenant également en compte des risques personnels et familiaux. Dans l'analyse, des résultats significatifs ont été trouvés entre l'état clinique d'IVC des patients et leur condition de vie et de travail. Ces résultats sont aussi en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature qui décrit aussi une corrélation positive entre la classification clinique et la symptomatologie, mais aussi avec l'âge, l'IMC et tous les autres paramètres mesurés dans l'étude.

Cependant, il est important de souligner que la population hospitalière n'est pas superposable à la population générale habituellement retrouvée dans la bibliographie : ici, nous avons une population d'actif entre 19 et 68 ans, qui n'ont pas de problème de santé entraînant une invalidité totale induite par des habitudes de vie de non actif, de situation de précarité extrême ou d'âge avancé dans la vie.

Par ailleurs, là où la population générale a comme répartition 43.8% d'homme 56.2% de femme dans l'étude de Bonn¹⁰, 44.6% d'homme et 55.4% de femme l'étude d'Edinburgh^{13,14}, nous avons ici une représentation de l'effectif hospitalier bien différent : 80.1% femme, 19.9% d'homme, 100% d'actif avec un âge moyen de 40 ans par exemple.

Ainsi, la comparabilité des études est critiquable, néanmoins certaines caractéristiques nous le permettent, tel que :

- La prévalence des diagnostics cliniques C1 et plus : 58% dans l'étude de Tubingue¹², 59% dans l'étude de Bonn¹⁰, ici, 56.3%.
- Les cas C2 strict (notion de veines variqueuses) : 15% dans l'étude de Tubingue¹², 14.3% dans l'étude de Bonn¹⁰, ici, 16.6%.
- L'IVC sévère (C4 à C6) : 13% dans l'étude de Tubingue¹², 1.8% dans l'étude d'Edinburgh^{13,14}, 3.6% dans l'étude de Bonn¹⁰, 6.1% dans l'étude polonaise²⁵, ici 1.4%.

A partir des données récoltées, nous pouvons dire que les résultats retrouvés sont comparables à ce qu'on avait déjà retrouvé par le passé alors que la population cible est bien différente, cela sous-tend que des facteurs différents sont intervenus pour rattraper la tendance de la population générale plus fragile.

Nous retrouvons une population à risque par des éléments déjà décrits dans la littérature : le sexe féminin, l'âge progressant, un IMC > 30, des antécédents familiaux d'IVC au 1^{er} ou 2^e degré et un antécédent personnel de TVP. Il n'y a pas de sur-risque dans la population de fumeurs par rapport à la bibliographie. D'autres facteurs rentrent en jeu : une symptomatologie fortement associée mais peu spécifique ainsi qu'un mode de vie sédentaire. Chez les femmes, le risque est augmenté à partir de la première grossesse mais un biais peut exister par le fait que la population jeune chez les femmes représente une faible prévalence d'IVC de par l'âge mais aussi la plus faible probabilité d'avoir déjà eu une grossesse.

Les caractéristiques professionnelles à risque semblent être les postes de type fonction administrative, cuisinier et infirmier notamment avec une position favorisant le piétinement debout plus de 8h (notamment chez les infirmiers et cuisiniers), ou une activité sédentaire (fonction administratives). L'ancienneté sur le poste est un élément déterminant de l'apparition ou l'aggravation d'une IVC indépendamment de l'augmentation de l'âge et les agents en temps partiel thérapeutique présente une prévalence bien supérieure aux autres. Il n'y a pas de différence significative à l'inclusion dans l'étude entre les postes de jour et de nuit et l'amplitude horaire entre 7h42 et 12h.

L'ensemble de la population incluse a été extrêmement réceptive au questionnaire CIVIQ 14⁸, et il en retourne des résultats fiables sur l'association d'un score élevé et un diagnostic positif d'IVC sans préjuger de sa sévérité.

L'étude comporte des limitations intrinsèque à sa nature : c'est un échantillon faible de la population représentée (151 sur plus de 6000 salariés), dans lequel la symptomatologie est non spécifique de l'IVC (des pathologies orthopédiques, rhumatologiques, psychiatriques ou même neurologiques pourraient être à l'origine de symptômes retrouvés). Ces pathologies concomitantes que ce soit somatiques ou psychologiques n'ont pas été pondérées. Le questionnaire, rempli par un médecin, est déclaratif, ce qui implique une perception et une tolérance à la symptomatologie subjective et différente entre chaque individu.

L'étude a eu sa part d'évènement rendant sa réalisation plus délicate : la crise sanitaire du Covid19 a réduit le temps alloué aux consultations de médecine du travail pour être mis au profil de la crise sanitaire via des réquisitions en service Covid, le dépistage puis la vaccination des salariés du CHU. Cet évènement a freiné les inclusions durant cette période mais les inclusions devront être poursuivies parallèlement au suivi des patients déjà inclus.

Pour conclure, nous pouvons observer que malgré le fort coût en santé publique que représente l'IVC, des axes d'améliorations se dessinent pour en améliorer sa prise en charge à la fois pour la société comme pour le patient.

A la suite de cette étude, le constat d'un décalage entre le risque de déclencher ou aggraver une insuffisance veineuse dans le milieu hospitalier et son faible taux de prise en charge au niveau préventif et thérapeutique nous invite à accentuer le rôle de la médecine du travail et son importance dans cette pathologie qui est au cœur de la qualité de vie au travail.

Ce travail pourra être réalisé selon plusieurs axes : l'accentuation du dépistage dès l'embauche, une prévention renforcée à la fois sur les postes (Infirmier, cuisinier, fonction administrative en priorité) et les individus à risque (femme, IMC > 30...) via l'éducation des sujets sur les facteurs de risques, l'information, la mise à disposition systématique de bas de compression, et l'orientation vers le service de médecine vasculaire si la symptomatologie a un impact trop important sur la qualité de vie du patient.

Résumé

Introduction / Objectifs : L'insuffisance veineuse chronique est une pathologie sous-estimée dans la population générale (20 à 35% de la population française) et représente une part importante des dépenses en santé publique (2.6%).

L'objectif principal de l'étude est d'identifier et de caractériser les conditions de travail interférant sur l'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance veineuse chronique, en prenant également en compte des risques personnels et familiaux.

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer la quantité d'individus dépistés de novo de l'insuffisance veineuse chronique en médecine du travail
- Déterminer l'observance du traitement chez les individus nouvellement traités
- Comparer avec les données épidémiologiques de la littérature les facteurs de risques

Méthodes : Nous avons réalisé une **étude épidémiologique observationnelle incluant 151 participants** au sein du service de médecine du travail des hôpitaux de Pasteur, Cimiez et l'Archet (CHU de Nice). Nous analysons les données récupérées par l'intermédiaire des **visites d'embauche et de suivi** des salariés du CHU volontaires notamment par l'intermédiaire de l'interrogatoire, un questionnaire adressé au médecin, l'examen clinique et la transmission de l'auto-questionnaire CIVIQ 14⁸ adapté à l'objectif de l'étude. Le recrutement des patients a débuté à partir de mai 2020 jusqu'au mois de juin 2021.

Résultats : Depuis mai 2020, 151 inclusions ont été faites, Parmi les patients, 80.1% étaient de sexe féminin, et l'âge médian était de 40 ans. C'est 56.3% des participants qui, après examen clinique dirigé par un médecin lors des consultations, ont un état clinique défini comme supérieur ou égal à C1 de la classification CEAP (C1 = télangiectasies). Alors que la symptomatologie était forte dans les deux sexes (76% chez les femmes et 63.3% des hommes avaient au moins un symptôme d'IVC) l'examen clinique dirigé révèle que 62.8% des femmes et 30% des hommes présentaient un stade C1 ou plus. Face aux différentes variables professionnelles le pourcentage varie également selon le métier : plus de 60% des salariés en poste à fonction administrative, de cuisinier ou des infirmiers sont cliniquement en stade C1 et plus.

Conclusion : A la suite de cette étude, le constat d'un décalage entre le risque de déclencher ou aggraver une insuffisance veineuse dans le milieu hospitalier et son faible taux de prise en charge au niveau préventif et thérapeutique nous invite à accentuer le rôle de la médecine du travail et son importance dans cette pathologie qui est au cœur de la qualité de vie au travail.

Ce travail pourra être réalisé selon plusieurs axes : l'accentuation du dépistage dès l'embauche, une prévention renforcée à la fois sur les postes (Infirmier, cuisinier, fonction administrative en priorité) et les individus à risque (femme, IMC > 30...) via l'éducation des sujets sur les facteurs de risques, l'information, la mise à disposition systématique de bas de compression, et l'orientation vers le service de médecine vasculaire si la symptomatologie a un impact trop important sur la qualité de vie du patient.

ANNEXES

I. Questionnaire CIVIQ 14

Beaucoup de Français se plaignent d'avoir mal aux jambes. Nous cherchons à savoir quelle est la fréquence de ces problèmes de jambes, et en quoi ceux-ci peuvent affecter la vie quotidienne de ceux qui en souffrent.

Vous trouverez ci-après un certain nombre de symptômes, de sensations ou de gênes que vous pouvez ou non éprouver, et qui peuvent rendre la vie quotidienne plus ou moins pénible. **Pour chaque symptôme, sensation ou gêne énoncés, nous vous demandons de répondre à la question posée :**

Vous indiquerez si vous avez vraiment éprouvé ce que décrit la phrase, et si oui, avec quelle **intensité**. Cinq réponses sont prévues, vous devez entourer celle qui correspond le mieux à votre situation :

1 si vous ne vous sentez pas concerné(e) par le symptôme ou la Sensation ou la gêne décrit

2, 3, 4 ou 5 si vous l'avez ressenti avec plus ou moins d'intensité

QUALITE DE VIE DANS L'INSUFFISANCE VEINEUSE

1) Dans les quatre dernières semaines, avez-vous eu des **douleurs** dans les **chevilles** ou dans les **jambes**, et quelle a été l'intensité de ces douleurs ? Entourer le chiffre correspondant à la bonne réponse.

Aucune Douleurs Douleurs Douleurs Douleur légère modérées importantes intenses

1

2

3

4

5

2)

Dans les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous senti gêné(e) dans votre **travail** ou dans vos autres **activités habituelles quotidiennes à cause de vos problèmes de jambes** ?

Entourer le chiffre correspondant à la bonne réponse.

Aucune Un peu Modérément Très Extrêmement gêne gêné(e) Gêné(e) Gêné(e) Gêné(e)

1

2

3

4

5

3) Dans les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de **mal dormir** à cause de votre problème de jambe, et à quelle fréquence ?

Entourer le chiffre correspondant à la bonne réponse.

Jamais

Rarement

souvent Assez

souvent Très

les nuits Toutes

1

2

3

4

5

Dans les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes de jambes vous ont-ils gêné(e) pour effectuer les gestes ou les activités indiqués ci-après ? Pour chaque énoncé figurant dans le tableau ci-dessous, indiquez dans quelle mesure vous êtes gêné(e) en entourant le chiffre choisi.					
	Aucune gêne	Un peu gêné(e)	Modérément gêné(e)	Très gêné	Impossible à faire
4) Monter plusieurs étages	1	2	3	4	5
5) S'accroupir S'agenouiller	1	2	3	4	5
6) Marcher d'un bon pas	1	2	3	4	5
7) Aller à des soirées, mariages, fêtes, cocktails...	1	2	3	4	5
8) Pratiquer un sport, faire des efforts physiques importants	1	2	3	4	5

Les problèmes de jambes peuvent avoir également des effets sur le moral. Dans quelle mesure les phrases suivantes correspondent-elles à ce que vous avez ressenti au cours de ces quatre dernières semaines ? Pour chaque énoncé figurant dans le tableau ci-dessous, entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse.					
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
9) Je me sens nerveux(se), tendu(e)	1	2	3	4	5
10) J'ai l'impression d'être un boulet	1	2	3	4	5
11) Je suis gêné(e) de montrer mes jambes	1	2	3	4	5
12) Je suis facilement irritable	1	2	3	4	5
13) J'ai l'impression d'être handicapé(e)	1	2	3	4	5
14) Je n'ai pas l'envie de sortir	1	2	3	4	5

II. Questionnaire médecin

Enquête épidémiologique sur le retentissement du travail sur l'apparition ou l'aggravation de l'insuffisance veineuse chronique Questionnaire pour le médecin – interne en médecine du travail - IDEST

Afin de garantir le suivi tout le long de l'étude, veuillez noter ci-dessous les 3 premières lettres du nom et les 2 premières lettres du prénom du patient, ces données seront **anonymisées** par la suite :

Nom : ____ Prénom : ____

Sexe :

☐ Homme ☐ Femme

Poids : Taille : Age + Date de naissance :

Insuffisance veineuse connue :

☐ Oui ☐ Non

Présence d'un traitement pour l'insuffisance veineuse chronique (réponses multiples possible) ?

☐ Bas de contention ☐ Traitement médicamenteux ☐ Cure thermique
☐ Traitement chirurgical ☐ Sclérothérapie ☐ Non

Nombre de grossesse(s) :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Plus de 5

Traitements médicamenteux pouvant influencer la maladie veineuse chronique :

☐ Contraception œstro-progestative
☐ Traitement hormonal de la ménopause
☐ Corticothérapie

Présence de ménopause :

☐ Oui ☐ Non

Tabagisme :

☐ Actif ☐ Non-fumeur

Antécédents familiaux de varices :

- ☐ Non ☐ 1 parent
☐ 2 parents ☐ Un ou des grands-parents

Antécédents personnels de thrombose veineuse des membres inférieurs :

- ☐ Oui ☐ Non

Présence de symptômes d'IVC :

- ☐ Jambes lourdes ☐ Crampes
☐ Démangeaisons ☐ Impatience
☐ Douleur des membres inférieurs ☐ Sensation de gonflement

☐ Règles douloureuses, lourdeur durant les règles (insuffisance veineuse pelvienne)

☐ Hémorroïdes

Ces symptômes sont-ils augmentés par ces éléments (réponses multiples possible) ?

- ☐ Après la station assis prolongée
☐ Après la station debout prolongée, le piétinement
☐ Par la chaleur ou l'exposition au soleil
☐ En période prémenstruelle
☐ Non

Autres : _____

Classification Clinique du CEAP :

- ☐ C0 : Pas de signe clinique visible ou palpable
☐ C1 : Télangiectasies
☐ C2 : Varices
☐ C3 : Œdème sans trouble trophique cutanée
☐ C4 : Atteinte cutanée (Dermite ocre, eczéma, atrophie blanche, hypodermite scléreuse)
☐ C5 : Ulcère cicatrisé
☐ C6 : Ulcère ouvert non cicatrisé

Mode de vie (réponses multiples possible) :

- ☐ Vie non sédentaire
- ☐ Vie sédentaire (arrêt du sport, utilisation de la voiture, de l'ascenseur)
- ☐ Activité sportive régulière (au moins 3h/semaine)
- ☐ Alimentation équilibrée
- ☐ Hydratation suffisante (1.5L d'eau par jour)

Type de poste occupé :

- ☐ Fonction administrative
- ☐ Agent des Services Hospitaliers
- ☐ Infirmier(e)
- ☐ Travail de manutention
- ☐ Ambulancier
- ☐ Aide-soignant(e)
- ☐ Médecin
- ☐ Cuisinier

Au travail, la position la plus fréquente est :

- ☐ Assis **prolongé** moins de 4h par jour
- ☐ 4 à 8h par jour
- ☐ Plus de 8h par jour
- ☐ Plus de 8h par jour associé à de long trajet en voiture, bus, train...
- ☐ Debout **prolongé** moins de 4h par jour
- ☐ 4 à 8h par jour
- ☐ Plus de 8h par jour
- ☐ Plus de 8h par jour associé à de long trajet en voiture, bus, train...

Depuis combien de temps le poste est-il occupé ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 10 et 15 ans
- ☐ Entre 15 et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

Variation de l'amplitude horaire :

- ☐ Travail en 7h42
- ☐ Travail en 12h
- ☐ Temps partiel
- ☐ Travail de jour
- ☐ Travail de nuit
- ☐ Travail mixte Jour + Nuit

Avez-vous bénéficié d'un reclassement professionnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Bibliographie

1. Société Française de Médecine Vasculaire – <https://www.portailvasculaire.fr/>
2. Collège des enseignants de Médecine Vasculaire - <http://cemv.vascular-e-learning.net/poly/>
3. Fedecardio - <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-pathologies-cardio-vasculaires/insuffisance-veineuse-les-situations-a-risque>
4. INSERM - <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/thrombose-veineuse-phlebite>
5. Société française de phlébologie - <https://www.sf-phlebologie.org/>
6. HAS - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques.pdf
7. Revmed - <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-327/Prevention-de-la-maladie-veineuse-chronique-quels-conseils-donner-a-nos-patients>
8. Questionnaire CIVIQ - <https://www.civiq-20.com>
9. Eklöf Bo et al : Revision of the CEAP classification for chronic venous disorder : consensus statement. *J Vasc Surg* 2004 ;40 :1248-52
10. Maurins U, Hoffman BH, Losch C, Jöckel KH, Rabe E, Pannier F : Distribution and prevalence of the reflux in the superficial and deep venous system in the general population – Results from the Bonn Vein Study, Germany. *J Vasc Surg* 2008;48(3):680-7
11. M.E Vuylsteke, S. Thomis, G. Guillaume, M.L. Modliszewski, N. Weides, I. Staelens : Epidemiological study on chronic venous disease in Belgium and Luxembourg : Prevalence, Risk factors and symptomatology *Eur J Vasc Endovasc Surg* (2015) 49, 432e439
12. Fischer H. Venenleiden-Eine repräsentative untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland (Tübinger Studie). München, Germany : Urban und Schwarzenberg, eds; 1981
13. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ : Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(3):149-53
14. LA Robertson et al : Incidence and Risk Factors for Venous Reflux in the General Population: Edinburgh Vein Study. *Euro J Vasc Endovasc Surg* vol 48 issue 2p 208-214 aug 2014

15. M-J Yun et al : A Study on Prevalence and Risk Factors for Varicose Veins in Nurses at a University Hospital Saf Health Work 2018;9:79e83
16. TR Waters et al ; Evidence of health Risks Associated with Prolonged Standing at Work and Intervention Effectiveness. *Rehabil Nurs* 2015 ; 40(3) :148-165
17. McCulloch J. Health risks associated with prolonged standing. *Work*. 2002; 19(2):201–205
18. Cesarone MR et al : « Real » epidemiology of varicose veins and chronic venous diseases : the San Valentino vascular screening project. *Angiology* 2002 ; 53 : 119-130
19. Fowkes FGR et al : Prevalence and Risk factors of chronic venous insufficiency. *Angiology* 2001 ; 52 S 5-15
20. Shai A et al : possible ramifications of prolonged standing at the workplace and its association with the development of chronic venous insufficiency. *Harefuah* 2007 ; 146 (9) : 677-85, 734
21. Criqui MH, Kaplan RM, Deneberg JO, Bergan J, Fronck A :Quality of life and Risk factors for chronic venous disease : the San Diego population study. *J Vasc Surg* 2007 ; 46 (2) : 331-7
22. Bass A : The effect of standing in the workplace and the development of chronic venous insufficiency. *Harefuah* 2007 ; 146 (9) : 675-6, 734-5
23. Reid CM, Bush PM, Karwowski W, Durrani SK. Occupational postural activity and lower extremity discomfort: A review. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2010; 40:247–256
24. Nicolaïdes AN et al : Investigation of chronic venous insufficiency : a consensus statement. *Circulation* 2000,102 ;126-63
25. Jawien A et al : Prevalence of chronic venous insufficiency in men and women in Poland: multicenter cross sectional study in 40 095 patients. *Phlebology*. 2003;18:110-121
26. J.G. Lemoine et al : Psychometric validation of the 14 items Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-14) : Conformatory factors Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* (2016) 51, 268-274
27. MA Passman et al : Validation of Venous Clinical Severity Score(VCSS) with other venous severity assessment tools from the American Venous Forum, National Venous Screening Program. *J Vasc Surg* 2011 ; 54 : 2S-9S
28. Robert T. Eberhardt and Joseph D. Raffeto : *Circulation*. American Heart Association 2014 ;130 :333-346

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate :

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.