

Faculté de Pharmacie

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 septembre 2019

Par KOCAK Ferhat

Né le 1er septembre 1992 à Châteauroux

**PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE
PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE
ENQUETE AUPRES DES PATIENTS ET DES MEDECINS
VASCULAIRES EN VUE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

Thèse dirigée par Mme Claire DEMIOT

Examineurs de la thèse :

Mme Claire DEMIOT, Maître de conférences des universités
Mr Francis COMBY, Maître de conférences des universités
Mr Younès KHIYATI, Docteur en pharmacie
Mr Nicolas QUATRESOUS, Docteur en pharmacie

Présidente
Juge
Juge
Juge



Faculté de Pharmacie

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 septembre 2019

Par KOCAK Ferhat

Né le 1er septembre 1992 à Châteauroux

**PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE
PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE
ENQUETE AUPRES DES PATIENTS ET DES MEDECINS
VASCULAIRES EN VUE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

Thèse dirigée par Mme Claire DEMIOT

Examineurs de la thèse :

Mme Claire DEMIOT, Maître de conférences des universités
Mr Francis COMBY, Maître de conférences des universités
Mr Younès KHIYATI, Docteur en pharmacie
Mr Nicolas QUATRESOUS, Docteur en pharmacie

Présidente
Juge
Juge
Juge



Liste des enseignants

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
FAGNERE Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
TROUILLAS Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE (Renouvelé jusqu'au 1 ^{er} novembre 2018)
JOST Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE (1 ^{er} novembre 2016 pour 2 ans)

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE

CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CHEMIN Guillaume	BIOCHIMIE FONDAMENTALE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
GRIMAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
MUSUAMBA TSHINANU Flora	PHARMACOLOGIE
PASCAUD Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques (jusqu'au 30/09/2019)

DREYFUSS Gilles (jusqu'au 30/09/2019)

Ceux qui ont le privilège de savoir ont le devoir d'agir.

Albert EINSTEIN

Remerciements

A MA DIRECTRICE DE THESE,

Madame le professeur Claire DEMIOT,

Pour la confiance que vous m'avez accordé en étant ma directrice de thèse ainsi que votre investissement et vos encouragements,

Mais également pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury,

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le professeur Francis COMBY,

Pour l'honneur que vous me faites de prendre part à ce jury,

Pour la qualité des enseignements et votre disponibilité tout au long de mon cursus universitaire,

Recevez mes très sincères remerciements.

A Monsieur le docteur Younès KHIYATI,

Pour l'honneur que vous me faites de prendre part à ce jury,

Pour votre disponibilité et pour le soutien que vous accordez aux étudiants en pharmacie,

Recevez mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le docteur Nicolas QUATRESOUS,

Pour l'honneur que vous me faites de prendre part à ce jury,

Pour la confiance que vous m'avez accordée et que vous continuez de me donner au sein de votre officine,

Pour votre soutien tout au long de ce travail,

Recevez mes remerciements les plus sincères.

A TOUTES CELLES ET CEUX QUI ONT SOUTENU MON TRAVAIL PAR LEUR PRESENCE ET LEUR IMPLICATION,

A toutes les personnes ayant participé à l'enquête,

Aux patients, aux médecins angiologues,

Merci pour votre implication.

A MES PROCHEs,

A mes parents,

Pour votre amour, et les valeurs que vous m'avez transmises et qui font de moi cet homme,
Pour l'éducation que j'ai reçue et votre soutien dans les moments les plus difficiles,
Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser ce rêve que de devenir pharmacien.
Recevez mon travail comme témoignage de mon amour.

A mon frère,

Murat, merci pour tous les moments partagés et nos chamailleries,
Sans toi, je n'en serais pas là aujourd'hui. Ton soutien m'a permis d'accomplir les choses les plus improbables.
Maintenant nous sommes grands, mais sache que nos disputes me manquent.

A mes sœurs,

Fadime, Leyla et Esma pour m'avoir fait rêver et croire en mes capacités,
Pour votre soutien durant toutes mes années à la fac,
Vous êtes à jamais dans mon cœur.

A mes grands-parents,

Pour les valeurs que vous m'avez partagées.

A mes oncles et à ma tante,

Merci pour votre soutien, vous avez toujours été un exemple à suivre pour moi.
Merci pour vos conseils, les méthodes de travail que vous m'avez transmises et surtout pour m'avoir sans cesse donné cette motivation durant toutes ces années.
A mon oncle le Dr Ercan KOÇAK,
Tu as été à mes côtés depuis mon bac au lycée et tu continues encore aujourd'hui à me soutenir dans tout ce que j'entreprends. Tu es, pour moi, une grande source de motivation.
Merci encore pour ton implication pour la réalisation de mes questionnaires pour ma thèse.

A Amazigh,

Pour toutes ces années à la fac et ton soutien inconditionnel,
Tu resteras pour moi un gars en or, je n'oublierai pas toutes nos heures passées à bosser à la BU ou à la salle. N'oublie pas de passer me voir pour les baklava et les borek !

A Clovis,

Pour ton soutien et toutes ces heures en salle de sport. On ne lâche pas !

A Hugues, Thomas, Sylvain, Marine,

Pour ces années passées dans les bancs de la fac, pour nos liens d'amitié.

A mes amis de Châteauroux,

Vous êtes les meilleurs, on se revoit très vite.

A Aline,

Merci d'être là, je ne t'oublie pas.

A tout ceux que j'oublie, merci pour tout.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	20
I. L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (données fondamentales en Phlébologie)	21
I.1. Définition.....	21
I.1.1. Affections veineuses chroniques (AVCh)	21
I.1.2. Maladie veineuse chronique (MVC)	21
I.1.3. L'insuffisance veineuse chronique (IVC).....	21
I.2. Anatomie du système veineux des membres inférieurs.....	21
I.2.1. Structure de la paroi veineuse (4).....	21
I.2.2. Structure valvulaire	22
I.2.3. Terminologie anatomique internationale	22
I.3. Veines du membre inférieur	23
I.3.1. Réseau veineux superficiel.....	24
I.3.1.1. Veines du pied	24
I.3.1.2. Réseau de la grande veine saphène (GVS)	25
I.3.1.3. Réseau de la petite veine saphène (PVS).....	25
I.3.1.4. Veines superficielles non saphènes	26
I.3.2. Réseau veineux profond.....	26
I.3.2.1. Veines du pied	26
I.3.2.2. Veines tibiales (antérieures et postérieures) et péronières ou fibulaires	26
I.3.2.3. Veines surales (veines musculaires du mollet)	26
I.3.2.4. Veine poplitée (VPo)	26
I.3.3. Veines perforantes	27
I.4. Physiologie des veines des membres inférieurs.....	28
I.4.1. Le retour veineux.....	28
I.4.1.1. La variation de la pression veineuse	29
I.5. Physiopathologie de la maladie veineuse chronique	29
I.5.1. Epidémiologie et facteurs de risque veineux.....	29
I.5.1.1. Epidémiologie (prévalence et incidence des affections veineuses)	29
I.5.1.2. Facteurs de risque (de télangiectasies, varices, ulcères)	29
I.5.1.2.1. Facteurs prédisposants	30
I.5.1.2.2. Facteurs aggravants	30
I.5.2. Classification des affections veineuses chroniques	32
I.5.3. Reflux dans le réseau veineux superficiel : les varices	33
I.6. Les complications de la maladie veineuse	35
I.6.1. Les complications aiguës.....	35
I.6.1.1. La thrombose veineuse superficielle (TVS)	35
I.6.1.2. La thrombose veineuse profonde (TVP).....	35
I.6.2. Les complications chroniques.....	36
I.6.2.1. Les œdèmes	36
I.6.2.2. Les troubles trophiques	37
I.6.3. Diagnostic de l'insuffisance veineuse	38
I.6.3.1. L'examen clinique	38
I.6.3.2. L'échodoppler	39

II. Prise en charge du patient par le pharmacien d'officine : traitements et conseils associés	42
.....	42
II.1. Les traitements médicamenteux de l'IVC à l'officine	42
II.1.1. Les médicaments de la phytothérapie	42
II.1.1.1. Les principales plantes utilisées dans les troubles de la circulation veineuse	42
II.1.1.2. Médicaments à base d'extraits de plantes	46
II.1.2. Les veinotoniques	46
II.1.2.1. Définition	46
II.1.2.2. La classification	47
II.1.2.3. Les indications	49
II.1.2.4. Efficacité des veinotoniques	49
II.1.2.5. Les effets indésirables et contre-indications	50
II.1.2.6. Le déremboursement	50
II.1.3. Aromathérapie et homéopathie	52
II.2. La compression médicale	53
II.2.1. Contention et compression	54
II.2.2. Marché de la compression médicale	54
II.2.3. La dégressivité de la compression	54
II.2.4. Classes de compression et indications	54
II.2.5. Les produits de contention (33)	56
II.2.6. Composition et qualité des bas médicaux	57
II.2.7. Prescription de bas médicaux de compression	59
II.2.7.1. Rôle du pharmacien d'officine	60
II.2.7.2. Contre-indications et précautions d'emploi des bas de compression	64
II.2.8. Les bandes de compression	64
II.2.8.1. Les différents types de bandes élastiques	64
II.2.8.2. Rôle du pharmacien d'officine	65
II.2.9. Rôle du pharmacien dans la matériovigilance	65
II.3. Les conseils hygiéno-diététiques	66
II.3.1. En prévention : mouvements et posture	66
- Eviter la station debout prolongée ainsi que le piétinement :	66
- Surélever les jambes :	66
- Eviter la position assise prolongée	66
II.3.2. Température	67
II.3.3. Activités physiques et loisirs	68
II.3.4. Les activités défavorables	68
II.3.5. Les choix vestimentaires	68
II.3.6. La nutrition	68
II.3.7. Les voyages en avion	69
II.4. Création d'une fiche pour l'équipe officinale	69
II.5. Traitements invasifs de l'insuffisance veineuse chronique	70
II.5.1. La sclérothérapie des varices	70
II.5.2. Techniques chirurgicales de l'insuffisance veineuse superficielle	70
II.6. Eaux thermales/Crénothérapie	70
II.7. L'éducation thérapeutique	71
II.7.1. Le pharmacien d'officine et l'accompagnement du patient insuffisant veineux	71
II.7.2. Rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique	71
II.7.2.1. Education thérapeutique : définition et finalités	71

II.7.2.2. Mise en place de l'éducation thérapeutique.....	72
II.7.2.3. Education thérapeutique du patient insuffisant veineux à l'officine	73
III. Enquête auprès des patients et enquête auprès des médecins vasculaires	75
III.1. Enquête auprès des patients insuffisants veineux.....	75
III.1.1. Méthodologie.....	75
III.1.1.1. Durée de l'étude.....	75
III.1.1.2. Nombre d'inclusion.....	75
III.1.1.3. Création et présentation du questionnaire	76
III.1.1.4. Présentation de l'outil.....	76
III.1.1.5. Méthode de traitement des données	77
III.1.2. Résultats	77
III.1.2.1. Profil des patients concernés par l'étude : données générales.....	77
III.1.2.2. Symptomatologie	80
III.1.2.3. Traitements médicamenteux	81
III.1.2.4. Traitement par compression médicale et observance	82
III.1.2.5. Rôle et implication du pharmacien dans la prise en charge.....	87
III.1.2.6. Avis des patients concernant la mise en place des ETP dans l'IVC	89
III.2. Enquête auprès des médecins vasculaires (angiologie / phlébologie).....	92
III.2.1. Méthodologie.....	92
III.2.1.1. Durée de l'étude.....	92
III.2.1.2. Nombre d'inclusion.....	92
III.2.1.3. Création et présentation du questionnaire	92
III.2.1.4. Présentation de l'outil.....	92
III.2.2. Résultats	93
III.3. Discussion générale.....	98
Conclusion	103
Références bibliographiques	104
Annexes	108
Serment De Galien.....	115

Table des illustrations

Figure 1 : Structure de la paroi veineuse (4).....	22
Figure 2 : Veines profondes du membre inférieur (2).....	24
Figure 3 : Télangiectasies (15)	33
Figure 4 : Veines réticulaires (15).....	34
Figure 5 : Examen des membres inférieurs par un phlébologue	36
Figure 6 : La dermite ocre	37
Figure 7 : Un ulcère veineux (18)	38
Figure 8 : Appareil Echo-Doppler	39
Figure 9 : Visualisation d'une thrombose veineuse	40
Figure 10 : Détection de varices par l'Echo-Doppler veineux.....	41
Figure 11 : Chaussettes, bas et collants de compression médicale	56
Figure 12 : Guipage (34)	58
Figure 13 : Prise de mesure à l'officine par le pharmacien (13)	60
Figure 14 : Prise de mesure des bas médicaux (35).....	61
Figure 15 : Conseils d'enfilage des bas médicaux (36).....	62
Figure 16 : Mise en œuvre de l'ETP. Source : (43).....	72
Figure 17 : Les évaluations d'un programme d'ETP (43).....	73
Figure 18 : Répartition par sexe (n=80)	77
Figure 19 : Tranches d'âges par sexe (n=80)	78
Figure 20 : Calculs d'IMC chez les deux sexes (n=61)	80
Figure 21 : Pourcentage de patients ayant un traitement par compression médicale (n=80)	83
Figure 22 : Durée en années du port de la compression médicale (n=63)	83
Figure 23 : Fréquence de port de compression médicale par les patients	85
Figure 24 : Variation du port des bas en fonction des saisons (n=80).....	86
Figure 25 : Mise en place éventuelle d'entretiens, choix des patients (n=80).....	89
Figure 26 : Avis des patients sondés sur la mise en place de l'ETP sur l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (n=80)	91

Table des tableaux

Tableau 1 : Terminologie anatomique internationale	23
Tableau 2 : Classification des perforantes du membre inférieur	28
Tableau 3 : Classification internationale CEAP	33
Tableau 4 : Le Marronnier d'Inde (20)	43
Tableau 5 : Le Ginkgo (20)	43
Tableau 6 : L'hamamélis (20)	44
Tableau 7 : Le Petit houx (Fragon) (20)	44
Tableau 8 : La Vigne Rouge (20)	45
Tableau 9 : Le Mélilot (20)	45
Tableau 10 : Médicaments à base d'extraits de plantes (Liste non exhaustive)	46
Tableau 11 : Veinotoniques contenant des molécules d'origine végétale	48
Tableau 12 : Les différents types d'orthèses de compression et les points positifs et négatifs	57
Tableau 13 : Présentation des thèmes abordés dans le questionnaire	76
Tableau 14 : Fréquence des différents symptômes	80
Tableau 15 : Noms des médicaments cités par les participants	82
Tableau 16 : Résultats obtenus concernant la fréquence de port des bas	84
Tableau 17 : Résultats obtenus concernant le port des bas en fonction de la saison	85
Tableau 18 : Niveau d'autonomie des patients pour le port des bas (n=80)	86
Tableau 19 : Niveau de difficulté pour enfiler les bas (n=80)	87
Tableau 20 : Implication des pharmaciens d'officine dans leur rôle selon les patients (n=80)	87
Tableau 21 : Attentes des patients concernant les conseils du pharmacien d'officine (n=59)	88
Tableau 22 : Implication du pharmacien d'officine selon les médecins vasculaires	93
Tableau 23 : Domaines de compétence à développer selon les médecins vasculaires	94
Tableau 24 : Rôles du pharmacien d'officine dans le suivi des patients	97

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

AVCh : Affections Veineuses Chroniques

AVK : Antivitamine K

CEAP : (classification) Clinique, Etiologique, Anatomique et Physiopathologique

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GVS : Grande Veine Saphène

HAS : Haute Autorité de Santé

HE : Huiles Essentielles

IPS : Indice de Pression Systolique

IVC : Insuffisance Veineuse Chronique

mmHg : millimètre de Mercure

MTEv : Maladie Thrombo-embolique veineux

MVC : Maladie Veineuse Chronique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVS : Petite Veine Saphène

RVP : Réseau Veineux Profond

SMR : Service Médical Rendu

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

TVS : Thrombose Veineuse Superficielle

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

VCI : Veine Cave Inférieure

VF : Veine Fémorale

VFC : Veine Fémorale Commune

VFP : Veine Fémorale Profonde

VIC : Veine Iliaque Commune

VIE : Veine Iliaque Externe

VII : Veine Iliaque Interne

VPo : Veine Poplitée

Introduction

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs est une pathologie très fréquente dans les pays industrialisés. Les données épidémiologiques montrent qu'en France la maladie veineuse chronique concerne 30 à 40 % de la population adulte française (soit environ 18 millions de personnes). Une femme sur deux et un homme sur quatre sont concernés par l'insuffisance veineuse chronique (IVC). (1)

Dans les pays occidentaux, la maladie veineuse a des répercussions économiques au vu des coûts liés aux traitements de la maladie (bas médicaux de compression, sclérothérapie, chirurgie). Le mode de vie ainsi que le vieillissement de la population ne font qu'accroître les dépenses de santé.

L'insuffisance veineuse chronique est une pathologie qui se développe de façon insidieuse. Un diagnostic précoce est important en raison du caractère héréditaire et de l'évolution vers des complications qui peuvent s'avérer parfois très graves comme les ulcères veineux ou les thromboses veineuses profondes (TVP). Il est donc nécessaire de prévenir la maladie ou de la traiter le plus tôt possible, dès le premier stade.

Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé de proximité, constitue un interlocuteur privilégié puisqu'il dispose d'un arsenal thérapeutique très large et varié. En effet, afin de soulager les symptômes de l'insuffisance veineuse, le pharmacien d'officine dispose de médicaments veinotoniques et de la compression médicale, qui reste le traitement de référence. Le pharmacien joue un rôle essentiel en prodiguant des conseils à ces patients et ce, à tous les stades de la maladie.

Cette thèse a pour objectif d'étudier les rôles du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'IVC que ce soit au niveau préventif, curatif, ou encore dans le suivi ou dans l'observance thérapeutique. Pour cela, différents outils d'évaluation seront utilisés pour de nouvelles approches en termes de prise en charge et de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) tournée vers la maladie veineuse.

L'éducation thérapeutique doit s'inscrire au cœur même de l'exercice du pharmacien d'officine en interdisciplinarité avec les autres professionnels de santé. Les connaissances sur la maladie et ses complications, les traitements et les règles hygiéno-diététiques doivent replacer les patients comme acteurs dans la prise en charge de leur pathologie veineuse.

Dans un premier temps, nous rappellerons les notions générales permettant de comprendre l'anatomie et la physiopathologie de l'IVC. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la prise en charge par le pharmacien d'officine à tous les niveaux de la maladie. Enfin, nous aborderons l'appréciation du rôle du pharmacien par la réalisation de deux enquêtes, l'une menée auprès des patients, et l'autre auprès des médecins vasculaires, dans le but de mettre en place des perspectives nouvelles.

I. L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (données fondamentales en Phlébologie)

I.1. Définition

Des définitions claires et précises sont essentielles pour une bonne prise en charge de la maladie veineuse chronique par l'ensemble des professionnels de santé. Elles doivent tenir compte de la terminologie internationale (qui ne cesse d'évoluer). Une large confusion existe en ce qui concerne les définitions des pathologies veineuses. (2)

I.1.1. Affections veineuses chroniques (AVCh)

Les affections veineuses chroniques regroupent toutes les affections qui se manifestent par un signe et/ou un symptôme dit veineux. Le vocable anglais « chronic venous disorders » en est la traduction. (3)

I.1.2. Maladie veineuse chronique (MVC)

La MVC correspond à tout symptôme et/ou signe chronique provenant de toute anomalie anatomo-physiologique du système veineux et qui nécessite des investigations et/ou une prise en charge.

I.1.3. L'insuffisance veineuse chronique (IVC)

Ce terme doit être réservé aux affections veineuses chroniques évoluées où l'on identifie une anomalie anatomique ou physiologique du système ou de la fonction veineuse pouvant entraîner : un œdème, des altérations cutanées, des ulcères veineux.

I.2. Anatomie du système veineux des membres inférieurs

I.2.1. Structure de la paroi veineuse (4)

La paroi veineuse, comme celle des artères, est composée de 3 tuniques concentriques. De la couche la plus externe à la plus interne, on distingue :

- L'adventice, qui enserre dans un tissu conjonctif lâche les vasa vasorum, vaisseaux nourriciers de la veine, des lymphatiques et les terminaisons nerveuses sympathiques ;
- La media, constituée de fibres musculaires lisses ainsi que d'une trame élastique et conjonctive. La media veineuse contient moins de tissu musculaire et élastique que la media artérielle. Sa structure est variable : la proportion de fibres musculaires lisses de la media des veines profondes diminue au fur et à mesure que le diamètre veineux augmente. Les troncs saphènes ont une couche musculaire plus développée que leurs collatérales ;
- L'intima, qui comprend l'endothélium vasculaire et une couche sous-endothéliale formée de conjonctif, de mucoglycoprotéines et de cellules d'origine indéterminée.

La structure de la paroi veineuse est illustrée dans la figure 1.

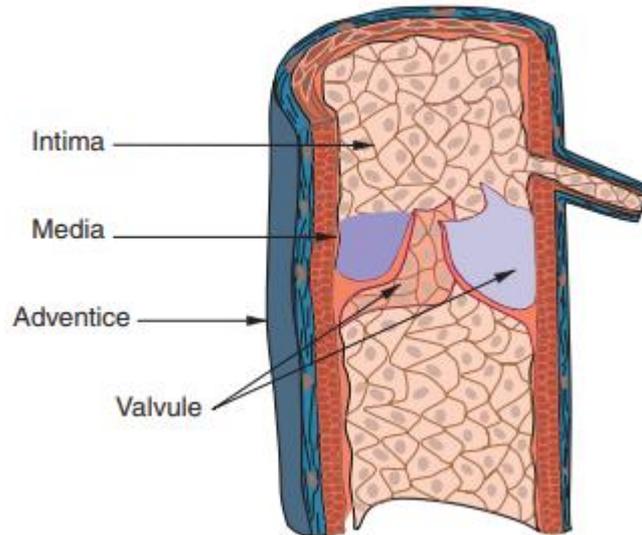


Figure 1 : Structure de la paroi veineuse (4)

I.2.2. Structure valvulaire

Le rôle de l'appareil valvulaire est fondamental dans l'hémodynamique veineuse. Une valve se compose en règle générale de 2 valvules ou cuspidés. Chacune de ces valvules s'insère sur la paroi veineuse formant un anneau valvulaire et se termine par un bord libre. Chaque valvule a 2 faces, l'une « pariétale » concave regardant la paroi verticale et l'autre « axiale » convexe regardant la lumière de la veine. Chaque valvule délimite donc avec la paroi veineuse un sinus dont le fond est distal et l'ouverture proximale. Les bords libres des 2 valvules, à leur insertion sur la paroi veineuse, sont appelés les cornes valvulaires. Celles-ci, au nombre de quatre, se réunissent deux par deux pour former une commissure sur chacun des 2 bords de la veine. Dans une valve bicuspide, on identifie donc 2 commissures diamétralement opposées. La paroi de la valvule est constituée par 2 couches intimes séparées par un tissu contenant des fibres musculaires lisses, des fibres collagènes et du tissu élastique. La densité du collagène diminue progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la connexion de la cuspidé avec la paroi. Le tissu élastique, en continuité avec celui de la paroi veineuse, prédomine dans la partie de la cuspidé qui regarde la lumière veineuse. Sur le plan macroscopique, les valvules ont un aspect translucide et fragile. Elles résistent pourtant à des pressions élevées. Sur le plan fonctionnel, chez le sujet sain, les valves ferment la lumière veineuse en accolant les bords libres des 2 cuspidés lors de la diastole musculaire en orthodynamisme. Elles empêchent ainsi le flux veineux d'obéir aux lois de la gravité. A l'inverse, lorsque ces 2 bords libres ne sont plus accolés, le flux se fait en direction du cœur, comme c'est le cas lors de la systole musculaire en orthodynamisme. (5)

I.2.3. Terminologie anatomique internationale

Nous utilisons actuellement une nomenclature moderne internationale pour l'anatomie descriptive tout en rappelant son équivalent dans l'ancienne terminologie de la langue française. Le tableau ci-dessous (tableau 1) compare l'ancienne terminologie à la nomenclature anatomique internationale.

Ancienne terminologie	Nomenclature anatomique internationale
Interne	Médial
Externe	Latéral
Ganglion lymphatique	Nœud lymphatique
Creux poplité	Fosse poplitée
Crural	Fémoral
Jambier	Crural ou jambier
Veine saphène interne	Grande veine saphène
Crosse saphène interne	Jonction saphéno-fémorale
Veine de Léonard	Grande veine saphène accessoire postérieure jambière
Veine saphène antérieure jambière	Grande veine saphène accessoire antérieure jambière
Veine saphène accessoire antérieure crurale	Grande veine saphène accessoire antérieure de cuisse
Veine saphène accessoire postérieure crurale	Grande veine saphène accessoire postérieure de cuisse
Dédoublement du tronc de la grande veine saphène à la cuisse ou à la jambe	Grande veine saphène accessoire superficielle de cuisse ou de jambe
Veine saphène externe	Petite veine saphène
Crosse saphène externe	Jonction saphéno-poplitée
Veine de Giacomini	Extension crâniale de la petite veine saphène (anastomosée avec la grande veine saphène via la veine circonflexe postérieure de cuisse)
Veines jumelles internes et externes	Veines gastrocnémiennes médiales et latérales
Veine fémorale superficielle	Veine fémorale
Veine hypogastrique	Veine iliaque interne
Veine honteuse interne	Veine pudendale interne
Veine honteuse externe	Veine pudendale externe
Veine iliaque primitive	Veine iliaque commune

Tableau 1 : Terminologie anatomique internationale

La veine fémorale superficielle doit être appelée veine fémorale, car l'adjectif superficielle était trompeur dans la mesure où il s'agit d'une veine du réseau veineux profond.

I.3. Veines du membre inférieur

Elles se répartissent en 3 réseaux au plan anatomique et 3 systèmes au plan fonctionnel :

- Le réseau veineux superficiel qui se situe dans le compartiment superficiel délimité en surface par la peau et en profondeur par le fascia musculaire (aponévrose) ;
- Le réseau veineux profond qui est entièrement localisé en dessous du fascia musculaire ;
- Le réseau des veines perforantes qui connecte les 2 précédents, constitué par les ostia saphènes et les perforantes de la cuisse, du genou, de la jambe, de la cheville et du pied.

Les veines profondes du membre inférieur sont illustrées dans la figure 2 ci-dessous.

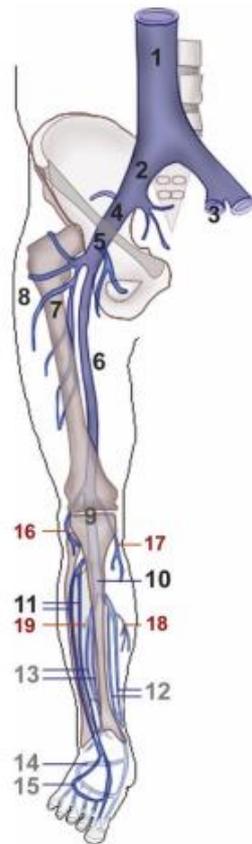


Fig. 1.2 Veines profondes du membre inférieur. 1 : veine cave inférieure; 2 : veine iliaque commune; 3 : veine iliaque interne; 4 : veine iliaque externe; 5 : veine fémorale commune; 6 : veine fémorale; 7 : veine fémorale profonde; 8 : veines circonflexes et quadricipitale; 9 : veine poplitée; 10 : veine tibiofibulaire; 11 : veines tibiales antérieures; 12 : veines tibiales postérieures; 13 : veines fibulaires; 14 : veines plantaires; 15 : veines dorsales du pied; 16-17 : veines gastrocnémiennes; 18-19 : veines jumelles.

Figure 2 : Veines profondes du membre inférieur (2)

I.3.1. Réseau veineux superficiel

Il transporte 10 % du sang vers le cœur. Les veines superficielles drainent le sang provenant des tissus sus-aponévrotiques, dont la peau, par l'intermédiaire de veinules qui, en se réunissant, forment le réseau veineux sous-cutané. Celui-ci se draine presque exclusivement dans les systèmes saphènes (les veines saphènes).

I.3.1.1. Veines du pied

On identifie :

- Un réseau dorsal qui unit l'arcade veineuse dorsale et les veines marginales médiane et latérale ;
- Et un réseau plantaire qui unit l'arcade veineuse plantaire sous-cutanée et les veines marginales.

I.3.1.2. Réseau de la grande veine saphène (GVS)

A l'origine, le tronc de la GVS fait suite à la veine marginale médiale en regard de la malléole médiale et en avant d'elle. Il monte le long de la face médiale de la jambe, du genou puis de la cuisse. Durant tout ce trajet, il chemine entre l'aponévrose musculaire et le fascia membraneux qui limite en profondeur le tissu sous-cutané superficiel. Ces 2 fascias délimitent « le compartiment saphène », ce qui confère à l'ensemble un aspect bien particulier en échographie, appelé l'« œil égyptien ». Le tronc de la GVS se termine à la base du triangle fémoral (triangle dit de Scarpa) par une crosse constante qui s'abouche sur la face antérieure de la veine fémorale commune (VFC) 2-3 cm en dessous et en dedans du tubercule pubien.

Sur son trajet jambier, 2 collatérales importantes s'abouchent dans le tronc de la GVS, 4 à 8 cm en-dessous de la pointe de la rotule (patella) :

- La grande veine saphène accessoire antérieure jambière
- La grande veine saphène accessoire postérieure jambière (veine de Léonard). Elle fait suite aux veines superficielles du pied en arrière de la malléole médiale et monte parallèlement au tronc de la GVS le long des $\frac{3}{4}$ inférieurs de la jambe. (6)

A la cuisse, on peut identifier les collatérales suivantes :

- La grande veine saphène accessoire antérieure
 - La grande veine saphène accessoire postérieure
 - La grande veine saphène accessoire superficielle
- Ces 3 collatérales ont un trajet parallèle au tronc de la GVS.

Deux autres collatérales s'abouchent en règle générale dans le tronc de la GVS ou à une hauteur variable de sa moitié supérieure :

- La veine circonflexe antérieure de cuisse qui peut s'aboucher dans la GVS ou dans la grande veine saphène accessoire antérieure de cuisse. Elle reçoit dans un certain nombre de cas une extension crâniale de la petite veine saphène (veine de Giacomini), anastomosant ainsi les 2 réseaux saphènes.

I.3.1.3. Réseau de la petite veine saphène (PVS)

A l'origine, le tronc de la PVS fait suite à la veine marginale latérale en arrière de la malléole latérale. Il gagne ensuite la ligne médiane postérieure dans l'espace sus-aponévrotique. Au tiers moyen de la jambe et à une hauteur variable, le tronc de la PVS perfore l'aponévrose et poursuit son trajet sur la ligne médiane postérieure, dans un dédoublement aponévrotique. Cependant, des études ultrasoniques récentes ont montré que, sur tout son trajet, elle est située dans un compartiment aponévrotique comme la GVS, constitué par le fascia musculaire et le fascia membraneux. Dans la fosse poplitée, sa courbe s'infléchit en avant, et le tronc s'abouche dans la veine poplitée (VPo). Mais ce n'est que dans environ 60% des cas que le tronc de la PVS se termine par une crosse unique dans la VPo. Dans les autres cas, la PVS se termine dans la GVS ou une de ses collatérales, la VF ou la veine fémorale profonde (VFP).

I.3.1.4. Veines superficielles non saphènes

On peut décrire des veines de la face postérieure et latérale de la cuisse qui peuvent s'aboucher dans le réseau de la VFP ou les branches postérieures de la veine iliaque interne.

I.3.2. Réseau veineux profond

Ce réseau transporte 90% du sang vers le cœur.

I.3.2.1. Veines du pied

Elles s'ordonnent en 2 réseaux :

- L'un plantaire, qui se draine dans les veines tibiales postérieures et les veines superficielles du dos du pied par l'intermédiaire des perforantes ;
- L'autre dorsal, qui se draine dans les veines tibiales antérieures.

I.3.2.2. Veines tibiales (antérieures et postérieures) et péronières ou fibulaires

Elles sont accolées aux artères homonymes. Elles sont souvent doubles, voire triples, et largement anastomosées entre elles. (7)

I.3.2.3. Veines surales (veines musculaires du mollet)

Elles sont constituées par les veines gastrocnémiennes et soléaires

- Veines soléaires : elles drainent le muscle homonyme en formant une arcade axiale qui s'abouche à ses 2 extrémités dans les veines tibiales postérieures et péronières.
- Veines gastrocnémiennes : ont un trajet intra et extra-musculaire (dans le muscle gastrocnémien)

La pompe musculaire du mollet (8)

L'ensemble des veines tibiales, péronières et des veines surales du mollet constitue, au plan de l'anatomie fonctionnelle, la chambre de chasse de la pompe musculaire du mollet qui peut être comparé au ventricule cardiaque. Ce sont les veines surales qui sont soumises, en raison de leur localisation intramusculaire, aux plus fortes pressions (de l'ordre de 200-300 mmHg) lors de la contraction des muscles du mollet. La quantité de sang contenu dans les veines du mollet est de l'ordre de 60-70 mL, et ce volume est expulsé en quelques contractions. On comprend donc aisément que toute altération de la pompe veinomusculaire du mollet représente un handicap majeur pour la circulation de retour des membres inférieurs.

I.3.2.4. Veine poplitée (VPo)

Elle naît de la jonction anatomique des courants transversaux (veines tibiales antérieures) et des courants longitudinaux (veines tibiales postérieures et péronières) en avant de l'arcade tendineuse du soléaire. La VPo est souvent bifide dans ses 2/3 inférieurs, mais elle peut l'être sur toute son étendue. Elle reçoit les veines surales et dans la majorité des cas la PVS.

Veine fémorale (VF)

Dédoublée dans 1/3 des cas, elle fait suite à la VPo au niveau du grand adducteur, et chemine au contact de l'artère homonyme. Sous la bifurcation artérielle fémorale, elle reçoit la branche verticale de la VFP.

Veine fémorale profonde (VFP)

C'est la veine de drainage du compartiment profond de la cuisse, mais elle s'anastomose avec la VPo dans plus de 80% des cas. Avant sa terminaison, la VFP reçoit différentes branches homonymes de celles de l'artère fémorale profonde.

Veine fémorale commune (VFC)

Elle reçoit, sur sa face antérieure, la crosse de la GVS et, sur ses faces latérales et médiales, plusieurs veines afférentes : les veines circonflexes médiales et latérales ainsi que la veine pudendale profonde latérale.

Veines iliaques

- Veine iliaque externe (VIE)

Elle fait suite à la VFC sous le ligament inguinal et reçoit d'importantes collatérales à son origine : les veines épigastriques inférieures et la veine circonflexe iliaque profonde. Leur aspect variqueux est hautement évocateur d'une thrombose veineuse profonde antérieure.

- Veine iliaque interne (VII)

Elle est formée de la convergence des veines pudendales et obturatrices, puis elle reçoit les veines sacrées et pelviennes avant de s'aboucher sur la face postéromédiale de la VIE pour former la veine iliaque commune (VIC). (7)

Veine iliaque commune (VIC)

Les 2 VIC sont de gros calibre et de courte longueur. Du fait que la veine cave inférieure (VCI) est située à droite de la ligne médiane, les 2 VIC ont une morphologie et des rapports différents.

Veine cave inférieure (VCI)

Dans sa portion sous rénale, la VCI naît à la hauteur de L5 de la convergence des 2 VIC. Elle monte sur le bord droit des corps vertébraux et reçoit, avant l'abouchement des 2 veines rénales, les veines lombaires sur sa face postérieure.

I.3.3. Veines perforantes

Les veines perforantes ou perforantes sont ainsi nommées car elles perforent l'aponévrose. Les perforantes doivent être distinguées des veines communicantes qui anastomosent les différentes veines d'un même réseau. (9)

Le tableau suivant est une classification des veines perforantes (tableau 2)

Ancienne terminologie	Nomenclature anatomique internationale
Perforante I de Cockett	Perforantes médiales de cheville
Perforantes II et III de Cockett Perforantes de Boyd et de Sherman	Perforantes médiales de la jambe : - Tibiales postérieures - Paratibiales
Perforante de May Perforante de Bassi	Perforantes postérieures de la jambe : - Intergémellaires - Achilléennes
Perforante de Hunter ou de Dodd	Perforantes médiales de la cuisse - Du canal fémoral

Tableau 2 : Classification des perforantes du membre inférieur

Les perforantes sont retrouvées à tous les niveaux du membre inférieur, à savoir :

Au pied : de 50 à 60 perforantes ont été dénombrées.

A la cheville : on identifie des perforantes médiales, latérales et antérieures en fonction de leur topographie.

A la jambe :

On décrit les perforantes médiales en 2 groupes :

- Les perforantes tibiales postérieures qui sont souvent pathologiques. Au nombre de 3, elles sont localisées aux 2/3 inférieurs de la partie postérieure du mollet.
- Les perforantes paratibiales qui anastomosent la GVS ou ses collatérales à la veine tibiale postérieure.

Mais on retrouve également les perforantes antérieures, latérales et postérieures.

Au genou : la plus importante sur le plan pathologique est la perforante de la fosse poplitée qui doit être différencié de la PVS.

A la cuisse : de nombreuses veines perforantes, mais les perforantes médiales sont les plus importantes en pathologie veineuse. En effet, ce sont surtout les perforantes du canal fémoral qui sont fréquemment en cause dans les récurrences variqueuses après stripping tronculaire de la GVS. Les perforantes de ce groupe connectent la VF et la GVS ou ses collatérales.

I.4. Physiologie des veines des membres inférieurs

Le retour de la masse sanguine de la périphérie au cœur est assuré par les systèmes veineux et lymphatique (stricto sensu, les lymphatiques ne ramènent pas le sang), le reflux étant prévenu par les valves. Le retour veineux est assuré à 80% par le réseau veineux profond (RVP). La suppression des principales veines superficielles ne le compromet pas, pour autant que le RVP soit perméable. Il est ainsi possible de traiter les varices en éliminant largement le réseau veineux superficiel pathologique, ce qui devrait être expliqué au patient avant toute opération des varices.

I.4.1. Le retour veineux

Le retour veineux est principalement assuré par : le cœur, une série de pompes musculaires (mollet, plante du pied, cuisse...), le diaphragme (rôle annexe d'aspiration).

I.4.1.1. La variation de la pression veineuse

La pression veineuse dépend de la position du sujet. Elle est différente en position couchée (décubitus) ou debout immobile ou pendant la contraction des muscles du mollet.

- Le décubitus (position couchée)

Les valvules sont ouvertes et une circulation ralentie s'établit en direction du cœur. En décubitus, la circulation veineuse est principalement réglée par le cycle cardiaque et respiratoire. La pression veineuse est de 10 mmHg (mesurée au niveau de la cheville).

- L'orthostatisme (position debout immobile)

La circulation est ralentie, les valvules du réseau veineux superficiel et profond restent ouvertes. La majorité des valvules des veines perforantes sont fermées en raison de pression légèrement élevée dans le réseau veineux profond. La pression veineuse atteint 90 à 100 mmHg.

- L'orthodynamisme (à la marche)

Lors d'un exercice, la pompe musculaire entre en action et entraîne une forte compression sur les veines profondes. Ceci permet une chasse sanguine dirigée vers le cœur grâce aux valvules. C'est la phase systolique correspondant à la contraction musculaire.

Lors du relâchement musculaire, le réseau profond reprend son diamètre initial, provoquant une dépression qui aspire le sang du système veineux superficiel et remplit donc le système profond. C'est la phase diastolique correspondant à la relaxation musculaire. (10)

I.5. Physiopathologie de la maladie veineuse chronique

PHYSIOPATHOLOGIE

La dilatation de la veine avec des altérations valvulaires entraînent des reflux : mauvais fonctionnement de la pompe musculaire du mollet. Les conséquences sont des manifestations inflammatoires : stase et hypertension veineuse. (11)

I.5.1. Epidémiologie et facteurs de risque veineux

I.5.1.1. Epidémiologie (prévalence et incidence des affections veineuses)

La prévalence des varices est élevée dans la population générale des pays industrialisés, touchant 30 à 60 % de la population selon les études. La prévalence des varices est, entre 15 et 65 ans, de 8 à 11 % chez les hommes et de 17 à 20 % chez les femmes. La différence de prévalence entre les deux sexes est peut-être liée à un début des varices plus précoce et à une espérance de vie plus longue chez la femme. Dans les deux sexes, la prévalence des varices augmente de façon linéaire avec l'âge suggérant un effet cumulatif plutôt qu'une vraie augmentation d'incidence des varices avec l'âge (1) (9)

I.5.1.2. Facteurs de risque (de télangiectasies, varices, ulcères)

L'importance de certains facteurs de risque est assez bien établie, d'autres sont plus controversés. Il ne faut pas oublier que plusieurs de ces facteurs sont intriqués et qu'il est difficile de déterminer leur importance.

I.5.1.2.1. Facteurs prédisposants

- Facteurs génétiques (hérédité)

Les varices ont souvent un caractère familial. Les porteurs de varices ont une anamnèse familiale 2 fois plus fréquemment positive que les sujets indemnes de varices. Selon l'étude de Cornu-Thénard (1994), le risque pour un enfant de développer des varices est de 90% si les 2 parents sont variqueux, de 25% chez le descendant mâle et 62% chez la descendante d'un seul parent atteint et de 20% si aucun des parents ne présente de signes de MVC.

- Age

C'est, sans doute, le principal facteur de risque aussi bien pour les télangiectasies, les varices, l'IVC et l'ulcère.

Chez l'enfant et l'adolescent, on observe un très faible pourcentage de signes prémonitoires de maladie veineuse. Elle est peu évolutive chez les sujets jeunes.

Au cours de la vie, la fréquence des varices augmente avec l'âge. A 70 ans, 70% environ des hommes et femmes présentent des varices ou des télangiectasies. La prévalence de l'ulcère de jambe, rare avant 60 ans, augmente très rapidement avec l'âge.

- Sexe

La femme est plus fréquemment à risque d'IVC que l'homme. La plupart des études épidémiologiques relèvent une fréquence plus élevée de varices chez les femmes.

Les femmes consultent jusqu'à 9 fois plus que les hommes pour leurs varices, non seulement pour des raisons esthétiques, mais aussi parce que les symptômes veineux sont plus fréquents chez elles. Les varices de l'homme sont souvent masquées par la pilosité (sauf si les jambes sont rasées, comme chez les cyclistes, les nageurs de compétition,...) et le mode vestimentaire. (7)

I.5.1.2.2. Facteurs aggravants

- Les hormones

Une interaction hormonale a été depuis longtemps suspectée chez la femme, même si les taux hormonaux sériques des patientes variqueuses ne diffèrent pas des normes

- Apparition de varices pendant la grossesse et fréquente régression ou disparition spontanée de celles-ci dans les mois qui suivent le terme

- Augmentation de l'extensibilité de la paroi veineuse, proportionnelle au taux sérique de progestérone

- Exacerbation des symptômes attribués au relâchement de la paroi veineuse au cours de certaines contraceptions hormonales

- Exacerbation prémenstruelle de la symptomatologie de la MVC.

D'après Meendering (2005), la compliance veineuse n'est pas dépendante du cycle menstruel et n'est pas influencée par la pilule contraceptive. La prise de progestérone et/ou de d'oestrogènes (pilule, ménopause) peut aggraver la symptomatologie veineuse, mais il

n'y a pas d'augmentation de la fréquence des varices chez les femmes qui prennent des hormones.

Les contraceptifs oraux augmentent incontestablement le risque de TVP.

- Grossesse

Pendant la grossesse, le gonflement de l'utérus va comprimer la veine cave inférieure. Par conséquent, ceci forme un obstacle au drainage normal. Les grossesses multiples jouent un rôle aggravant pour la femme, en particulier si elle présente déjà des signes de MVC avant celles-ci. La prévalence des varices est identique chez les femmes nullipares et les hommes. Le risque de varices et d'IVC augmente progressivement avec le nombre de grossesses. Le risque thromboembolique veineux est donc majoré durant la grossesse. La femme enceinte est plus exposée à la formation d'un caillot de sang dans une veine profonde, appelée couramment "phlébite". Ce caillot peut se détacher et entraîner une embolie pulmonaire responsable du décès maternel. Ce risque couvre la période du début de grossesse jusqu'à douze semaines après l'accouchement et constitue la deuxième cause de mortalité maternelle directe après les hémorragies. (12)

- L'alimentation / le tabac

Le tabagisme favoriserait la survenue de varices, comme le démontre l'étude de Gourgou (2002). Ce facteur avait déjà été évoqué par Staubesand, sur des arguments histologiques de veinoclérose.

- L'excès de poids/Obésité

Les patients obèses, en particulier les femmes obèses, développent fréquemment des troubles trophiques, sans pour autant présenter de reflux veineux superficiel ou profond. On peut incriminer : la démarche particulière de l'obèse (qui utilise plus ses hanches que ses mollets), l'engraissement ou la surcharge lipidique des muscles et diminution de l'efficacité de leur rôle de pompe, la respiration abdominale plutôt que thoracique (qui ne contribue guère au retour veineux).

- La station debout et la sédentarité

De longues stations debout ou assis immobile favorisent la survenue d'une MVC et en particulier des varices. Ainsi, la pompe veineuse musculaire du mollet est moins efficace en fin de journée chez 20% des jeunes adultes sans anomalie veineuse. Les personnes qui travaillent debout ou assis immobile ont un risque accru de varices, encore plus en fonction du nombre d'années d'exercice.

La sédentarité diminue la stimulation de la pompe articulaire et musculaire.

-Exposition à la chaleur (sauna, hamam, bronzage)

- Les vêtements non adaptés (serrés)

Les strictions vestimentaires, ceintures, pantalons serrés à la taille, corsets, bottes serrées, contribuent au développement des varices

- La pratique des activités physiques à risque

Bénéfique sur le plan vasculaire et musculaire, le sport a aussi des effets délétères sur le système veineux. Plusieurs phénomènes sont susceptibles d'altérer la paroi veineuse ou d'aggraver son atteinte :

L'augmentation massive du débit sanguin lors d'une activité physique intense

La chaleur liée à l'effort et à la transpiration

A-coups sévères dans la colonne sanguine veineuse, favorisant les lésions pariétales et valvulaires lors de saut (volley-ball), de chocs (lors du shoot d'une balle), de démarrages et freinages brutaux (tennis, escrime, etc...)

- Les voyages en avion

Le risque de thrombose veineuse augmente après un long voyage (plus de quatre heures) en train, en car, en voiture ou en avion. Le port d'une contention est capital chez un voyageur présentant un risque. Un dispositif de classe II doit alors être conseillé. Avant le départ, il est important de rappeler au patient les symptômes d'une thrombose veineuse : douleur au niveau du mollet associée le plus souvent à un œdème de la cheville pouvant s'étendre à tout le membre inférieur. (13)

I.5.2. Classification des affections veineuses chroniques

Les différents stades de la pathologie sont classés sous le nom de CEAP (*Clinical Aetiological Anatomical and Pathological*). La classification CEAP (clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique) reprend les signes physiques de l'IVC, sur une échelle de gravité croissante avec la sévérité de la dysfonction veineuse et son ancienneté. (14)

Le tableau 3 ci-après présente cette classification internationale.

C pour les signes cliniques (grade C0 à C6)
C0 : pas d'anomalies veineuses visibles ou palpables
C1 : présence de télangiectasies (< 1 mm) ou veines réticulaires (< 3 mm)
C2 : varices (min. 3 mm)
C3 : œdèmes
C4 : troubles trophiques : - C4a : pigmentation et/ou eczéma - C4b : lipodermatosclérose et/ou atrophie blanche
C5 : ulcère cicatrisé
C6 : ulcère non cicatrisé
Chaque classe doit être complétée par : (A) pour asymptomatique (S) pour symptomatique (douleurs, prurit, jambes lourdes, crampes)

E pour la classification étiologique où l'on retient les qualifications suivantes :
C pour congénital P pour primaire S pour secondaire N pour pas de cause veineuse identifiée
A pour la répartition anatomique suivant le secteur intéressé
S pour superficiel D pour profond (deep) P pour perforantes N pour pas de localisation veineuse identifiée
P pour le mécanisme physiopathologique responsable
R pour reflux O pour obstruction

Tableau 3 : Classification internationale CEAP

Source : (14)

I.5.3. Reflux dans le réseau veineux superficiel : les varices

LES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES

- Télangiectasies
- Varices
- Thromboses veineuses profondes
- Embolie pulmonaire

Les télangiectasies (varicosités) :

- dilatations visibles (<1 mm) de petites veinules cutanées et sous-cutanées (figure 4)



Figure 3 : Télangiectasies (15)

Les veines ou varices réticulaires : mesurent 1 à 3 mm (figure 5).



Figure 4 : Veines réticulaires (15)

Les varices : > 3 mm. Les varices sont des veines dont la paroi est pathologique avec une incontinence valvulaire.

- Définition de l'O.M.S : « les varices sont des **veines superficielles dilatées et tortueuses** dans lesquelles le sang circule à contre-courant ». (16)

Les varices de jambe sont définies comme des veines sous-cutanées devenues dilatées et tortueuses, avec incontinence de leurs valvules, et d'un calibre supérieur à 3 mm en position debout. On distingue selon le processus étiologique des varices :

- les varices essentielles ou primaires. Les facteurs favorisants sont : un terrain familial d'insuffisance veineuse, une faiblesse de la paroi veineuse, des facteurs environnementaux propices à la stase veineuse... ;
- les varices secondaires : elles sont la plupart du temps séquellaires de thrombose veineuse profonde, ou parfois d'angiodyplasie veineuse ou artérioveineuse, d'une fistule artérioveineuse traumatique, d'une dysgénésie valvulaire profonde.

On distingue également les varices dites systématisées, qui sont développées aux dépens des veines saphènes ou de leurs affluents ; des varices non systématisées qui sont des varices diffuses éparses, sans lien direct avec une incontinence tronculaire, et qui témoignent d'une hyperdistensibilité veineuse.

La thrombose veineuse profonde (TVP)

Selon la triade de Virchow, les anomalies suivantes évoquent une TVP :

- Altération de la paroi veineuse
- Hypercoagulation
- Stase veineuse

La TVP est diagnostiquée par l'échographie-dosage des D-Dimères.

Embolie pulmonaire

Le thrombus peut se révéler fragile et se fragmenter (emboles) puis migrer dans le sang vers le cœur. L'embolie migre dans les artères pulmonaires vers les poumons. C'est une embolie pulmonaire qui se manifeste par une perturbation des échanges gazeux pulmonaires, une douleur thoracique, une dyspnée, une bronchoconstriction et des répercussions cardiaques (diminution de la perfusion coronaire) pouvant entraîner un décès.

I.6. Les complications de la maladie veineuse

I.6.1. Les complications aiguës

La thrombose veineuse est une obstruction partielle ou totale d'une ou plusieurs veine(s) par un caillot (thrombus). Lorsque la veine obstruée est uniquement superficielle, la thrombose est dite superficielle, profonde dans les autres cas. La douleur et l'œdème (en fonction du degré d'obstruction et de l'étendue) sont les symptômes les plus fréquents. Une thrombose peut aussi être asymptomatique. Les thromboses sont dites « provoquées », à la suite d'un alitement prolongé, une chirurgie ou autres pathologies comme les cancers. Les facteurs de risque sont : les états inflammatoires chroniques, voyages de longue durée (stase veineuse prolongée). En l'absence de facteur causal, elles sont dites « non provoquées ».

I.6.1.1. La thrombose veineuse superficielle (TVS)

Dans la TVS, un thrombus obstrue une veine superficielle. La thrombose se trouve dans une veine variqueuse ou dans une veine non variqueuse souvent à cause d'un état inflammatoire, une maladie générale, un cancer ou une thrombophilie. La TVS évolue dans 25 % des cas vers une thrombose veineuse profonde (TVP).

Les traitements sont : les anticoagulants et la thrombectomie. (17)

I.6.1.2. La thrombose veineuse profonde (TVP)

Selon la triade de Virchow, on parle de thrombose veineuse profonde (TVP) lorsque l'on retrouve 2 de ces anomalies : l'hypercoagulation, l'altération de la paroi veineuse ou la stase veineuse. L'hypercoagulabilité peut être due à un facteur génétique (mutations dont la plus connue est le facteur V de Leiden) développant des modifications de facteurs de la coagulation (déficit en protéine S, résistance à la protéine C), ou à un état inflammatoire chronique, ou de désorganisation biochimique comme c'est le cas dans les cancers.

3 risques sont associés à la TVP :

- Immédiat : l'embolie pulmonaire
- Tardif et invalidant : le syndrome post-thrombotique
- Hémorragies dues au traitement anticoagulant

Un dosage sanguin, les D-Dimères, est utilisé dans le diagnostic de thrombose. Il est intéressant que lorsqu'il est négatif car il signe avec une forte probabilité l'absence de thrombose ou d'embolie pulmonaire.

Lorsque la probabilité est forte ou un dosage de D-Dimères positifs, le diagnostic de thrombose repose sur la réalisation d'un écho-Doppler par un médecin vasculaire qui pourra initier immédiatement le traitement si la thrombose est confirmée. L'échographie est un examen très performant pour les thromboses dites proximales c'est-à-dire, celles situées à partir de la veine poplitée en direction de la veine cave inférieure. Le Doppler n'est ici utile que pour préciser le caractère totalement ou partiellement obstructif et permettre de visualiser le pourtour de la tête du thrombus.

I.6.2. Les complications chroniques

L'IVC s'accompagne en général de varices qui sont des dilatations irrégulières des veines superficielles. Les signes de gravité, survenant au bout de plusieurs années, sont l'œdème et les atteintes cutanées (dermites, hypodermes, ulcères). Les varices présentent un risque accru de thrombose superficielle.



Figure 5 : Examen des membres inférieurs par un phlébologue

I.6.2.1. Les œdèmes

La classe C3 correspond à l'œdème. Signe cutané objectif, les œdèmes méritent une approche systématique afin d'en faciliter le diagnostic :

- œdème unilatéral ou bilatéral
- apparition soudaine ou progressive
- topographie : atteinte du pied, cheville, jambe, cuisse, etc.

L'œdème d'origine veineuse provient d'une augmentation de la pression veineuse qui distend progressivement la paroi veineuse, augmentant sa perméabilité. Le premier signe de cette altération est l'œdème périphérique, disparaissant lorsque le patient est en position déclive.

L'œdème veineux survient aussi bien lors de l'insuffisance veineuse superficielle que profonde, pouvant être le seul signe. L'œdème s'accroît en journée et est souvent efficacement prévenu par le sport, la compression ou les médicaments veino-actifs. Cet œdème peut s'aggraver au cours de l'évolution de la MVC vers sa forme extrême qui est l'IVC. L'œdème entraîne progressivement une diminution de l'élasticité cutanée, dont l'importance est proportionnelle à la gravité de l'insuffisance veineuse.

Œdème du voyageur

Un œdème survient chez de nombreux voyageurs. Les troubles microcirculatoires s'expliquent par le vol de longue durée d'une part, par le changement de climat (pays chaud ou tropical) d'autre part, Zeegelaar et al (2002) l'ont démontré.

I.6.2.2. Les troubles trophiques

- L'eczéma variqueux ou dermite de stase

La dermite de stase peut être aiguë ou chronique, consécutif à la stase dans les capillaires. La dermite de stase aiguë est prurigineuse et exsudative (suintante). Elle peut être circonscrite (en face d'une perforante ou d'une varice) ou diffuse.

La forme chronique de la dermite de stase (dermo-épidermite de jambe ou eczéma variqueux) se manifeste par des plaques rouges parsemées de fines vésicules pouvant démanger ou s'écailler, observé en présence de varices chroniques.

- La dermite ocre ou dermite pigmentée

La dermite ocre, liée à une inflammation des capillaires sous l'effet de la stase veineuse, se localise au niveau de la cheville. La dermite ocre se manifeste par une coloration brunâtre de la jambe. Elle correspond à des pigments hémossidériniques des hématies extravasées sous l'effet de l'hyperpression veineuse.

La photo ci-après illustre la dermite ocre (figure 6).



Figure 6 : La dermite ocre

- L'hypodermite scléreuse

Trouble trophique irréversible, l'hypodermite scléreuse (lipodermatosclérose des Anglo-saxons) siège au-dessus de la cheville, débute le plus souvent à la face médiale de la jambe. Elle se manifeste par des placards durs, roses et pigmentés. L'obésité est un élément responsable de cette pathologie, selon une étude de Bruce (2002).

- L'ulcère veineux

Le stade ultime de l'IVC est l'ulcère veineux, qui est la cause la plus fréquente d'ulcère de jambe (environ 80 % des ulcères de jambe sont d'origine veineuse), et qui apparaît généralement après plusieurs années d'évolution. L'ulcère veineux est de forme ronde ou ovale, fibrineux.



Figure 7 : Un ulcère veineux (18)

Il est localisé dans la région de la malléole (siège périmalleolaire) et le long des varices superficielles, caractérisé par une perte de substance de la peau induisant des lésions suintantes avec risque de surinfection et des croûtes rebelles à la cicatrisation, qui nécessite des soins locaux au long cours. L'ulcère veineux est peu creusant, peu algique, non nécrotique et exsudatif.

I.6.3. Diagnostic de l'insuffisance veineuse

I.6.3.1. L'examen clinique

Le diagnostic de l'IVC commence toujours par un examen clinique qui comprend, dans un premier temps, un interrogatoire.

Lors de l'interrogatoire, le praticien doit s'enquérir des antécédents familiaux, du nombre de grossesses et du mode de vie du patient afin d'identifier tous les facteurs de risque présents. La symptomatologie veineuse a un caractère horaire : elle s'aggrave en deuxième partie de journée, mais également avec la chaleur et, chez la femme, lors de la période prémenstruelle. Elle est améliorée la nuit, en position couchée, mais aussi par la marche à pied, grâce à une compression élastique et une surélévation des jambes, et avec le froid. L'examen se déroule idéalement en fin de journée, recherchant une atteinte cutanée (télangiectasies, varices...), ainsi que la présence ou non d'œdèmes. Les périmètres des cuisses et des mollets doivent être mesurés et la symétrie des membres évaluée. La présence d'un reflux peut être dépistée grâce à un Doppler. Enfin, une épiscopie peut être réalisée : il s'agit de l'application d'une source lumineuse sur la peau qui permet de visualiser les vaisseaux superficiels invisibles à l'œil nu.

I.6.3.2. L'échodoppler

Définition

L'échographie est un examen non invasif, indolore qui permet, grâce aux ultrasons, de visualiser des images d'organes, de tissus et de vaisseaux dans toutes les parties du corps.

L'écho-Doppler, en plus de l'échographie, possède un module appelé Doppler permettant d'évaluer la vitesse des flux sanguins et le sens de circulation du sang dans les vaisseaux. Avec le module « Doppler couleur », les flux apparaissent colorés, en rouge ou en bleu selon leur sens de circulation.

L'écho-Doppler est un appareil adapté et dédié aussi bien à l'étude des artères qu'à celle des veines. S'agissant d'ultrasons, il n'y a ni rayons X, ni irradiation.

Il est nécessaire d'appliquer sur la peau un gel d'échographie à base d'eau, afin d'assurer une bonne transmission des ultrasons depuis la sonde d'échographie vers les tissus ou vaisseaux à explorer.

L'écho-doppler veineux des membres inférieurs est un examen indispensable dans le bilan d'une insuffisance veineuse chronique. Il précise le mécanisme de l'IVC en recherchant des séquelles de thrombose veineuse profonde et en recherchant l'existence d'éventuels reflux. Il fournit des informations sur l'hémodynamique veineuse. (19)

L'écho-Doppler est l'examen de base permettant l'exploration du réseau veineux. Il est indispensable avant tout traitement de varices, mais il est aussi parfois pratiqué en urgence en cas de suspicion de thrombose veineuse ou « phlébite ».



Figure 8 : Appareil Echo-Doppler

L'écho-Doppler veineux permet en temps réel de visualiser les veines ainsi que les flux sanguins qui les parcourent. Il se pratique essentiellement aux membres inférieurs, sur les trajets veineux des mollets, des cuisses et de l'aîne, en remontant parfois même jusqu'à l'abdomen (pour explorer les veines iliaques et la veine cave inférieure).

Plus rarement, ce sont les veines du membre supérieur qui sont explorées, par exemple en cas de suspicion de thrombose veineuse du bras.

En pratique :

Le patient est allongé, puis éventuellement assis jambes pendantes. Les veines de chaque jambe sont explorées une à une avec la sonde d'écho-Doppler. Le médecin effectue des compressions avec la sonde le long du trajet des veines pour vérifier leur perméabilité. Ne pas appliquer de crème ou pommade sur les jambes le jour de l'examen.

L'examen dure 15 à 30 minutes en moyenne.

L'examen écho-Doppler précise la localisation et l'étendue des thromboses veineuses (figure 9).



Figure 9 : Visualisation d'une thrombose veineuse

L'écho-Doppler veineux pour un bilan de varices

Pour un bilan de varices, le médecin vasculaire procède de la façon suivante : le patient est installé debout, en hauteur sur un tabouret de phlébologie, face au médecin puis dos au médecin. Cet examen permet d'explorer le réseau veineux superficiel et de faire le bilan des varices.

Les varices sont des veines dilatées dont les valvules (petits clapets) ne fonctionnent plus, et, en position debout, le sang reflue vers le bas de la jambe au lieu de remonter vers le cœur.

Pour tester le fonctionnement des veines, le médecin réalise donc des manœuvres de « chasse » sanguine en faisant des compressions manuelles sur les muscles ou le long des veines superficielles, ceci afin d'étudier les sens de flux. Il peut aussi parfois demander au patient de tousser ou de pousser (manœuvre de Valsalva).

Le médecin vasculaire pratiquera souvent une « cartographie veineuse » qui correspond à un schéma précis, avec description anatomique et hémodynamique du réseau veineux des membres inférieurs, indispensable dans le bilan préthérapeutique. (19)



Figure 10 : Détection de varices par l'Echo-Doppler veineux

En fonction des résultats de l'écho-Doppler, le phlébologue/médecin vasculaire apportera au patient des conseils de prévention, d'hygiène de vie et de suivi, et, le cas échéant, proposera le(s) traitement(s) le(s) mieux adapté(s): veinotoniques/phlébotropes, bas de compression, sclérothérapie (injection de produit sclérosant dans la varice), traitement thermique endoveineux (laser ou radiofréquence) ou encore chirurgie.

II. Prise en charge du patient par le pharmacien d'officine : traitements et conseils associés

II.1. Les traitements médicamenteux de l'IVC à l'officine

Le pharmacien d'officine dispose d'un arsenal thérapeutique très divers pour la prise en charge de l'IVC. Ainsi, pour soulager les symptômes le pharmacien dispose de moyens mécaniques et de médicaments. Différentes thérapeutiques peuvent être proposées telles des veinotoniques, compléments alimentaires et la compression veineuse.

II.1.1. Les médicaments de la phytothérapie

Les médicaments allopathiques (veinotoniques et médicaments de la phytothérapie), ainsi que les huiles essentielles (HE) et, à moindre mesure, l'homéopathie sont adaptés comme thérapeutique d'appoint pour les pathologies légères du stade 1 (douleur, impatience, jambes lourdes, ...). Ils sont très utiles en période estivale, où le compression médicale peut s'avérer difficile pour certains patients.

II.1.1.1. Les principales plantes utilisées dans les troubles de la circulation veineuse

Dans le domaine de la phytothérapie, les principales plantes utilisées pour soulager les symptômes des premiers stades de la maladie veineuse (jambes lourdes, fourmillements, crampes,...) sont :

- Le marronnier d'inde *Aesculus hippocastanum* (tableau 4)
- Le ginkgo *Ginkgo biloba* (tableau 5)
- L'hamamélis *Hamamelis virginiana* (tableau 6)
- Le petit houx *Ruscus aculeatus* (tableau 7)
- Le melilot *Melilotus officinalis* (tableau 8)
- La vigne rouge *Vitis vinifera* (tableau 9)

Les principales formes galéniques disponibles en pharmacie sont :

- gélules d'extraits de plantes,
- gélules de poudres de plantes,
- des mélanges de tisanes de plantes sèches coupées en vrac ou en sachets (Vitaflor®)
- des ampoules buvables de plantes fraîches broyées dans l'alcool dilué

D'autres formes sont utilisées :

Gouttes buvables, comprimés, teintures, intraits, gel ou crème, teintures mères, HE, ...

Les principales plantes médicinales d'utilisation traditionnelle dans les troubles de la circulation sont décrites dans les tableaux suivants. La liste n'est pas exhaustive.

	Le Marronnier D'Inde <i>Aesculus hippocastanum</i>
Parties utilisées	Les graines et l'écorce
Principes actifs	Dans les marrons : aesculine, flavonoïdes, tanins (proanthocyanes) Dans les écorces : dérivés coumariniques (esculoside)
Propriétés pharmacologiques et indications	Propriétés vitaminiques P et tonique veineux Aesculine : activité vasoconstrictrice, anti-inflammatoire, anti-œdémateux Esculoside : effet astringent et vitaminique P, augmente la résistance des capillaires sanguins.
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	- extrait standardisé ou solution d'intrait de marron d'inde - tisane (10 g de plantes dans 250 mL d'eau, décoction de 5 min), 1 tasse 2 fois par jour Spécialités : Seul : Arkogélule Marronnier d'inde®, Elusanes Marronnier d'Inde® En mélange avec d'autres plantes : crème RAP®

Tableau 4 : Le Marronnier d'Inde (20)

	Le Ginkgo <i>Ginkgo biloba</i>
Parties utilisées	Les feuilles
Principes actifs	Les terpènes : les ginkgolides et le bilobalide Les hétérosides flavoniques : dérivés du quercétol, de lutéoline Les biflavones (bilobétine, ginkgétine), les proanthocyanidines
Propriétés pharmacologiques et indications	Propriété vasodilatatrice des veines, augmentation du tonus veineux, diminution de la perméabilité capillaire Propriété antioxydante par les flavonoïdes, les biflavones
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	Utilisation sous forme d'infusion (faire infuser 10 g de plantes sèches, 3 tasses par jour) Spécialités : Ginkor frais ® (gel pour application local) Ginkor fort ® (gélule)

Tableau 5 : Le Ginkgo (20)

	L'Hamamélis <i>Hamamelis virginiana</i>
Parties utilisées	Les feuilles
Principes actifs	Tanins galliques : hamaméltanin Tanins catéchiques : catéchol, gallocatéchol Des flavonoïdes : glucosides de flavonols et hétérosides Acides organiques
Propriétés pharmacologiques et indications	Action veinotonique due aux tanins, propriétés vitaminiques P dues aux flavonoïdes (résistance des capillaires) Action antioxydante sur la paroi des vaisseaux et angioprotectrice
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	- Tisane (en décoction : quelques feuilles coupées dans une tasse d'eau) 1 verre 2 fois par jour - Teinture mère Spécialités : Seul : Elusanes hamamélis ® En mélange : Jouvence de l'Abbé Soury ® (gel, comprimés, solution buvable) Climaxol ® solution buvable Médiflor tisane jambes lourdes

Tableau 6 : L'hamamélis (20)

	Le Petit Houx <i>Ruscus aculeatus</i>
Parties utilisées	Le rhizome
Principes actifs	Saponosides, flavonoïdes (rutoside)
Propriétés pharmacologiques et indications	- vasoconstricteur veineux, anti-œdémateux - propriétés vitaminique P, vasoconstrictrice des muscles lisses de la paroi veineuse et accélératrice du tonus veineux. Le petit Houx est indiqué dans l'insuffisance veineuse, sensations de jambes lourdes, œdèmes, varices.
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	En décoction, 2 à 3 tasses par jour Intrait Spécialités : Seul : Arkogélules Fragon ® (1 gélule matin et soir) En mélange : Climaxol ®, Cyclo 3 crème®, Veinobiase ®

Tableau 7 : Le Petit houx (Fragon) (20)

	La vigne rouge <i>Vitis vinifera</i>
Parties utilisées	Les feuilles
Principes actifs	Acides organiques, vitamine C Polyphénols : acides phénols, flavonoides, tanins, anthocyanides
Propriétés pharmacologiques et indications	Veinotoniques (anthocyanosides) Angioprotectrice Action vitaminique P (flavonoides)
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	En infusion, 2 à 4 tasses par jour entre les repas En usage externe, faire bouillir (15 min.) 2 poignées de feuilles dans 1 L d'eau. Faire des bains de pieds pendant 10 à 15 min pour favoriser la circulation. Spécialités : Seul : Elusane vigne rouge ® (1 gélule matin et soir) En mélange : Tisane Médiflor jambes lourdes n°12 ®

Tableau 8 : La Vigne Rouge (20)

	Le Mélilot <i>Melilotus officinalis</i>
Parties utilisées	Les sommités fleuries
Principes actifs	Flavonoides Un hétéroside : le méllotoside La coumarine (composant actif du mélilot) et des dérivés coumariniques Des saponosides et des vitamines
Propriétés pharmacologiques et indications	Propriétés anti-inflammatoires, veinotoniques et vasculoprotectrices (diminution de la stase veineuse et des œdèmes) Régulatrices de la fonction lymphatique
Certaines formes d'utilisation, posologies, noms de spécialités	En infusion, une cuillère par tasse d'eau, 2 à 3 tasses par jour entre les repas Teinture : 4 à 6 g par jour Spécialités : Seul : Elusane Mélilot ® En mélange : Cyclo 3 crème ® Esberiven fort ® (comprimés, solution buvable)

Tableau 9 : Le Mélilot (20)

II.1.1.2. Médicaments à base d'extraits de plantes

Noms	Composition	Pharmacologie	Posologie
Arkogélules Hamamélis ®	Hamamélis (feuille) 290 mg/gélule	Vasoconstricteur veineux, régulateur de la circulation	1 gélule matin, midi et soir au cours des repas
Arkogélules fragon ®	Petit-houx (rhizome) 350 mg/gélule		1 gélule matin, midi et soir au cours des repas
Climaxol ® solution buvable	Hamamélis (feuille)	Vasoconstricteur veineux, anti-inflammatoire	20 à 25 gouttes matin et soir à diluer dans un peu d'eau avant les repas
	Fragon (rhizome)	Tonique veineux, fluidifiant sanguin	
	Hydrastis (rhizome)	Veinotonique	
	Viburnum et Marron d'Inde (écorce)	Spasmolytique, veinotonique	

Tableau 10 : Médicaments à base d'extraits de plantes (Liste non exhaustive)

II.1.2. Les veinotoniques

La France se distingue en tant que premier marché mondial pour les veinotoniques, totalisant 70 % de toutes les ventes mondiales. Plus de 100 spécialités étant disponibles. (21)

II.1.2.1. Définition

Les veinotoniques sont appelés aussi « veinotropes ». Les principes actifs des veinotoniques utilisés en cas d'insuffisance veineuse sont majoritairement des extraits de plantes.

Les veinotoniques entraînent une augmentation du tonus veineux et de la résistance capillaire, ainsi qu'une diminution de la perméabilité. Ils possèdent des effets vasoconstricteurs et anti-inflammatoires. Ils renforcent le retour veineux et améliore la viscosité du sang.

II.1.2.2. La classification

Veinotoniques contenant des molécules d'origine végétale (extraction ou hémisynthèse)		
Nom des médicaments	Indications	Posologie
<p>Daflon® 500 mg (fraction flavonoïque purifiée, soit 450 mg de diosmine et 50 mg de flavonoïde exprimés en hespéridine par comprimé)</p>	<p>Diminue la distensibilité veineuse et réduit la stase</p> <p>Normalise la perméabilité capillaire et renforce sa résistance</p>	<p>1 cp à midi et 1 cp le soir pendant les repas</p>
<p>Ginkor fort® (troxérutine, heptaminol et extrait de Ginkgo biloba)</p>	<p>Augmente la tonicité des veines, la résistance des vaisseaux et diminue leur perméabilité</p> <p>Favorise le retour veineux vers le cœur droit grâce à l'heptaminol</p>	<p>1 gélule le matin et 1 le soir</p> <p>Ne pas utiliser pendant la grossesse et l'allaitement</p>
<p>Esbériveren fort® (rutoside et extrait de mélilot)</p>	<p>Augmente la vasoconstriction et la résistance des vaisseaux, diminue leur perméabilité</p> <p>Activité lymphokinétique (contractions des lymphangions)</p>	<p>1 cp matin et soir</p>
<p>Veinamitol® (troxérutine)</p>	<p>Augmente le tonus veineux</p> <p>Réduit la perméabilité capillaire, d'où la diminution des oedèmes et l'effet sur l'agrégation des plaquettes et des hématies</p>	<p>1 sachet ou 1 ampoule par jour dans un verre d'eau au cours du repas</p> <p>Déconseillé à l'allaitement</p>
<p>Difrarel® 100 mg (extrait d'airelle de myrtille : anthocyanoside et bêta-carotène)</p>	<p>Vasculoprotecteur</p>	<p>3 à 6 cp par jour par cure de 20 jours</p> <p>Ne pas utiliser pendant la grossesse et l'allaitement</p>
<p>Cyclo 3 fort®</p>	<p>Agoniste direct des récepteurs α-adrénergiques de la cellule lisse de la paroi des vaisseaux</p> <p>Augmentation du débit lymphatique</p>	<p>2 à 3 gélules par jour, au cours des repas</p>

(extrait de petit-houx, hespéridine méthyl-chalcone, acide ascorbique)

Réduction de la perméabilité capillaire

Augmentation de la résistance capillaire due à la présence de vitamine C

Endotélon 150 mg
(pépins de raisin : oligomères procyanidoliques)

Augmente la résistance des vaisseaux et diminue leur perméabilité

Troubles veinelymphatiques :
1 cp matin et soir en cure de 20 jours
Lymphoedème post-thérapeutique : 1 cp matin et soir en continu

Tableau 11 : Veinotoniques contenant des molécules d'origine végétale

Liste non exhaustive

Veinotoniques d'action locale			
Noms des médicaments	Composition	Propriétés des plantes	Posologie
RAP phyto ®	Marron d'Inde Gênet à balais Arnica montana	Veinotonique, soulage et tonifie les jambes, anti-douleur	2 fois par jour par massage, du bas vers le haut. Peut s'appliquer sur les collants
GINKOR Frais ®	Ginkgo biloba	Veinotonique	Au moins 2 fois par jour – matin et soir
CYCLO 3 crème ®	Petit Houx (rhizome) Mélilot (plante entière)	Veinotonique, antispasmodique, anti-inflammatoire, anticoagulant	2 à 4 applications par jour

Liste non exhaustive

Les veinotoniques d'action locale peuvent être utilisés sous forme de crème ou de gel. Ils permettent un soulagement immédiat de la sensation de jambes lourdes en stimulant la circulation veineuse et en s'opposant à la vasodilatation. Pour ressentir une sensation de fraîcheur supplémentaire, ils peuvent être stockés au réfrigérateur. Pour une action optimale, ils sont appliqués en massage du pied en remontant jusqu'au genou ou cuisse suivant les symptômes.

II.1.2.3. Les indications

La HAS (Haute Autorité de Santé) précise leurs indications : uniquement dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse chronique non grave, autrement dit en cas de lourdeurs et de douleurs de jambes, d'œdèmes.

Les recommandations concernant l'utilisation de cette classe médicamenteuse indiquent qu'il ne faut pas prescrire de veinotonique en cas de maladie variqueuse asymptomatique, ni associer plusieurs spécialités de cette même classe.

Ces médicaments apportent un confort réel et on conseille souvent des cures de 3 mois en continu (pas plus sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle à l'arrêt) ou même en cures de 20 jours par mois.

Ils ont une action uniquement sur les troubles fonctionnels de la maladie.

Il n'est pas démontré que les veinotoniques puissent avoir un effet prophylactique sur l'aggravation de l'IVC.

II.1.2.4. Efficacité des veinotoniques

Les plantes proposées pour soulager les symptômes de l'insuffisance veineuse (gonflement, douleur) sont le plus souvent choisies pour leur richesse en flavonoïdes. Elles peuvent être utilisées seules ou en association pour combiner leurs effets.

Néanmoins, depuis 2012, faute de preuves d'efficacité convaincantes, les autorités sanitaires européennes ont interdit aux compléments alimentaires contenant des flavonoïdes de prétendre participer à la santé du cœur et des vaisseaux sanguins. De plus, les compléments alimentaires contenant des catéchines (extraites du thé vert), des oligoproanthocyanidines (OPC) (extraites du pin maritime et d'autres plantes), de la rutine (extraite du ginkgo et d'autres plantes) ou de la diosmine (extraite des agrumes) ne peuvent pas prétendre contribuer à la circulation sanguine, ni prévenir l'insuffisance veineuse chronique. (22)

De plus, selon l'Agence européenne de sécurité des aliments, les compléments alimentaires contenant des extraits de pépins de raisin (*Vitis vinifera*) ne peuvent pas prétendre faciliter la circulation veineuse dans les jambes, réduire les gonflements des jambes, ni drainer les accumulations d'eau dans le corps.

Enfin, les produits contenant de la diosmine, de la troxérutine et de l'héspéridine ne peuvent pas prétendre maintenir le tonus veineux ou la perméabilité des capillaires veineux.

Les huiles extraites des poissons gras, riches en acides gras oméga-3, ont un effet anticoagulant et préviendraient la formation de caillots de sang. Elles sont parfois contenues dans des compléments alimentaires proposés pour soulager les problèmes liés à l'insuffisance veineuse. (23)

II.1.2.5. Les effets indésirables et contre-indications

Les veinotoniques sont une classe médicamenteuse bien tolérées. Certains effets indésirables sont observés : diarrhées, nausées, vomissements, céphalées, vertiges. (24) (25)

D'une manière générale, les personnes qui prennent des traitements anticoagulants ou qui vont subir une intervention chirurgicale doivent s'abstenir de prendre sans avis médical des plantes destinées à lutter contre l'insuffisance veineuse, du fait de leur tendance à fluidifier le sang.

Les veinotoniques sont à utiliser chez l'adulte.

Les gélules Elusane sont, à titre d'exemple, à déconseiller chez la femme enceinte et allaitante.

Le petit-houx ne doit pas être utilisé sans avis médical en cas d'hypertension artérielle, en raison de ses propriétés vasoconstrictrices.

La vigne rouge contient du resvératrol qui possède une activité proche des hormones de la famille des estrogènes. Son usage est déconseillé chez les femmes présentant des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein ou de l'utérus.

Les extraits de ginkgo sont déconseillés en cas d'épilepsie et aux femmes enceintes ou qui allaitent.

Le mélilot est déconseillé en cas de maladie du foie. (22)

II.1.2.6. Le déremboursement

En France, les veinotoniques ne sont plus remboursés par l'Assurance Maladie car le SMR (Service Médical Rendu) de ces produits a été jugé insuffisant. Un certain nombre de médicaments a été déremboursé ou a vu son taux de remboursement abaissé sur la période 2002-2011.

Sous l'effet du déremboursement des veinotoniques, les patients viennent aussi de plus en plus consulter directement leur pharmacien à l'officine. (19)

Service médical rendu (SMR) et taux de remboursement d'un médicament

Le taux de remboursement d'un médicament par l'Assurance maladie obligatoire dépend directement de son SMR qui est fixé par la Commission de la transparence de la HAS en fonction, d'une part, de la gravité de la pathologie traitée et, d'autre part, de données relatives au médicament (efficacité, effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique, existence d'alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique). Au cours des dernières années, le poids des critères qui entrent dans la définition des SMR a changé (Bouvenot, 2011). Initialement, le critère de gravité se traduisait pratiquement toujours par un SMR important. Le critère d'efficacité du médicament a maintenant de plus en plus d'importance au détriment du critère de la gravité qui est désormais en recul (un médicament destiné à traiter le cancer du pancréas et permettant un prolongement de la survie de 12 jours s'est vu récemment attribuer un SMR insuffisant). Le SMR est mesuré à un moment donné sans être figé pour tout le cycle de vie du médicament. Il peut en effet être

réévalué, notamment lorsque des données nouvelles sur lesquelles se fonde son appréciation sont produites, ou lorsque des alternatives plus efficaces apparaissent. Les médicaments peuvent alors être soumis à des changements de taux de prise en charge. C'est le ministère de la Santé qui prend la décision d'inscrire le médicament au remboursement, en théorie sur la base de l'avis de la Commission de la transparence et le SMR défini par cette dernière. C'est ensuite le rôle du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) de décider du niveau de prise en charge du remboursement. Aux quatre différents niveaux de SMR définis (majeur ou important, modéré, faible, insuffisant) correspondent donc différents niveaux de prise en charge par les régimes de base : 100 % pour les médicaments irremplaçables et coûteux, 65 % pour les niveaux de SMR majeur et important, 30 % SMR modéré et depuis 2010, un taux de remboursement à 15 % a été créé pour les médicaments à SMR faible.

Un taux de remboursement du médicament qui n'est pas toujours en adéquation avec son SMR

L'avis de la Commission de la transparence n'est que consultatif et les décisions du ministère suivent dans 99 % des cas l'avis de la Commission. Un SMR insuffisant ne signifie pas que le médicament concerné soit inefficace mais simplement que son intérêt thérapeutique relativement au progrès médical et à l'évolution des connaissances scientifiques n'est plus jugé suffisamment prioritaire pour justifier d'une prise en charge financière par la solidarité nationale. Selon l'article R-163-3 du code de la Sécurité sociale, un médicament à SMR insuffisant ne doit donc théoriquement pas être remboursé par les régimes de base de l'Assurance maladie. Dès lors que le médicament se voit attribuer un SMR insuffisant par la Commission de la transparence, le ministère de la Santé devrait le sortir de la liste des médicaments remboursables. Cependant, tous les déremboursements de médicaments à SMR insuffisant annoncés n'ont pas eu lieu. En mars 2011, sur les 486 présentations dont le SMR est insuffisant et qui sont toujours commercialisées, un peu moins de 76 % ont été effectivement déremboursées tandis que 24 % restent remboursées, principalement au taux de 15 %. Ce **taux de 15 %**, créé en **2006**, ne concernait à l'époque que la classe thérapeutique des **veinotoniques** jusqu'au 1er janvier 2008, date à laquelle ils ont été complètement déremboursés. Le taux à 15 % a ensuite été pérennisé pour d'autres classes thérapeutiques et est inscrit depuis 2010 dans le code de la Sécurité sociale.

Conséquences du déremboursement

Un tiers des patients consommateurs réguliers de veinotoniques a cessé de se faire prescrire des veinotoniques après la baisse du taux de remboursement, passé de 35 % à 15 % en mars 2006. Pour les patients qui ont continué à en consommer, la prescription moyenne a faiblement diminué (environ - 6 %) [Dumontaux et Pichetti, 2009].

Une étude réalisée en Italie après le déremboursement des veinotoniques suggère sur le long terme une augmentation des hospitalisations pour insuffisance veineuse (Allegra, 2003).

La stratégie de commercialisation des laboratoires pharmaceutiques est profondément modifiée par les changements des taux de remboursements. Certains médicaments sont en effet complètement retirés du marché tandis que d'autres sont transférés sur le marché de l'automédication. Des hausses de prix accompagnent également très souvent ce passage en automédication, ce qui n'est généralement pas sans conséquence sur le reste à charge des patients qui continuent de consommer ces médicaments. (26)

II.1.3. Aromathérapie et homéopathie

Les huiles essentielles (HE) peuvent être conseillées par le pharmacien. Dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse chronique, on les utilise en fonction des symptômes ressentis. (27)

Les principales HE phlébotoniques sont listés ci-après. Liste non exhaustive.

L'HE de **Cyprès** (*Cupressus sempervirens*) est un décongestionnant veineux et lymphatique. Elle peut être utilisée à raison de 3 gouttes mélangées à 5 gouttes d'huile végétale, en remontant de la cheville au genou. Massage des jambes matin et soir pendant 20 jours. Son utilisation ne doit pas être prolongée sans avis médical. Cette HE est contre-indiquée chez les personnes souffrant de cancers hormono-dépendants (ovaires, seins, prostate).

L'HE d'**Hélichryse Italienne** appelé aussi l'Immortelle (*Helichrysum italicum*), en plus d'être utilisée en cas de traumatisme et contusion, est parfois proposée en cas d'insuffisance veinolymphatique à raison de 3 gouttes diluées dans 20 gouttes d'huile végétale en massant les jambes le soir. Interactions possibles avec les anticoagulants oraux.

L'HE de **Lemongrass** ou Verveine des Indes (*Cymbopogon citratus*) est préconisé pour traiter les jambes lourdes et gonflées. Elle est vasodilatatrice et lutte contre les stases veineuses. 5 gouttes diluées dans une cuillère à café d'huile végétale, 2 fois par jour pendant 8 à 10 jours.

L'HE de **Lentisque pistachier** (*Pistacia lentiscus*) est un décongestionnant veineux et lymphatique. Elle traite les varices et les hémorroïdes. Mélanger 5 gouttes dans 20 gouttes d'huile végétale, matin et soir sur les zones concernées.

Précautions d'emploi des HE à prodiguer aux patients :

- Ne pas utiliser les HE chez l'enfant de moins de 7 ans, chez la femme enceinte ou allaitante, chez la personne allergique à l'un des composants, chez les asthmatiques ou chez le sujet épileptique, ou parfois en cas de troubles cardiaques (arythmies). (28)

En homéopathie, on utilise plusieurs souches pour soulager les symptômes des troubles fonctionnels de l'IVC. Les médicaments homéopathiques peuvent être associés aux autres traitements.

Hamamelis seul (4CH à 30CH) ou composé est utilisé dans les varicosités, les douleurs veineuses.

Cuprum metallicum (plusieurs dilutions) est employé dans les crampes dues à la maladie veineuse.

Arnica montana (plusieurs dilutions) est utilisé dans les ecchymoses, lourdeurs et douleurs des jambes. (29)

Pulsatilla (plusieurs dilutions) lorsque les jambes sont lourdes et marbrées ;

Zincum metallicum (plusieurs dilutions) pour soulager les sensations de tiraillement et les œdèmes ; Vipera (plusieurs dilutions) contre les œdèmes des jambes et l'inflammation.

Posologie : 5 granules de chaque 3 fois par jour.

Dès le 1er janvier 2020, les médicaments homéopathiques actuellement remboursés à 30% ne le seront plus qu'à 15%.

L'homéopathie ne sera plus remboursée par la Sécurité Sociale à partir de 2021.

Le 9 juillet 2019, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, a tranché et annoncé que les médicaments homéopathiques cesseraient d'être remboursés le 1er janvier 2021. Néanmoins, pour permettre aux patients, professionnels de santé et industriels de s'adapter à cette nouvelle donne, ces médicaments continueront à être remboursés en 2020, mais seulement à hauteur de 15 % (au lieu des 30 % actuels), avec le maintien de la TVA réduite propre aux produits remboursables (2,1 %).

La ministre de la Santé, Agnès BUZYN, avait à plusieurs reprises affirmé sa volonté de suivre l'avis de la HAS. (30) (31)

La qualité du conseil pharmaceutique est essentielle, puisque ces médicaments peuvent être dispensés directement à l'officine sans prescription et permettent de soulager les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse chronique

Le pharmacien joue un rôle important dès lors qu'une compression médicale est nécessaire, domaine en pleine croissance.

II.2. La compression médicale

La compression médicale est un traitement de prédilection.

C'est un traitement mécanique de la pathologie vasculaire, veineuse et lymphatique appliquant une pression active sur la jambe. Il est utilisé à des fins de prévention ou de traitement. Cette dernière est maximale à la cheville et dégressive en montant vers la cuisse, ce qui va favoriser le retour veineux ainsi qu'une meilleure oxygénation tissulaire.

Elle peut être conseillée notamment à titre préventif chez la femme enceinte, le travailleur exposé et les voyages avec de longs trajets en position assise.

La compression reste à ce jour un outil capital dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse chronique (IVC) et du lymphœdème. On l'utilise aussi dans la prévention de la

maladie thrombo-embolique veineuse (MTEv) et le traitement des thromboses veineuses profondes (TVP).

II.2.1. Contention et compression

La « contention » et la « compression » sont des termes souvent confondus. Ils ont des mécanismes d'action différents.

La contention est utilisée pour immobiliser et contenir. Le matériel est un dispositif inélastique, sans allongement. Les bandes utilisées permettent une compression passive, ce sont des bandes inélastiques. Elles sont utilisées dans la phase de réduction des lymphœdèmes.

Exemple de bandes (de contention) inélastiques : bandes type Médica 315 ® (100% coton et non remboursée).

La compression est la résultante d'une force exercée par un dispositif textile élastique de dimensions définies et est mis en extension sur un membre aux mesures connues.

II.2.2. Marché de la compression médicale

En France, le marché de la compression est en progression mais reste sous exploité :

- 18 M de personnes insuffisants veineux, 12 M de paires de bas délivrées
- En moyenne, environ 3 paires par an et par patient

SIGVARIS et INNOTHERA sont les 2 plus gros fournisseurs en France et représente respectivement 38 et 19% en termes de part de Marché en chiffre d'affaire ; suivies de THUASNE, BSN, GIBAUD, CIZETA, MEDI et autres.

II.2.3. La dégressivité de la compression

La compression dégressive est obligatoirement obtenue au tricotage. Le bas est tricoté avec une forme de façon que l'allongement des trames donnent le niveau de compression et la dégressivité voulus en évitant les strictions. L'article comprime le membre avec une compression graduée, forte à la cheville puis diminuant en remontant vers la cuisse.

II.2.4. Classes de compression et indications

Le déremboursement des veinotoniques, au 1er janvier 2008, n'a fait qu'accroître l'essor des dispositifs de compression veineuse. La HAS a d'ailleurs précisé que « la prise en charge des manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse fait appel en premier lieu au respect de règles hygiénodététiques et, éventuellement, à la contention élastique veineuse (c'est-à-dire au port de bas et chaussettes de contention) ». (32)

Il existe 4 classes de contention en fonction de la pression appliquée à la cheville (en mmHg) :

Classe 1	10 à 15 mmHg
Classe 2	15 à 20 mmHg
Classe 3	20 à 36 mmHg
Classe 4	> à 36 mmHg

- Classe I (10 à 15 mmHg) et ATE (bas anti-thrombose)

Insuffisance veineuse légère

Troubles fonctionnels : lourdeurs de jambes...

Varices débutantes

Prophylaxie de la thrombose veineuse

- Classe II (15 à 20 mmHg)

Cette classe représente **94% des prescriptions** de bas de compression

Insuffisance veineuse moyenne

Œdème vespéral

Varices > 3 mm

Grossesse et voyages

Après sclérothérapie ou chirurgie des varices

- Classe III (20 à 36 mmHg)

Insuffisance veineuse chronique stabilisée

Prévention du syndrome post-phlébitique

Œdème variqueux post-phlébitique

Troubles trophiques

Ulcères cicatrisés

- Classe IV (> 36 mmHg)

L'ulcère ouvert (non cicatrisé), le lymphoedème et les troubles trophiques graves

En fonction de la pathologie veineuse, on privilégiera une forme et une classe de contention. Dans la MTEv, on utilise souvent des bas de classe I en prévention. Il est préférable d'utiliser des chaussettes. On utilise la contention à tous les grades de risque dans la MTEv, seule ou en association avec le traitement médicamenteux.

En phase aiguë d'une TVP, la contention a pour but de s'opposer à la détérioration de la fonction valvulaire des veines. Ce sont les bandes à étirement moyen qui seront employé.

Un bas de classe III sera utilisé dans un second temps.

Suite à une TVP, le port d'une contention pendant 2 années diminuerait le risque de contracter un syndrome post-thrombotique.

En prévention de l'IVC, on utilise des bas de classe I et II. Lorsque les signes cutanés d'IVC apparaissent, on prodigue l'utilisation des bas de classe III.

Tout pharmacien doit savoir qu'une bande bien posée ou un bas bien adapté ont la même efficacité. De plus, la bande est utilisée en pathologie veineuse aiguë (cicatrisation d'un ulcère ou maîtrise d'une dermohypodermite) tandis que le bas en pathologie chronique.

Les bas de classe IV sont principalement utilisés dans la prise en charge des lymphoedèmes.

II.2.5. Les produits de contention (33)

Les produits de contention sont disponibles sous forme de :

Chaussettes (ou bas jarret), bas-cuisse, collants et hémi-collants. Il existe aussi :

- Des produits anti-thrombose destinés aux sujets alités et visant à diminuer le risque de thrombose profonde, en période post-opératoire,
- Des « collants maternité » dont la culotte est adaptée à la morphologie de la femme enceinte,
- Des bandes de contention légère (classes I et II)   forte (classe III et IV).



Figure 11 : Chaussettes, bas et collants de compression médicale

Les orthèses de compression		
	Description	Points + et -
Chaussette ou Bas jarret	Modèles pied ouvert ou fermé Talon renforcé anti-usure, zone élastique tricotée au genou permettant un maintien de la chaussette (�vite de glisser)	(+) Faciles à enfiler et pas trop chaudes Appréciés des hommes (-) risque de resserrement, voire de garrot au genou Peu adaptés à la mode féminine
Bas ou bas-cuisse	Les 2 jambes sont identiques Pas de bas droit ou gauche Bas-cuisse autofixant : bonne adhésion à la peau de la cuisse avec silicone à l'extrémité supérieure	(+) substitution aux chaussettes lorsque moins adaptés Plus frais que collants en saison chaude (-) la bande de silicone peut perdre de son adhérence après quelques jours (squames cutanées ou produits cosmétiques) : un lavage au savon permet de retrouver son adhérence
Collant	Constitué de 2 bas-jambes réunis pour former une culotte	(+) chaud en hiver, compression bilatérale, appréciés des femmes

		(-) chaud en été, peut être difficile à enfiler (personnes âgées, obèses, handicapées)
--	--	--

Tableau 12 : Les différents types d'orthèses de compression et les points positifs et négatifs

II.2.6. Composition et qualité des bas médicaux

Ils sont élaborés avec des fils plus ou moins élastiques eux-mêmes entourés de deux fils inélastiques dans le sens inverse. On obtient ainsi un fil dit guipé.

En fonction du textile, la contention utilisée est dite :

- A étirement faible (<70%)
- Moyen (70 à 140%)
- Ou fort (>140%)

Les bandes à étirement faible exercent une pression quasi-nulle en décubitus ; l'efficacité est observée que lors de la marche.

En ce qui concerne les bas et les bandes à étirement moyen ou fort, ils ont un effet compressif au repos.

Les industries spécialisées en contention confectionnent les bas de telles sortes qu'ils exercent une pression régulièrement dépressive en montant à partir de la cheville des patients.

C'est justement la pression en cheville qui va définir les classes de contention (classe 1 à classe 4).

Les bas médicaux comportent des fils élastiques et non élastiques :

Les fils élastiques : bonne adaptabilité et confort au porter

Les fils élastiques utilisés sont :

- la gomme naturelle (ou élastodiène) : opaque, se dégradant naturellement et sensible aux agressions chimiques, très grand allongement
- la gomme synthétique (ou élasthane) : existe en clear (translucide) ou opaque, peu sensible aux agressions (résiste bien aux traitements thermiques et à la teinture), « grand allongement » avec efficacité durable, appelé **LYCRA 310T 154C**.

Les fils textiles non élastiques sont :

- en **polyamide texturé** : souple, extensible, opaque
- en **polyamide plat** : plus transparent, non extensible
- en **polyamide Microfibre** : plus le brin unitaire est fin, plus le fil aura un toucher doux.

Le brin est $\leq 1 \mu\text{m}$

- **en coton** : fibre naturelle d'origine végétale, hydrophile, thermorégulateur, résiste moins à l'abrasion, plus les fibres sont longues, plus le coton sera résistant et doux
- **en viscose** : fibre chimique à base de cellulose, résiste à l'abrasion, hydrophile, doux, on a la viscose de cellulose de bois du hêtre et la viscose de bambou
- **soie** : fibre naturelle, hydrophile, doux, thermorégulateur
- **laine** : fibre naturelle, la plus hydrophile de toute et la matière la plus isolante

Il existe un référentiel textile avec « des exigences techniques », le cahier des charges techniques doit être respectée.

Les caractéristiques techniques principales sont :

- les « titres » de fils minimum, c'est-à-dire la masse linéique du fil pour obtenir le niveau de compression requis
- structure du bas médical du tricot : avec des fils de maille et des fils de trame. Avec des fils d'élastane tous les rangs ou tous les deux rangs. La maille permet l'extensibilité en longueur et la meilleure adaptabilité du produit fini (conditionne en partie l'observance) tandis que la trame est la pièce maîtresse pour établir le juste dosage de compression (elle est obligatoirement élastique). (32)

Les fils de trame sont obtenus par double guipage du fil élastique.

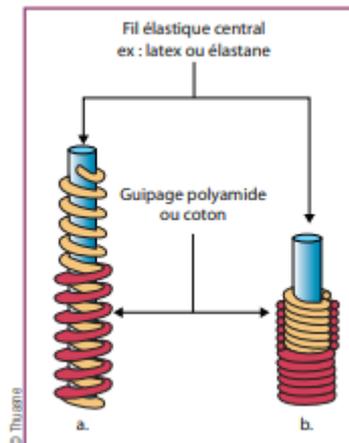


Figure 12 : Guipage (34)

Contrôle technique de conformité aux spécifications

La durabilité des bas doit être au minimum de six mois. Elle peut être contrôlée soit par un test de durabilité *in vivo*, soit par un test de vieillissement accéléré prédictif *in vitro* qui doit mettre en évidence une éventuelle dégradation du dispositif à l'usage, entraînant une altération de ses qualités thérapeutiques. Il consiste à vérifier la pression exercée par le dispositif avant et après une série de stress. Cet essai doit être réalisé avec le bas témoin de chaque classe de pression et la dégressivité ne doit pas excéder le pourcentage décrit.

Les produits doivent être testés afin d'être certifiés conformes et ainsi obtenir un remboursement. En France, c'est l'Association qualité sans but lucratif (ASQUAL), organisme indépendant, qui réalise la certification des produits sur demande du fabricant. L'ASQUAL confie à un laboratoire d'essais accrédité par le Comité français pour l'accréditation (COFRAC) la mission d'effectuer un audit et des tests, dont le but est notamment de vérifier que le niveau de compression revendiqué est bien respecté.

Les produits obtiennent ainsi une certification, puis un remboursement :

- 22,40 € pour les chaussettes ;
- 29,78 € pour les bas ;
- 42,03 € pour les collants

Les fabricants de compression ciblent de manière générale la fourchette haute de pression de la classe. Ainsi, la pression au niveau de la cheville sera de 14 mmHg pour la classe I, de 18 mmHg pour la classe II, etc. Il est quasiment impossible de respecter stricto sensu un niveau de pression. En effet, le simple fait de régler la machine, de changer d'opérateur ou de fibre, voire les conditions climatiques modifient la valeur. Cependant, l'externalisation des contrôles garantit que tout produit de compression remboursé corresponde au cahier des charges de la LPPR. (34)

II.2.7. Prescription de bas médicaux de compression

Les prescripteurs sont les médecins, kinés et sages-femmes (depuis 2006). Les infirmiers sont limités au droit de renouvellement à l'identique de l'ordonnance initiale.

La prescription initiale doit se faire sur une ordonnance indépendante (de celles comportant la prescription de produits). La quantité est libre à l'appréciation du prescripteur (arrêté de juillet 1997), 3 paires facilitent le port quotidien et l'observance du patient. A partir de 6 à 8 paires/an, des contrôles sont fortement recommandés (car excessive).

Délivrance d'un bas médical de compression

L'ordonnance doit comporter le nom du produit +/- la marque, le modèle (chaussette, bas, collant) la quantité, la classe thérapeutique +/- le renouvellement.

Concernant le renouvellement, il est possible si le produit est hors d'usage, irréparable ou inadapté au patient. Le délai de garantie d'efficacité thérapeutique est de 6 mois.

L'ordonnance peut donc être renouvelée tous les 6 mois.

Une nouvelle prescription est nécessaire en cas de changement de la morphologie ou de la classe thérapeutique.

II.2.7.1. Rôle du pharmacien d'officine

Prise de mesure

Idéalement, on prend les mesures le matin à l'officine pour éviter que les jambes soient enflées (œdèmes). On utilise un mètre ruban, le patient se tenant de préférence en position debout, sans chaussures. On considère :

- La circonférence de la **cheville** à 2 cm (deux travers de doigts) au-dessus de la malléole, à la partie la plus fine
- La circonférence du **mollet** à l'endroit où il est le plus fort
- La circonférence de la **cuisse** au point le plus fort
- La hauteur du sol jusqu'à deux travers de doigts sous le pli du genou pour la chaussette (elle ne doit pas comprimer le creux poplité) ou sous le pli fessier pour les bas, et du sol jusqu'à l'entre-jambe pour les collants
- La pointure.



Figure 13 : Prise de mesure à l'officine par le pharmacien (13)

Les mesures sont à effectuer sur les 2 jambes.

Si chaussettes pour le patient, on considère le périmètre le plus grand des 2 chevilles.

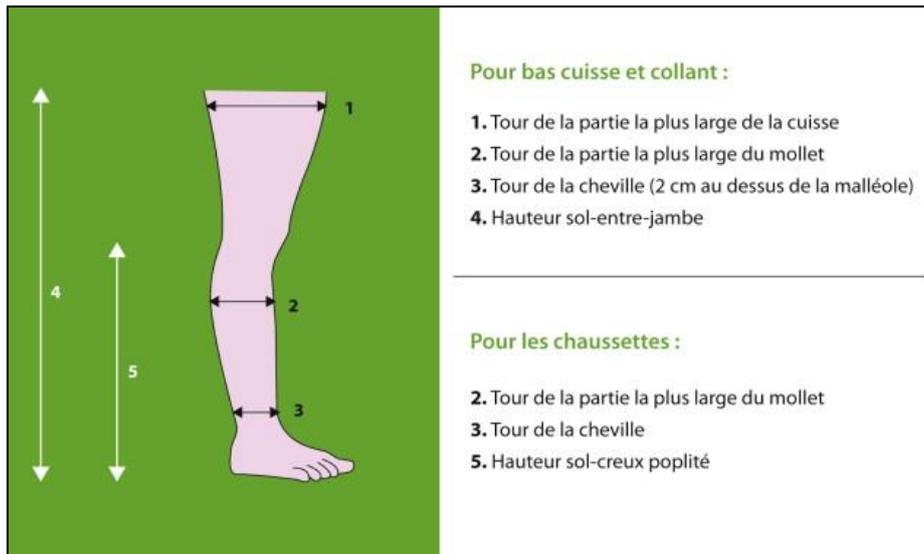


Figure 14 : Prise de mesure des bas médicaux (35)

Ensuite, il faut se référer au tableau de taille des documents du fabricant : SIGVARIS, INNOTHERA, THUASNE, RADIANTE qui sont les plus utilisés en officine.

Le sur-mesure est parfois nécessaire, notamment quand la circonférence de la cheville est très importante par rapport au reste de la jambe. Une même personne peut aussi avoir une jambe plus insuffisante que l'autre, ce qui conduit à dispenser une paire adaptée pour les deux jambes.

L'essayage du produit est indispensable pour donner des conseils d'enfilage et d'entretien.

Mise en place des bas médicaux

Elle s'effectue assis sur un siège, sur des jambes bien sèches, les ongles des pieds étant bien coupés.

Le produit s'enfile progressivement, sans trop tirer, en positionnant en premier le talon, puis le haut de la chaussette, il ne doit pas se retourner (risque de garrot).

La contention se met en place le matin au lever, après la douche, au moment de l'habillage. Il n'est pas nécessaire de la conserver la nuit du fait de la position allongée.

Par ailleurs, le port en saison chaude pose moins de problème qu'avant puisque les nouveaux produits sur le marché allient confort, légèreté, pouvoir détranspirant et esthétique.

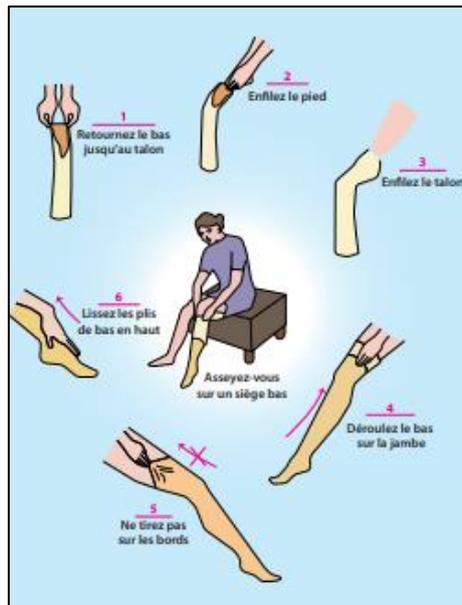


Figure 15 : Conseils d'enfilage des bas médicaux (36)

Les conseils d'entretien

L'entretien quotidien du produit permet de conserver son niveau de compression et prolonge sa durée de vie.

Le lavage se réalise à froid à la main ou en machine à 30°C avec une lessive sans assouplissant, bas à l'envers.

Pour le séchage, il convient de le mettre sur un support plat, loin de toute source de chaleur (éviter plein-soleil, sèche-linge, radiateurs) pour ne pas dégrader l'élastane.

La bande auto-fixante des bas doit être nettoyée avec du coton et de l'alcool.

On évite l'utilisation de corps gras. La paraffine dégrade l'élastane (efficacité du produit alors diminuée).

Règles hygiéno-diététiques à prodiguer à nos patients

- Avoir de bonnes postures : proscrire le piétinement autant que possible, surélever les pieds du lit (au moins 10 à 15 cm). La station debout et la position assise prolongées sont néfastes pour les veines (faire des flexions de la cheville en surélevant les pieds).

Un contact complet de la voûte plantaire avec le sol est nécessaire au bon retour veineux, si l'appui est incomplet on conseille au patient de consulter un podologue.

- Eviter l'exposition des jambes à la chaleur : proscrire l'exposition directe au soleil, ne pas prendre de bains trop chauds, ni sauna et hammam. Avant de sortir de la douche, terminer par des jets d'eau froids des pieds en remontant aux cuisses.

- Porter des chaussures et des vêtements adaptés : éviter les vêtements trop serrés, opter pour des chaussures confortables de bonnes qualités (sans talon)

- Avoir une alimentation équilibrée : lutter contre le surpoids, limiter les aliments qui favorisent la congestion des veines (alcool, café, tabac, épices, thé), privilégier les fruits, légumes et huiles végétales riches en vitamine A, C et E.

- Pratiquer une activité physique adéquate : marcher 30 minutes par jour, prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, certains sports sont recommandés (natation, vélo) alors que d'autres perturbent la circulation sanguine (équitation, ski alpin, tennis)

L'accompagnement des patients :

- La dispensation

Avant la délivrance de contention, il faut effectuer une démonstration de l'enfilage et du retrait des chaussettes, bas ou collants.

On peut proposer à nos patients des dispositifs pour la mise en place comme les enfile-bas ou les Rolly® (enfile-bas souple remplie d'eau savonneuse).

Il est important de faire manipuler et essayer les produits.

Il convient de présenter la variété de textures et de coloris, l'esthétisme et le confort pour orienter les patients. Les différentes matières ont leurs caractéristiques : la laine permet plus de chaleur, le coton et le bambou pour le confort.

Pour limiter l'apparition des symptômes, le port doit être conseillé lors de périodes à risque : grossesse, chaleur, voyage en avion.

- La grossesse

Le risque de thrombose veineuse augmente pendant la grossesse. La phlébite (formation de caillot dans une veine profonde) est une complication majeure chez la femme enceinte. En effet, cette dernière peut être à l'origine d'une embolie pulmonaire (migration de ce caillot jusqu'à l'artère pulmonaire). C'est pourquoi les bas de contention doivent être portés dès le début de la grossesse et jusqu'à 12 semaines après l'accouchement (et jusqu'à 6 mois après une césarienne). De plus, des anticoagulants en injectable seront prescrits aux femmes enceintes présentant des risques particuliers : antécédents de phlébite, tabac, obésité.

- Les voyages

Le pharmacien d'officine doit conseiller ses patients concernant les départs en vacances.

Plusieurs conseils sont à donner :

- Lutter contre la déshydratation. Consommer 1,5 à 2 litres d'eau la veille et le jour du vol.
- Porter des vêtements confortables/larges
- Porter sa contention médicale pour éviter les œdèmes
- Une cure de veinotonique peut être conseillée 1 mois avant le départ

Le rôle du pharmacien d'officine est de sensibiliser ses patients vis-à-vis des complications de l'insuffisance veineuse. On doit engager nos patients à se faire prescrire des bas de compression, mais aussi les conseiller sur l'usage des veinotoniques.

L'observance thérapeutique :

Le pharmacien d'officine doit éduquer son patient, favoriser et encourager le port des bas médicaux.

Les défauts d'observance sont liés à un manque de motivation ou de compréhension de l'intérêt de la contention, ou encore à un inconfort ressenti en raison d'une mauvaise prise de mesures ou liées à la facilité d'enfilage.

II.2.7.2. Contre-indications et précautions d'emploi des bas de compression

Selon la fiche de bon usage de la HAS :

Les contre-indications à la contention veineuse :

- Artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (AOMI) avec indice de pression systolique (IPS) <0.6
- Les micro-angiopathies diabétiques évoluées (pour une compression > à 30 mmHg)
- Phlegmatia coerulea dolens = « phlébite bleue » (Thrombose veineuse profonde + ischémie d'origine artérielle)
- Thrombose septique (liée à une infection)

Les précautions d'emploi :

- En cas d'AOMI avec un IPS compris entre 0,6 et 0,9
- Neuropathie périphérique évoluée
- Dermatose suintante
- Intolérance aux fibres utilisées

AOMI : « artérite des membres inférieurs », c'est le rétrécissement ou l'occlusion d'une artère au niveau de la cuisse ou de la jambe. L'ischémie peut être brutale ou chronique. La compression accentuerait l'insuffisance artérielle. Le niveau de sévérité est jugé sur l'IPS.

L'IPS est le rapport des pressions systoliques mesurées entre le bras et la cheville. La valeur normale se situe entre 0,90 et 1,30. Si IPS <0,6 : contre-indication absolue.

Les micro-angiopathies diabétiques : petites lésions vasculaires (artérioles et capillaires)

La « phlébite bleue » : survenue souvent brutale, douleur très intense, œdème de teinte cyanosée (bleuâtre) avec peau froide, état général altéré pouvant aller jusqu'à la gangrène ou la mort.

II.2.8. Les bandes de compression

II.2.8.1. Les différents types de bandes élastiques

Les bandes de compression sont élastiques.

Il existe des bandes types Dupraflex® multi-étalonnée (Sigvaris) et Biflex® (Thuasne).

Elles sont dites faibles lorsque les bandes équivalent une classe 1-2 ;

Elles sont dites fortes lorsque les bandes équivalent une classe 3-4.

- Il existe 2 largeurs : 8 cm (pour le membre supérieur) et 10 cm (pour le membre inférieur).
- 5 longueurs :

- 3 m pour la demi jambe et l'avant-bras
- 3,5 m demi jambe + genou
- 4 m, 5 m : jambe complète et bras complet

Ces bandes sont remboursées. La pose se fait par étalonnage pour l'efficacité de la compression. Selon un rapport de la HAS, l'inconvénient de ces bandes est que son efficacité est dépendant de l'opérateur, c'est-à-dire du professionnel chargé de la mise en place du dispositif.

Selon un rapport de la HAS en 2010, les bandes de compression sont « d'une façon générale, réservées aux situations particulières ou aiguës : eczéma, œdème, dysmorphie, prise en charge hospitalière ».

II.2.8.2. Rôle du pharmacien d'officine

Les bandes de compression sont utilisées lors des complications : œdème et troubles trophiques.

Après démonstration et mise en place par le praticien ou l'infirmier, la bande peut être posée par le malade lui-même par-dessus le pansement.

Pour faciliter leur pose, des bandes pré-étalonnées existent et comportent des repères : rectangulaires en l'absence d'étirement, deviennent carrés lorsque l'étirement désiré est atteint.

L'effet thérapeutique dépend de la pose de la bande. Bien posée, les troubles veino-lymphatiques seront améliorés et elle sera bien supportée.

Pour conclure, le pharmacien d'officine doit bien insister sur le fait que les traitements compressifs sont irremplaçables et que les différentes études prouvent l'efficacité de ces traitements par bas médicaux dans la prise en charge des affections veineuses.

II.2.9. Rôle du pharmacien dans la matériovigilance

Le pharmacien se doit de participer à la matériovigilance des bas de compression en effectuant les déclarations des événements indésirables qu'il constate ou qui sont portés à sa connaissance par les patients. La compression est un dispositif médical et toute la réglementation relative à ces produits lui est applicable. La matériovigilance est définie à l'article R. 665-48 du Code de la santé publique et trouve son origine dans les directives européennes relatives aux dispositifs médicaux. Elle a pour objectif de connaître, pour le réduire, le risque pour la santé de l'utilisation des dispositifs médicaux. Elle se base sur le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques d'incidents liés à l'utilisation du dispositif médical. (37) Ces informations, qui sont ensuite évaluées et exploitées, peuvent être à l'origine de mesures correctives ou préventives, qui peuvent aller de la demande d'information au retrait du produit, en passant par des études d'évaluation de type plan de gestion des risques. La matériovigilance est organisée au niveau national et local par des correspondants locaux de matériovigilance. Son objet est d'organiser le recueil des déclarations qui peuvent être faites aussi bien par le patient, le médecin que le pharmacien.

Ces déclarations concernent les effets indésirables liés à l'utilisation du bas de compression médicale, mais non ceux liés à ses qualités intrinsèques. Une réaction allergique sera ainsi déclarée, mais non pas le fait que le bas comportait un défaut dans son tissage. Elles peuvent être effectuées soit directement sur le site de l'ANSM, soit auprès du correspondant local de matériovigilance, soit encore auprès de l'industriel qui commercialise le produit. La matériovigilance des bas de compression élastique fait essentiellement apparaître, à ce jour, des phénomènes allergiques, en particulier au niveau des bandes autofixantes des bas-cuisses, et des utilisations incorrectes liées notamment à un mauvais enfilage. Il est important de veiller tout particulièrement à respecter la contre-indication concernant l'AOMI : l'utilisation d'un dispositif de compression dans ce contexte peut être à l'origine d'une nécrose tissulaire, surtout chez le sujet diabétique dont la sensibilité périphérique est diminuée. L'une des sources d'effets indésirables est le manque d'attention portée aux patients dans le cadre de l'évolution d'une maladie chronique. En effet, certaines personnes portent une compression élastique durant des années dans le cadre de leur insuffisance veineuse. Une réévaluation doit être réalisée régulièrement. (36)

II.3. Les conseils hygiéno-diététiques

II.3.1. En prévention : mouvements et posture

Le pharmacien d'officine a un rôle primordial en prévention. Les conseils hygiéno-diététiques qui doivent être promulgués par le pharmacien sont :

- Eviter la station debout prolongée ainsi que le piétinement :

L'orthostatisme prolongé est défavorable au retour veineux.

Certaines professions imposent une station debout. Le pharmacien doit conseiller à ces personnes de pratiquer des exercices simples tels que la contraction/décontraction des muscles des jambes et ainsi activer la pompe veino-musculaire (retour veineux), et de se prendre des moments de repos pour marcher ou pour s'asseoir en surélevant les jambes.

- Surélever les jambes :

Pour un bon drainage, il est conseillé d'utiliser la déclivité. En effet, l'insuffisant veineux doit saisir chaque instant pour se reposer les jambes. Surélever les pieds du bas lit de 10 à 20 cm (obtenir un angle de 10°) est une position efficace pendant la nuit pour réduire la stase veineuse. Les patients peuvent aussi se reposer jambes surélevées pour regarder la télévision ou lire un livre.

Le drainage lymphatique manuel par les kinésithérapeutes est également conseillé et est efficace contre les douleurs veineuses.

- Eviter la position assise prolongée

Cette position provoque la stagnation du sang dans les jambes. La sédentarité est un facteur aggravant de l'insuffisance veineuse tandis que le mouvement régulier est bénéfique sur les réseaux veineux superficiels et profonds.

Lors des voyages, la compression médicale est indispensable. Selon la HAS, l'avion est source de stase veineuse par la position assise ainsi que de déshydratation, d'où la recommandation de porter des bas de compression et de bien s'hydrater (boire beaucoup). L'OMS souligne qu'à partir de 4 heures consécutives de vols, il existe un risque de phlébite (thrombose veineuse) et d'embolie pulmonaire. Cela étant valable que ce soit en voiture, en bus, en train ou en avion si on ne marche pas.

II.3.2. Température

- Eviter la chaleur

Toute source de chaleur peut s'avérer néfaste pour la circulation veineuse des membres inférieurs. C'est pourquoi, les expositions prolongées au soleil, les bains chauds, mais encore l'épilation à la cire chaude majorent la stase veineuse et doivent être évités. La survenue de télangiectasies est donc favorisée par la chaleur.

Le chauffage par le sol est fortement déconseillé ; mais au cas où il y a un chauffage par le sol, on conseille de poser un tapis ou une moquette et de marcher avec des semelles épaisses.

Les bains chauds sont déconseillés pour les personnes présentant des signes d'IVC afin d'éviter les complications. De même, les saunas ne sont pas conseillés puisqu'il existe des risques chez les insuffisants veineux, d'autant plus si certaines règles ne sont pas respectées. Le conseil pharmaceutique doit être le suivant : en cas de sauna chez le variqueux, il faut des douches froides sur les jambes avant d'entrer dans la cabine, s'allonger en évitant de s'asseoir, y rester 5 minutes au maximum et s'immerger dans un bac d'eau froide dès la sortie.

L'épilation à la cire n'est possible que si la cire est froide. Le rasage et la crème dépilatoire sont autorisés. La cire chaude est à proscrire.

Les expositions solaires peuvent entraîner des coups de soleil provoquant l'apparition de télangiectasies ou de varicosités voire des complications pour les stades plus avancés. Il est préférable de marcher au bord de la mer et ainsi ajouter des effets de fraîcheur aux jambes.

- Privilégier le froid

Les douches fraîches sur les jambes exercent un effet anti-inflammatoire et permettent de diminuer certains symptômes (lourdeurs, crampes et démangeaisons). Le pharmacien conseille donc de faire des douches froides en remontant des chevilles jusqu'aux cuisses pour décongestionner les jambes chaudes et enflées en fin de journée.

Les compresses d'eau glacée pour un usage externe permettent de calmer les douleurs en diminuant les œdèmes. La glace, particulièrement utilisée en cas de contusions ou entorses, est indiquée dans la prévention de l'IVC (même si moins pratique que les compresses d'eau glacées).

II.3.3. Activités physiques et loisirs

Les activités appropriées sont les sports de fonds comme la marche à pied, le cyclisme, la natation. Ils améliorent le retour veineux :

- La marche : 45 minutes ou 1 heure de marche préconisée. La marche a une influence positive sur les mécanismes de retour veineux.
- La natation : l'eau est plus dense que l'air. Lors de cette activité, l'eau exerce une pression sur les veines favorisant le retour veineux surtout lors des battements de jambes.
- Le cyclisme (38)

II.3.4. Les activités défavorables

Le port de charges lourdes est un facteur de risque dans l'apparition ou l'aggravation des symptômes de la maladie veineuse.

La pratique de certains sports provoque une hyperpression brutale sur les valvules, à savoir l'haltérophilie, le squash, le tennis ou encore le canoë-kayak. Ces sports à efforts intenses et brefs sont à éviter.

Certaines professions peuvent induire plus de risque d'IVC telles que cuisinier, coiffeur, chauffeur, hôtesse de caisse, personnel soignant ou administratif... (39)

II.3.5. Les choix vestimentaires

Le port de vêtements serrés au niveau abdominal ou des membres inférieurs est déconseillé.

Les strictions vestimentaires, ceintures, pantalons serrés à la taille, corsets, bottes serrées, contribuent au développement des varices.

Il convient de porter des vêtements amples, adaptés à la température ambiante.

Le choix des chaussures : elles doivent être confortables et respecter l'anatomie des pieds. Le pharmacien conseille le port de semelle orthopédique pour les pieds plats ou creux. Le talon des chaussures doit mesurer 3 à 5 cm environ. En effet, les talons trop bas affaiblissent la voûte plantaire ; et trop hauts, ils diminuent le fonctionnement normal de la pompe musculaire.

II.3.6. La nutrition

Le pharmacien doit conseiller son patient sur l'importance de la nutrition.

Boire 1,5 L d'eau par jour en privilégiant l'eau richement minéralisée (Contrex, Hepar...) pour lutter contre la constipation et la surcharge pondérale.

Les choix alimentaires ont un impact considérable sur la qualité de vie du patient. Le pharmacien a pour rôle d'orienter son patient vers un régime riche en fibres et en vitamines. Il faut limiter les graisses saturées.

La vitamine E possède des propriétés tonifiantes pour les veines. Elle est présente dans les germes de blé, les amandes et noix, la laitue, les asperges.

La vitamine PP a une action anti-oedémateuse et réduit la perméabilité capillaire. Elle est retrouvée dans la levure de bière, les fruits rouges : myrtilles, cassis, mures.

La vitamine C a des propriétés anti-oxydantes. On la retrouve dans les agrumes, les tomates, les épinards...

Le sélénium est un oligoélément ayant une propriété antioxydante. Il est retrouvé dans les céréales complètes ou encore dans les poissons.

Le pharmacien doit déconseiller les épices (poivre, paprika...) qui favorisent l'inflammation au niveau des veines, et doit conseiller le curcuma, l'ail, l'oignon, la ciboulette ou le romarin qui tonifient les veines grâce aux flavonoïdes qu'ils contiennent.

Vigilance également avec le vin blanc qui favorise la lourdeur des jambes.

II.3.7. Les voyages en avion

Il doit être conseillé au voyageur de :

- Boire 1 litre d'eau la veille et le jour du vol (car la déshydratation est responsable d'hypercoagulabilité) ;
- Privilégier le port de vêtements larges ;
- Marcher ou effectuer des mouvements de chevilles pendant au moins cinq minutes toutes les trois heures pendant le voyage ;
- Porter une contention médicale s'il a tendance à présenter un œdème au cours d'une station assise prolongée ;
- Faire une cure préventive de veinotonique un mois avant le départ.

II.4. Création d'une fiche pour l'équipe officinale

Le but est l'élaboration d'une fiche à l'intention des équipes officinales pour leur permettre de mieux conseiller leurs patients.

Cet outil d'aide au pharmacien d'officine et aux préparateurs se présente sous la forme d'une fiche en format A4, en **ANNEXE 1**.

C'est un document d'aide à la compréhension de la maladie et à la dispensation des thérapeutiques de l'IVC.

II.5. Traitements invasifs de l'insuffisance veineuse chronique

Les indications et le choix des traitements de l'IVC doivent être posés par un phlébologue. Le pharmacien d'officine doit connaître quelques notions des traitements invasifs pour mieux orienter et conseiller les patients.

II.5.1. La sclérothérapie des varices

La sclérothérapie est un traitement des varices consistant à injecter une substance lésant l'endothélium veineux, pour obtenir progressivement la destruction de la paroi veineuse par fibrose.

AETOXISCLEROL solution injectable, TROMBOVAR solution injectable sont deux des sclérosants veineux utilisés par les médecins angiologues et les chirurgiens. Ces deux spécialités sont employés dans les scléroses des varices.

Le recours à la sclérothérapie a pour principe la suppression des reflux et des réseaux veineux superficiels pathologiques, en commençant par les points de chute les plus hauts situés.

La sclérothérapie se réalise après un bilan clinique, échographique et hémodynamique complet (cartographie veineuse). La principale contre-indication de la sclérothérapie à la mousse est l'existence d'un foramen ovale perméable (FOP) connu et symptomatique. Les effets indésirables graves décrits sont rares : embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde, accidents neurologiques.

II.5.2. Techniques chirurgicales de l'insuffisance veineuse superficielle

On distingue :

- les techniques conservatrices dont le principe est de modifier l'hémodynamique veineuse en laissant la veine en place, des techniques chirurgicales d'exérèse qui suppriment le réseau veineux pathologique. Ces 20 dernières années, différentes techniques chirurgicales ont été développées.

Les techniques conservatrices sont principalement :

- la cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire (CHIVA)
- la crossectomie, ou ligature simple des saphènes sous anesthésie locale.

Les techniques chirurgicales d'exérèse sont : le stripping ou éveinage de la veine, ou la phlébectomie (décrite par Muller, qui effectue plusieurs petites incisions dans l'axe de la varice, qui est ensuite extraite à l'aide de crochets).

Une contre-indication absolue aux traitements chirurgicaux des varices est retenue : le syndrome obstructif veineux profond.

II.6. Eaux thermales/Crénothérapie

Il existe en France des cures thermales spécialisées en phlébologie. Les principales techniques de soins utilisées sont hydrologiques : bains à eaux tièdes et fraîches, massages sous l'eau, drainages lymphatiques et cures de boissons.

La durée de la cure est habituellement de 21 jours. Elle nécessite une entente préalable avec les organismes de santé.

II.7. L'éducation thérapeutique

Références (40), (41), (42), (43), (44), (45)

II.7.1. Le pharmacien d'officine et l'accompagnement du patient insuffisant veineux

Depuis la parution au Journal Officiel de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi H.P.S.T.) en 2009, le pharmacien doit, selon le Code de la Santé Publique, « contribuer aux soins de premier recours », « participer à la coopération entre professionnels de santé », « participer à la mission de service public de la permanence des soins », « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients (...) » (40)

Le pharmacien d'officine est un acteur pivot dans le parcours de soins du patient insuffisant veineux. Le pharmacien, professionnel de premier recours, doit expliquer au patient l'intérêt et le fonctionnement de son bas de compression médical, les techniques de pose les mieux adaptées, l'entretien des bas. Le pharmacien doit également pouvoir rassembler et comparer les ordonnances pour évaluer les changements de médicaments ou de posologies, et de réaliser si besoin une conciliation médicamenteuse, surtout si le patient sort de l'hôpital. Le pharmacien est le mieux placé pour détecter et analyser les interactions médicamenteuses et dispose des outils comme le Dossier Pharmaceutique (DP) ou le Dossier Médical Partagé (DMP) dont l'usage se développe de plus en plus. (41)

II.7.2. Rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique

II.7.2.1. Education thérapeutique : définition et finalités

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en 1998 : « *Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » (42)

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité ses recommandations (43).

Les finalités de l'ETP sont :

- acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins (réaliser des gestes techniques de soins, soulager les symptômes, adapter des doses de médicaments, ...). Dans le cas de l'IVC, cela peut être de montrer les techniques de pose des bas, de proposer des veinotoniques en complément de son traitement, ...

- mobilisation ou acquisition des compétences d'adaptation (se connaître soi-même, avoir confiance en soi, savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, ...). Dans le cas de l'IVC, cela peut être de réagir avant les complications de la maladie veineuse.

II.7.2.2. Mise en place de l'éducation thérapeutique

Une éducation thérapeutique peut être proposée au patient dès lors que la maladie chronique est diagnostiquée. Le but est de coordonner les professionnels de santé pour l'éducation thérapeutique.

Le programme d'ETP doit être mis en place par deux professionnels de santé différents (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, diététicien, ...), « coordonné par un médecin, un professionnel de santé ou un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée. Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un des deux professionnels de santé est un médecin ».

Le pharmacien d'officine désirant coordonner ou participer à un programme d'ETP doit suivre des enseignements théoriques et pratiques (40 heures minimum) en ETP.

La mise en œuvre de l'ETP a lieu en 4 étapes et est représentée dans la figure 16.

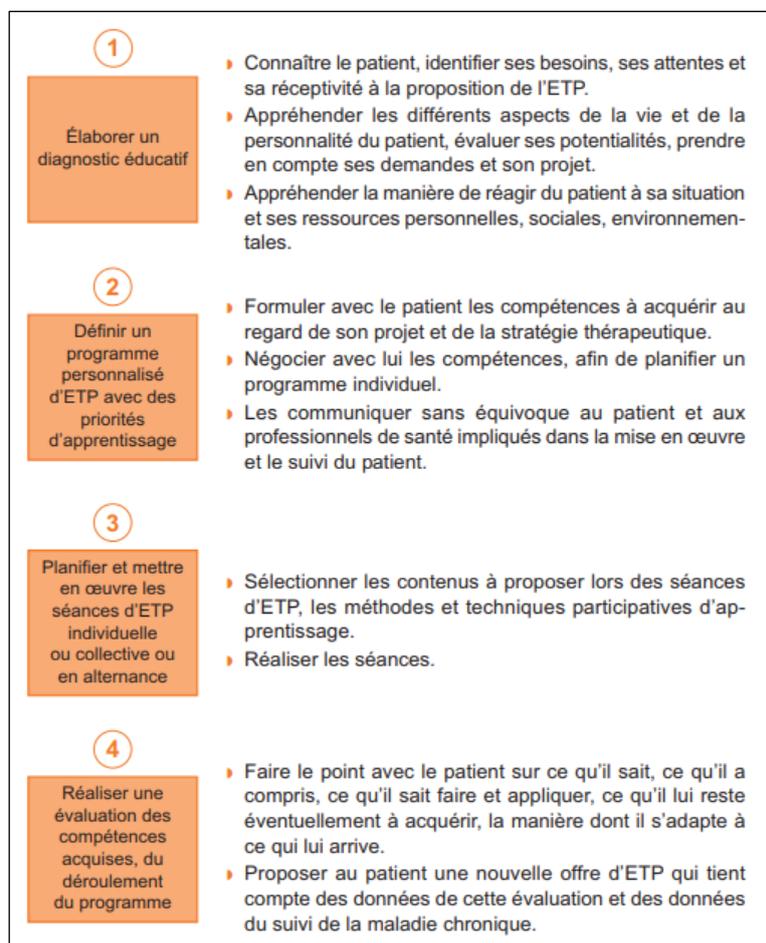


Figure 16 : Mise en œuvre de l'ETP. Source : (44)

L'Agence Régionale de Santé (ARS) qui autorise un programme d'ETP après réception du dossier de demande complet (projet qui doit répondre à un cahier des charges strict sur une maladie chronique par rapport à un problème de santé définie comme prioritaire). L'autorisation est valable pendant 4 ans. Chaque année une évaluation est réalisée par l'équipe du programme pour améliorer celui-ci (figure 2). Au bout de 4 ans, le coordonnateur rédige une évaluation pour obtenir un renouvellement du programme qui devra être actualisé. (44)

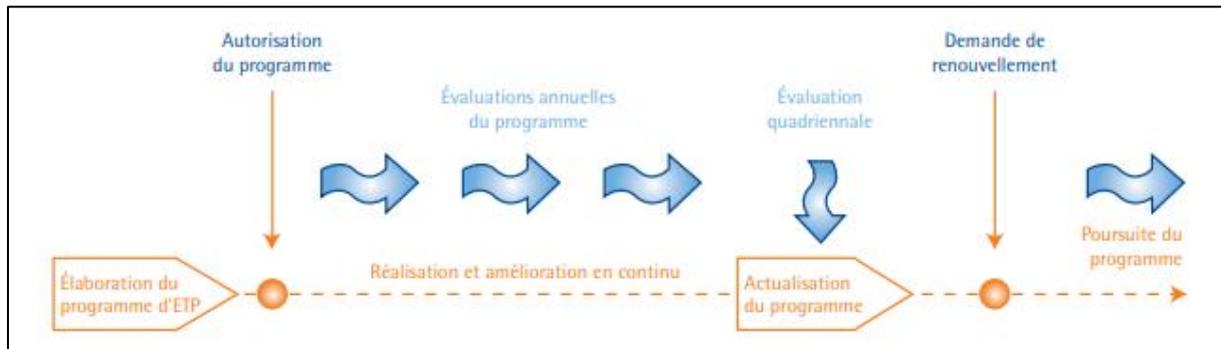


Figure 17 : Les évaluations d'un programme d'ETP (44)

II.7.2.3. Education thérapeutique du patient insuffisant veineux à l'officine

Le pharmacien d'officine peut avoir une posture éducative avec son patient sans forcément participer à des programmes d'ETP, être à l'écoute et communiquer avec son patient pour résoudre des problèmes d'observance.

Un programme d'ETP a été mis en place dans une station thermale spécialisée en phlébologie pour les patients atteints d'IVC (45) et publié dans le Journal des Maladies Vasculaires en 2008 au *Centre de recherche universitaire de La Léchère (CRULL), université Joseph-Fourier de Grenoble, 73260 La Léchère, France.*

« L'insuffisance veineuse chronique est une maladie fréquente et invalidante, qui représente aussi un important fardeau socioéconomique pour les pays industrialisés. Étant donné qu'il s'agit d'une maladie chronique le plus souvent sans traitement curatif, les moyens de prévention et d'éducation sont particulièrement adaptés. Bien que les recommandations des autorités sanitaires insistent sur l'intérêt de l'éducation des patients atteints de maladies chroniques, il n'y a pas de trace dans la littérature d'un programme d'éducation structuré proposé aux patients atteints d'insuffisance veineuse chronique, contrairement à d'autres pathologies, comme le diabète, l'asthme ou les lombalgies chroniques.

Un programme de ce type a été développé à la station thermale de La Léchère (Savoie), qui est spécialisée dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse chronique. Il est proposé aux curistes volontaires et organisé par une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, pharmaciens). L'objectif est l'amélioration des connaissances des patients concernant leur pathologie, de manière à les aider à adopter un style de vie adapté et à améliorer la compliance aux traitements contraignants, comme la contention. Cinq thèmes sont actuellement développés dans des ateliers interactifs en petits groupes utilisant la technique pédagogique de la résolution de problèmes : « Anatomie et physiologie de l'appareil circulatoire », « Les maladies veineuses », « Les traitements veineux », « Aspects pratiques

de la vie quotidienne avec la contention », et « Les anticoagulants ». La comparaison des évaluations pré- et post-enseignement réalisée chez 149 sujets non sélectionnés a montré une amélioration des connaissances à court terme variant avec une augmentation de 25 à 40 % du taux de bonnes réponses selon les thèmes. Une évaluation à huit mois de la compliance à la contention élastique chez 45 sujets montre également une amélioration significative. Enfin, un essai randomisé des effets de la cure thermique incluant le programme d'éducation chez 59 sujets a montré une efficacité sur les troubles trophiques cutanés et la qualité de vie des sujets. »

III. Enquête auprès des patients et enquête auprès des médecins vasculaires

Afin de confronter les recommandations à la réalité de la prise en charge, deux études ont été réalisées.

Etude 1 : Etude observationnelle

La première étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance que les patients ont sur leurs pathologies et leurs traitements et également le rapport que les patients ont vis-à-vis de la compression médicale (évaluer l'observance). Le rôle du pharmacien d'officine était aussi l'objet de cette étude en amenant la question vers l'Education Thérapeutique du Patient.

Items développés :

- Caractéristiques de la population atteints d'IVC
- Connaissance du patient de sa pathologie
- Prise en charge actuelle
- Appréhension et observance du patient

Etude 2 :

La seconde étude, destinée aux médecins spécialistes angiologues, s'est intéressée à la vision que ces spécialistes ont de la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients atteints d'IVC. Cette étude a aussi pour intérêt l'instauration d'un programme d'ETP pouvant servir de base pour un travail en pluridisciplinarité avec les différents professionnels (médecins, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens...) en vue d'améliorer la prise en charge des patients ayant des affections veineuses.

III.1. Enquête auprès des patients insuffisants veineux

III.1.1. Méthodologie

III.1.1.1. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée sur 4 mois, d'octobre 2018 à janvier 2019. Le « questionnaire PATIENT » a été distribué dans des pharmacies de Limoges et dans un cabinet médical de spécialistes en angiologie/phlébologie à Châteauroux.

III.1.1.2. Nombre d'inclusion

Avant l'instauration de l'enquête, on avait estimé le nombre de réponses à 50. Il semblait difficile d'avoir plus de réponses puisque chaque patient ne répondrait pas au questionnaire et que pharmaciens et médecins ne trouveraient pas le temps nécessaire pour demander la participation des patients.

A la fin de l'enquête, 80 réponses ont été obtenues. Les médecins du cabinet médical ont largement contribué à la réalisation de l'enquête pour obtenir un maximum de réponses.

III.1.1.3. Création et présentation du questionnaire

Un questionnaire anonyme a été élaboré dans le but d'étudier de façon approfondie les attentes des patients concernant leurs pathologies veineuses et sa prise en charge.

Le questionnaire comportait 18 questions (questions courtes et questions à choix multiples) et le temps estimé pour répondre au questionnaire était de 5 à 6 minutes. Le but était d'avoir des réponses claires et exploitables.

Le questionnaire est présenté en **ANNEXE 1 « Questionnaire PATIENT »**.

Une fois imprimé au format A4, ce questionnaire a été distribué dans des pharmacies de Limoges et dans un cabinet médical de médecins vasculaires à Châteauroux.

12 pharmaciens titulaires de Limoges ont été sollicités :

- Parmi eux, 10 pharmaciens ont accepté de prendre des questionnaires pour les faire remplir à leurs patients ayant une IVC.
- 7 pharmacies ont pu récolter des réponses auprès des patients concernés.
- Sur les 40 questionnaires déposés dans les 10 pharmacies, on a obtenu **12 réponses** exploitables et ont été utilisés dans l'étude.

Les médecins du cabinet ont recueilli **68 réponses** dans un délai de deux mois seulement.

Au total, 80 questionnaires ont permis la réalisation de cette étude.

III.1.1.4. Présentation de l'outil

Le questionnaire est composé d'une partie concernant les données générales et de 9 questions.

Tableau 13 : Présentation des thèmes abordés dans le questionnaire

Numéros des questions	Thèmes abordés
Données générales	Sexe, âge, poids et taille (IMC)
Question 1	Symptômes d'IVC du patient
Questions 2 à 3	Traitements médicamenteux et adhésion
Question 4 et sous-questions	Traitement par compression médicale et observance
Questions 5 à 7	Rôle et implication du pharmacien dans la prise en charge
Questions 8 à 9	Avis des patients concernant la mise en place des ETP dans l'IVC

III.1.1.5. Méthode de traitement des données

Toutes les réponses ont été extraites par un fichier EXCEL®. C'est avec cet outil que les tableaux et graphiques ont pu être élaborés. Les données ont ensuite été analysées afin de décrire la prise en charge des patients et le rôle du pharmacien d'officine.

III.1.2. Résultats

III.1.2.1. Profil des patients concernés par l'étude : données générales

Sur un total de 80 participants, la répartition hommes/femmes est représentée dans la figure 18.

- 67 Femmes
- 13 Hommes

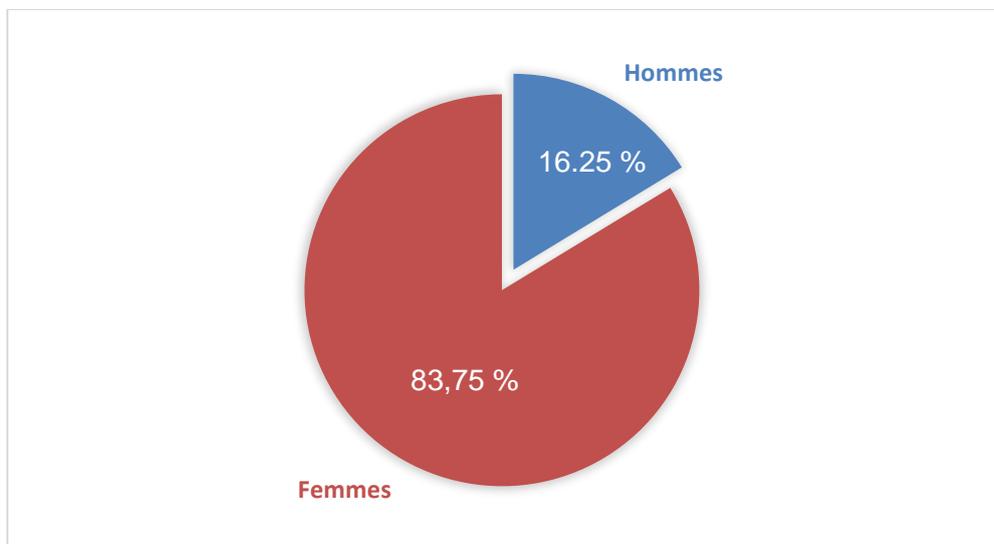


Figure 18 : Répartition par sexe (n=80)

L'enquête ne comprend que des adultes.

La moyenne d'âge des femmes était de 61,88 ans (une femme n'a pas mentionné son âge).

- La plus jeune participante avait 30 ans et la plus âgée 96 ans.

La moyenne d'âge des hommes était de 66,85 ans.

- Le plus jeune participant avait 46 ans et le plus âgé 83 ans.

La moyenne d'âge des patients montre que l'IVC est une pathologie qui concerne surtout les personnes âgées.

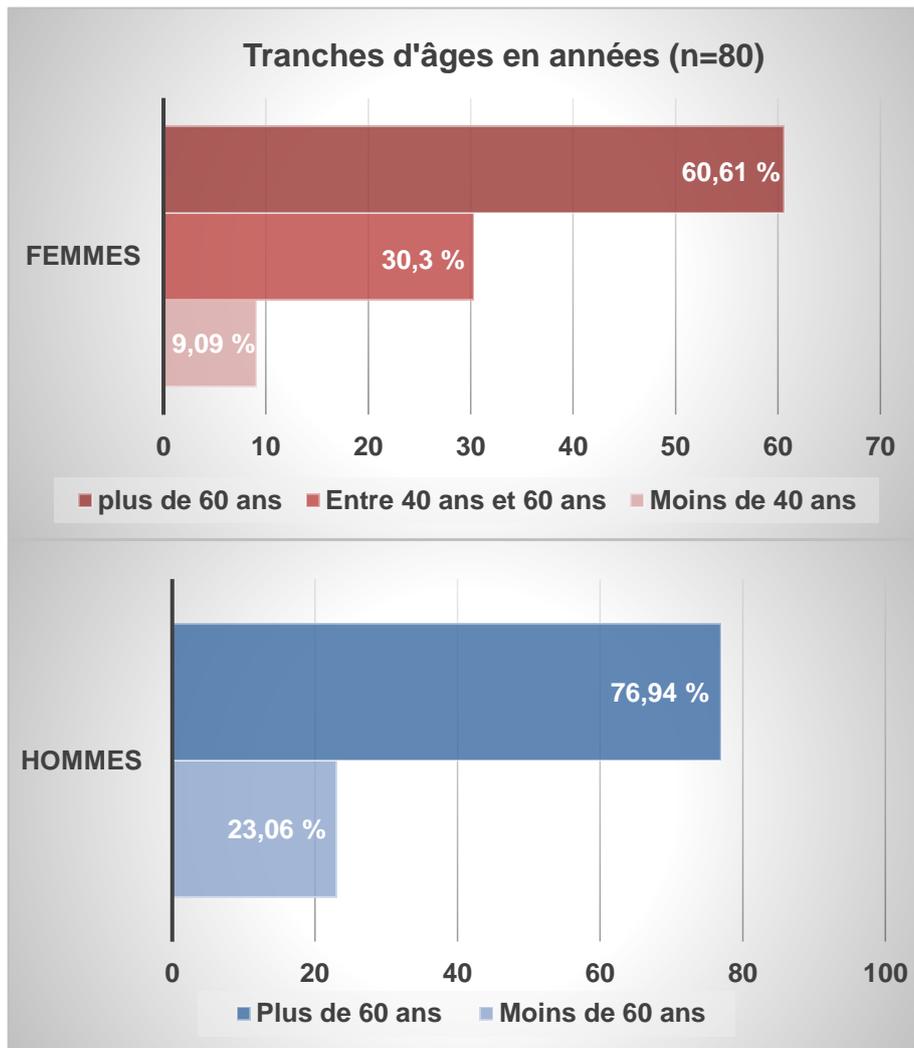


Figure 19 : Tranches d'âges par sexe (n=80)

On constate que :

Parmi les femmes ayant participées à l'enquête, 6 patientes sur 66 ont plus de 40 ans, 20 patientes ont entre 40 ans et 60 ans, 40 patientes ont plus de 60 ans.

- Donc, environ 2/3 des femmes de l'enquête ont plus de 60 ans

Parmi les hommes ayant participé à l'enquête, 3 patients ont moins de 60 ans contre 10 patients de plus de 60 ans.

- Donc, 3/4 des hommes ont plus de 60 ans.

Indice de Masse Corporelle (IMC) :

Interprétation de l'IMC (46) *source AMELI CALCUL IMC*

Entre 25,0 et 29,99 : surpoids

Entre 30,0 et 34,9 : obésité modérée

Entre 35,0 et 39,9 : obésité sévère

Plus de 40 : obésité massive

L'intérêt porté sur l'IMC va nous permettre de comprendre si le poids est réellement un des facteurs de risque des IVC (les autres facteurs n'ont volontairement pas été pris en compte dans l'enquête, à savoir le tabac, la pilule contraceptive...)

Le poids est-il un facteur de risque des IVC ? et à quel point ?

Nous avons pu recueillir **50** valeurs de IMC sur 66 réponses pour les femmes et **11** valeurs de IMC sur les 13 hommes ayant participé à l'enquête.

Moyennes des IMC :

Femmes : 27,11

Hommes : 27,03

IMC Femmes	IMC Hommes
Moins de 25 : 19 patientes	Moins de 25 : 3 patients
De 25,0 à 29,9 : 18 patientes	De 25,0 à 29,9 : 7 patients
De 30,0 à 34,9 : 9 patientes	De 30,0 à 34,9 : 1 patient
De 35,0 à 39,9 : 2 patientes	De 35,0 à 39,9 : 0 patient
+ de 40 : 2 patientes	+ de 40 : 0 patient

Chez les femmes, 38 % (n=19) ont un IMC normal tandis que 62 % (n=31) sont en surpoids ou obèses.

Chez les hommes, le constat est le même : il y a plus de patients en surpoids ou obèses (n=8) que de patients avec un IMC normal (n=3).

Les résultats obtenus sont illustrés dans le graphique de la figure 20.

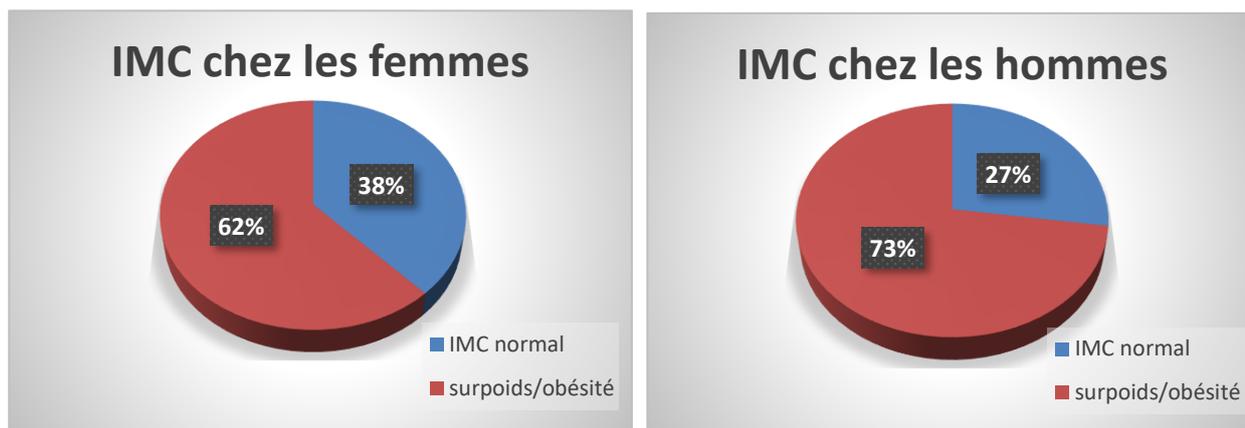


Figure 20 : Calculs d'IMC chez les deux sexes (n=61)

III.1.2.2. Symptomatologie

L'objectif de cette question était de répertorier les différents symptômes des patients et de cerner leurs handicaps.

Tous les patients (n=80) ont répondu à cette question à choix multiples. En effet, on comprend mieux leurs motifs de consultations.

Les résultats ont été classés dans le tableau 4.

La question était la suivante : « Quels symptômes avez-vous ? »

Tableau 14 : Fréquence des différents symptômes

SYMPTOMES	Nombre de patients concernés	
	PHARMACIES	CABINET MEDICAL
A- DOULEURS AUX JAMBES (jour, nuit, jour et nuit)	2 (nuit), 2 (jour), 2 (jour et nuit)	24 dont 4 ont cochés jour et nuit, 6 ont cochés jour et 5 ont cochés nuit
B- Lourdeurs de jambes	9	28
C- Veines bleues visibles /varices	8	57
D- Escarres/ulcères	1 (ulcère)	5
E- Ceux cités et autres	Chevilles enflées, crampes	0

Les varices étaient très largement représentées puisqu'ils concernent 65 participants, puis les lourdeurs des jambes avec 37 patients concernés, les douleurs aux jambes concernant 30 personnes et enfin les escarres/ulcères avec 6 patients atteints.

2 autres patients ont précisé avoir des chevilles enflées et des crampes.

III.1.2.3. Traitements médicamenteux

« Noms des médicaments prescrits par votre médecin spécialiste (Angiologue-phlébologue) ? Comprimés, crèmes, homéopathie, huiles essentielles, ... »

L'objectif était d'évaluer les connaissances des patients sur leurs traitements médicamenteux pour détecter les problèmes d'observance.

83,75 % des participants (n=67) ont répondu à cette question.

L'abstention de certains patients pour cette question peut révéler un manque de connaissance sur les traitements.

Les données ont été transmises dans le tableau 15.

	Médicaments	Nombre de fois mentionné
REPONSES OBTENUES AU CABINET MEDICAL	Hamamélis composé	32
	Ginkor (gel et/ou gélules)	19
	Arnica	19
	Hemoclar	17
	Flector	14
	Extranase	7
	Pariet (rabéprazole)	6
	Brexin	5
	Diclofenac	5
	Cuprum metallicum	5
	« Homéopathie »	4
	Daflon	2
	Nerisone	2

	Xarelto, Lovenox, Flammazine, Diosmine, pansement d'ulcère, Jouvence, Sintrom, Previscan, Zincum met 9CH, Arixtra, Allopurinol, Fenofibrate	1
REPONSES OBTENUES PAR LES PHARMACIES	Hamamelis composé	2
	« Homéopathie »	2
	Hemoclar	2
	Ginkor (gel ou gélules)	2
	Arnica, Apis mellifica, « Crèmes », « Pansement pour sclérose », « Veinotoniques », Esberiven fort, Jouvence, RAP, Extranase, Diclofénac, Nifluril, B.O.P	1

Tableau 15 : Noms des médicaments cités par les participants

« Pensez-vous qu'il vous prescrit trop ou pas assez de médicaments ? Expliquez lesquels.

Quels médicaments seraient-ils souhaitables qu'il vous prescrive davantage ? »

L'objectif de cette question était d'évaluer les attentes des patients concernant leurs degrés de satisfaction quant aux traitements instaurés par leurs médecins.

Pour cette question, la majorité des patients sondés n'ont pas répondu. Quelques patients ont simplement répondu « non », « aucun », « correct » ou « juste ce qu'il faut », ce qui est nécessaire », « raisonnablement ».

Donc, les patients sont globalement satisfaits. Ils sont d'accord avec leurs prescriptions.

III.1.2.4. Traitement par compression médicale et observance

Ce thème comporte une question principale avec quatre sous-questions. Le but est d'étudier l'observance du port de la compression médicale, lorsque celui-ci a lieu.

« Avez-vous des chaussettes ou bas ou collants de contention ? »

REPONSES DANS LES PHARMACIES

OUI : 11

NON : 1

REPONSES AU CABINET MEDICAL

OUI : 64

NON : 4

Cette question vise à savoir uniquement si les patients ont ou non des bas de compression médicale. La fréquence de port est l'objet de la question qui suit.

75 patients portent des bas de compression médicale et ils ne sont que 5 à ne pas en porter. (Figure 21)

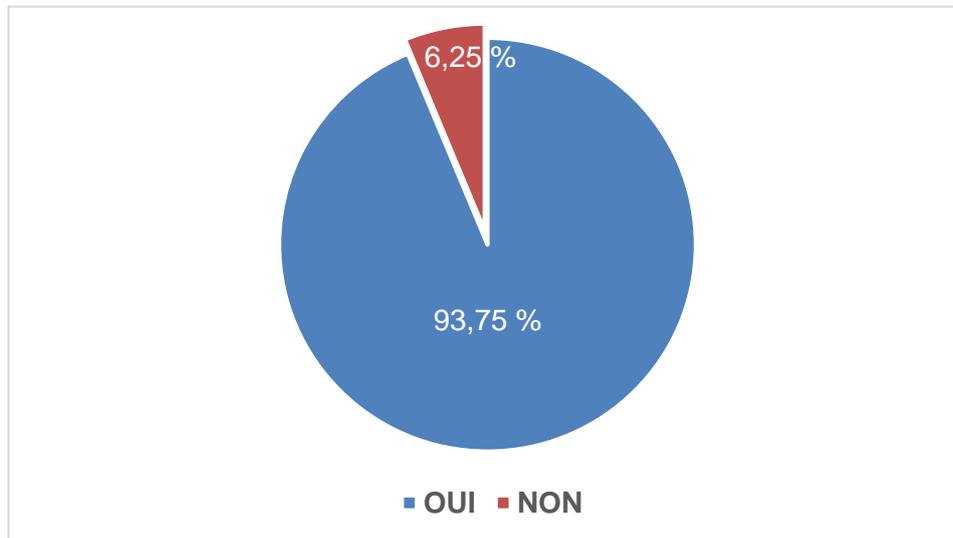


Figure 21 : Pourcentage de patients ayant un traitement par compression médicale (n=80)

« **SI OUI, depuis combien de temps (mois, années) en portez-vous ?** »

La grande majorité des patients participants à l'étude possède un bas de compression. 78,75 % des patients ont répondu à cette question (n=63). 17 personnes n'ont pas renseigné cette question. Voir figure 22.

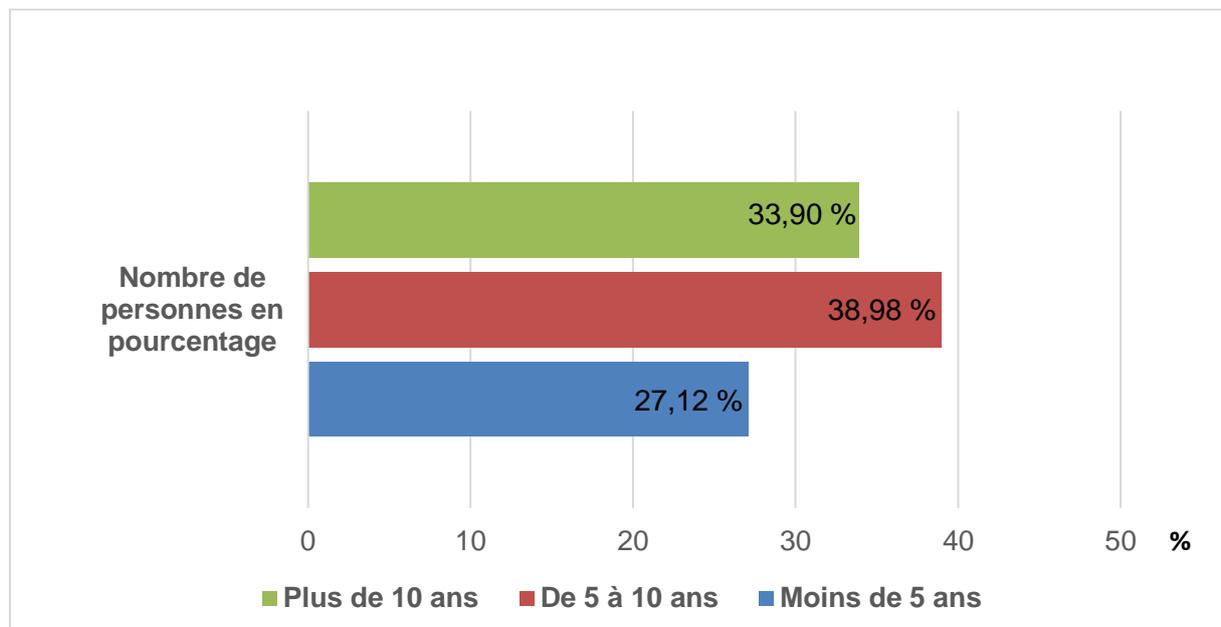


Figure 22 : Durée en années du port de la compression médicale (n=63)

Trois patients ont simplement répondu par « plusieurs années », un patient a répondu par « surtout l'hiver ». Ces réponses n'ont donc pas été prises en compte.

« Vous les portez :

A - tous les jours

B - 3 à 5 fois par semaine

C - 1 fois par semaine environ

D - que lorsque vous le jugez nécessaire (station debout prolongée, grossesse, voyage en avion,...)

E – rarement »

Résultats :

A-	40
B-	17
C-	3
D-	20
E-	6
PAS DE REPONSE	2

Tableau 16 : Résultats obtenus concernant la fréquence de port des bas

L'objectif de cette question était d'évaluer l'observance des patients. La quasi-totalité des patients interrogés ont répondu. Quelques patients ont même coché plusieurs items. Seules 2 personnes n'ont rien renseigné pour cette question. (Figure 23)

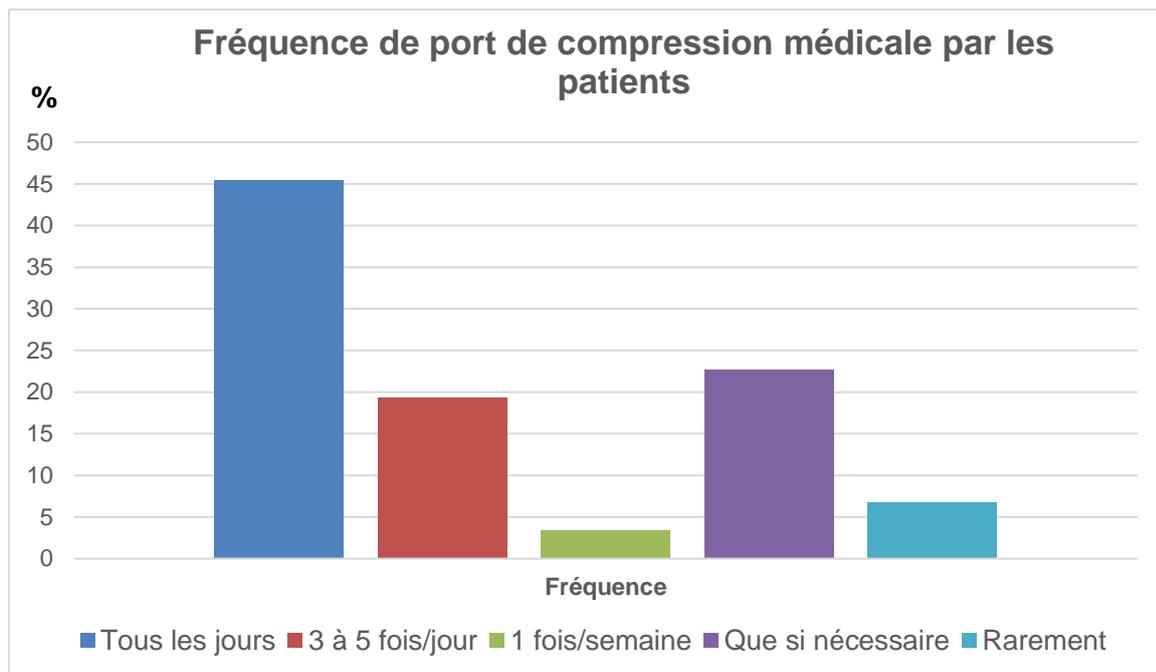


Figure 23 : Fréquence de port de compression médicale par les patients

La moitié des personnes interrogées portent leurs bas tous les jours (n=40). Deux tiers les portent régulièrement (au moins 3 fois par semaine).

A noter que près d'un quart des patients ne portent leurs bas que si nécessaire. Cela signifie qu'ils ne les portent pas tous les jours et que certaines fois, porter des bas doit être contraignant pour ces personnes.

Le port des bas peut aussi varier en fonction des saisons. En effet, entre la période hivernale et la période estivale, il existe une plus ou moins grande difficulté pour les patients de porter la contention. C'est l'objet de la question suivante. On va évaluer l'impact de la saison sur le port des bas.

« Préférez-vous les porter :

A - été comme hiver

B - plutôt l'été

C - plutôt l'hiver »

Résultats :

A -	32
B -	1
C -	44
Pas de réponse	3

Tableau 17 : Résultats obtenus concernant le port des bas en fonction de la saison

Les patients portent régulièrement leurs bas de compression toute l'année. La moitié des patients sondés préfèrent porter leurs bas l'hiver. L'été est une saison où le port de bas est difficile en raison de la chaleur. (cf. Figure 24)

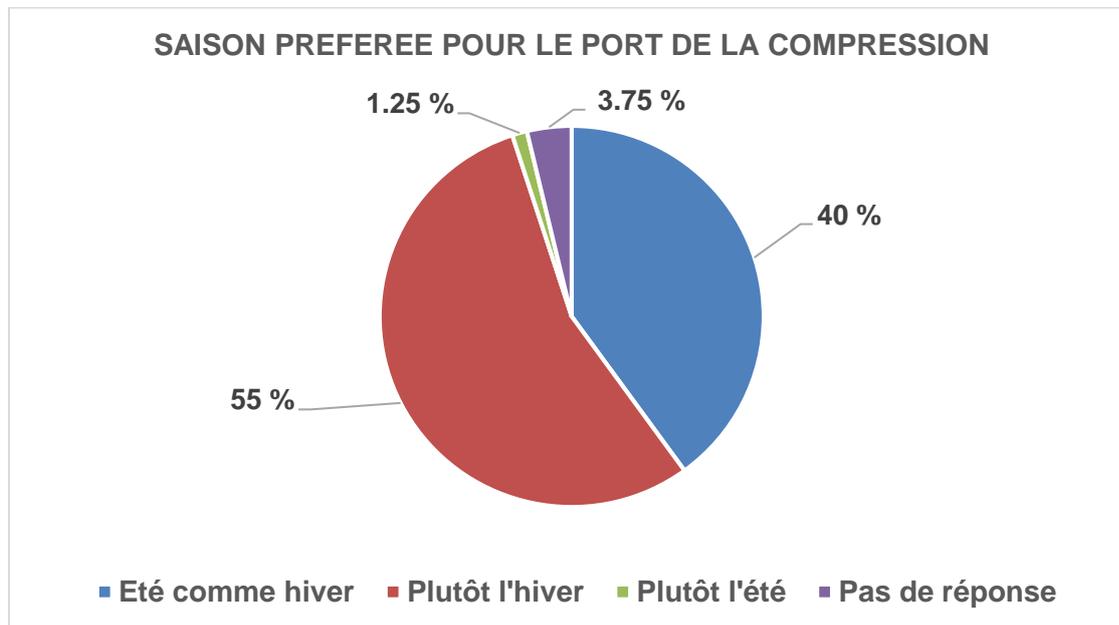


Figure 24 : Variation du port des bas en fonction des saisons (n=80)

Hormis l'influence de la saison sur le port des bas, une autre problématique est de savoir s'il existe une difficulté pour enfiler les bas. En effet, certaines personnes peuvent manquer d'autonomie du fait de leur âge ou d'un handicap et donc nécessiter l'aide d'une tierce personne.

« **Vous les enfillez :**

- A - tout seul (besoin de personne)
- B - ma compagne/mon compagnon/autre personne m'aide
- C - grâce à un enfile-bas »

Résultats :

Tout seul	68
Ma/mon compagne/compagnon/ autre personne	6
Grâce à un enfile-bas	4
Pas de réponse	2

Tableau 18 : Niveau d'autonomie des patients pour le port des bas (n=80)

La grande majorité des personnes interrogées (85%) portent leur bas seul, sans aide.

A noter que l'utilisation des enfile-bas n'est pas très répandue (n=4). Ceci peut s'expliquer par le manque de connaissance de cet outil destiné à aider les personnes, le rôle du pharmacien d'officine est alors d'en informer sa patientèle.

« Niveau de difficulté pour vous pour les enfiler :

A - aucune difficulté

B - parfois c'est difficile (pas la bonne méthode, pas le temps, "ça glisse",...)

C - je n'arrive pas à les enfiler, c'est pourquoi je ne les porte que rarement »

Résultats :

Aucune difficulté	53
Parfois c'est difficile	12
Je n'y arrive pas	4
Pas de réponse	11

Tableau 19 : Niveau de difficulté pour enfiler les bas (n=80)

III.1.2.5. Rôle et implication du pharmacien dans la prise en charge

Cette partie comporte deux questions orientées vers les attentes des patients vis-à-vis de leur pharmacien.

« Concernant votre pathologie veineuse, vous pensez que votre Pharmacien :

A - est compétent, il sait me conseiller et m'explique bien pour mes bas/chaussettes de contention

B - doit me conseiller davantage, mieux m'accompagner dans mes traitements

C - doit faire preuve de plus d'empathie, j'ai besoin d'être écouté »

Résultats :

A -	70
B -	5
C -	2
Pas de réponse	3

Tableau 20 : Implication des pharmaciens d'officine dans leur rôle selon les patients (n=80)

De façon générale, les patients font confiance à leur pharmacien. Le pharmacien d'officine a une belle image auprès des patients comme étant un professionnel de santé impliqué.

Pour 87,5% patients (n=70), le pharmacien remplit son rôle de conseil. Les patients sont satisfaits des explications données.

Seulement 6,25% des patients (n=5) pensent que le conseil pharmaceutique reste insuffisant. Enfin, 2,5% des patients attendent plus d'écoute sur leurs pathologies.

« Votre pharmacien doit-il s'impliquer davantage dans la prise en charge de votre pathologie veineuse ? Expliquez »

L'objectif de cette question était d'évaluer les attentes des patients concernant le rôle du pharmacien d'officine. Le degré d'implication est un des éléments importants pour les patients dans la prise en charge.

Seulement 37,5% des participants ont répondu à cette question (n=30).

Parmi eux, 19 patients ont simplement exprimé leurs points de vue par un « Non ».

Nous avons des réponses diverses et variées pour les 11 autres participants :

« Pas plus qu'il le fait », « Non, mon médecin le fait bien », « Non, mon angiologue me conseille très bien », « Concernant la prise en charge, nous sommes dans l'ignorance totale », « Oui, explication et conseils sur les bas », « Non, c'est à mon médecin de m'expliquer ou de m'accompagner si besoin », « Les bas ne sont pas assez remboursés », « De bons conseils », « Oui », « A ce jour, je ne vois pas la nécessité », « Non, le docteur me suffit ».

« Il serait souhaitable que le pharmacien (plusieurs cases peuvent être cochées):

A - me conseille davantage sur les règles hygiéno-diététiques

B - m'aide dans le choix (matière et couleur) de bas/chaussettes, adapter à mes besoins

C -me propose des médicaments en vente libre (comprimés, crèmes,..) en plus de ceux prescrits par mon médecin »

Réponses :

Me conseille davantage	11
M'aide dans les choix de bas/chaussettes	33
Médicaments en vente libre	15
Pas de réponse	21

Tableau 21 : Attentes des patients concernant les conseils du pharmacien d'officine (n=59)

A noter que, d'autres réponses ont été inscrites sous la question, à savoir : « ça se pratique déjà peu de médicaments pour la circulation sanguine est prise en charge » et « le mien fait déjà tout ça ».

Plus de la moitié des patients (55,93%) souhaitent plus d'aide dans le choix des paires de chaussettes/bas de compression médicale, puis 25,42% des patients attendent des conseils complémentaires en automédication et enfin ils sont 18,64% à vouloir plus de conseils hygiéno-diététiques.

21 personnes n'ont pas répondu. Cette abstinence peut être liée au fait que pour ces patients le conseil pharmaceutique est de qualité à tous les niveaux, ou encore liée au manque de temps ou au manque d'intérêt à la question posée.

III.1.2.6. Avis des patients concernant la mise en place des ETP dans l'IVC

« Serait-il intéressant et bénéfique pour vous si votre pharmacien vous prenait en RDV (entretien) dans un espace confidentiel dans sa pharmacie pour faire le point sur votre maladie ?

A - OUI, bonne idée

B - NON, inutile »

Résultats :

	Oui	Non	Sans réponse
Réponses obtenues eu sein des pharmacies	6	4	1
Réponses obtenues au cabinet médical	22	43	4
TOTAL	28	47	5

Les différentes opinions des patients sont illustrées dans la figure 25 ci-dessous.

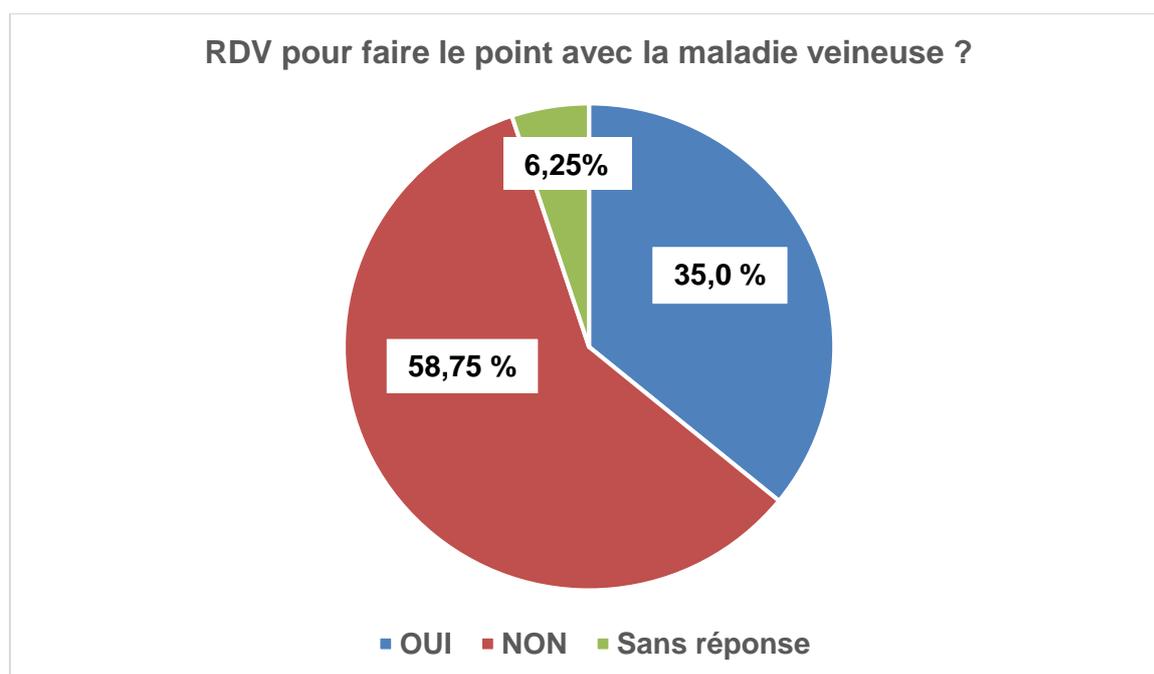


Figure 25 : Mise en place éventuelle d'entretiens, choix des patients (n=80)

Pour 58,75 % des patients (n=47), il ne serait pas bénéfique de faire un entretien avec son pharmacien pour faire le point avec sa maladie. Ce qui démontre que les patients ne sont pas dans cette attente. Ils vont consulter leur médecin, et un rendez-vous en plus pour le patient serait difficile.

Un tiers des sondés (n=28) sont favorables à une prise en charge avec entretien par leur pharmacien.

A noter que seulement 6,25% des personnes sondés n'ont pas répondu à cette question.

Analyse :

A la pharmacie, les patients ayant répondu favorablement sont plus nombreux (6 oui contre 4 non). Le fait d'avoir répondu directement en pharmacie a eu un impact dans la réponse des patients.

Au cabinet des médecins vasculaires, les patients ont majoritairement répondu négativement aux entretiens qui seraient proposés par leur pharmacien.

Par conséquent, les patients ne veulent globalement pas de prise de rendez-vous spécifique avec le pharmacien dans un espace confidentiel.

« Des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) existent pour certaines pathologies chroniques comme le diabète, la BPCO, certaines pathologies rhumatismales ou encore le cancer... Ces programmes sont destinés aux patients et sont dirigés par une équipe pluridisciplinaire formée (médecins, kinés, infirmiers, pharmaciens...). Le but est d'aider le patient à prendre soin de lui-même et à vivre au mieux avec sa pathologie. La question serait d'étendre cette pratique avec des programmes d'ETP concernant les affections veineuses chroniques dans les services de médecine vasculaire des hôpitaux.

A - Si on me proposait, cela serait intéressant pour une prise en charge optimale de ma maladie

B- Je ne pense pas que cela puisse m'aider à mieux vivre et mieux comprendre ma maladie »

Résultats :

Sur les 12 questionnaires de pharmacies de Limoges :

- 7 patients ont répondu que les ETP concernant les affections veineuses chroniques seraient utiles pour une bonne prise en charge de leur pathologie.
- 2 patients ne pensent pas que cela puisse les aider ou n'en voient pas l'utilité
- 3 patients n'ont pas répondu à la question

Sur les 68 questionnaires du cabinet médical :

- 28 patients ont répondu favorablement à l'ETP
- 25 patients ont répondu négativement à la mise en place d'ETP pour leur pathologie
- 15 patients n'ont pas répondu à la question

En officine, les patients souhaiteraient la mise en place de ces programmes d'ETP puisque 2/3 d'entre eux ont coché favorablement.

A noter que le fait de remplir ce questionnaire en présence de leur pharmacien a eu un impact dans la réponse des patients.

Un quart des patients ont laissé la question vide. On peut penser qu'ils ne se retrouvaient pas dans la question ou n'en voyaient pas l'utilité d'où l'absence de réponse.

Au cabinet des médecins vasculaires, la majorité des patients sont, à nouveau, favorable aux ETP (28 contre 25).

Les patients ont conscience que la mise en place de programmes seraient bénéfiques et que les professionnels de santé, en agissant ensemble, peuvent avoir un impact considérable sur leurs qualités de vie.

Les réponses obtenues sont illustrées dans le graphique de la figure 26 ci-après.

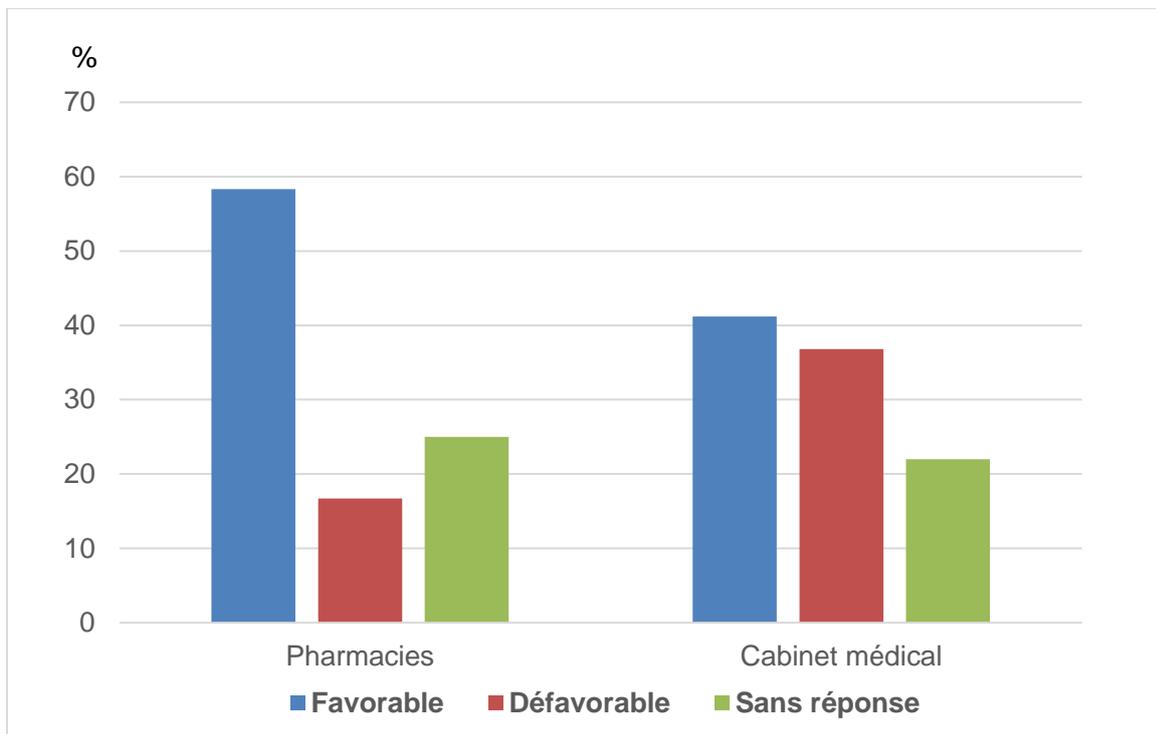


Figure 26 : Avis des patients sondés sur la mise en place de l'ETP sur l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (n=80)

III.2. Enquête auprès des médecins vasculaires (angiologie / phlébologie)

III.2.1. Méthodologie

III.2.1.1. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée pendant les mois de septembre et d'octobre 2018. Le questionnaire a été distribué à des médecins vasculaires exerçant à Limoges et à Châteauroux.

III.2.1.2. Nombre d'inclusion

Ce questionnaire a été distribué à 13 médecins vasculaires. Nous avons pu rencontrer ces 13 médecins pour leur parler de ce questionnaire et leur laisser un exemplaire.

Parmi ces médecins, on compte :

- 3 médecins dans le service de médecine vasculaire du CHU de Limoges
- 7 médecins dans différents cabinets médicaux dans la ville de Limoges
- 3 médecins vasculaires dans un cabinet médical de Châteauroux

Au total, 7 médecins sur 13 ont rempli le questionnaire. Nous n'avons eu aucun retour des médecins du CHU de Limoges. Ils n'ont pu nous consacrer du temps pour répondre du fait de leur charge de travail au sein du CHU. Par ailleurs, 2 des 3 médecins vasculaires de Châteauroux ont participé au sondage tout comme 5 médecins des cabinets médicaux de Limoges. Nous avons pu échanger avec eux sur les différents rôles des professionnels de santé et l'importance de la pluridisciplinarité pour une prise en charge optimale du patient.

III.2.1.3. Création et présentation du questionnaire

Le questionnaire, anonyme, a été élaboré dans le but d'étudier de façon approfondie la vision des médecins vasculaires concernant le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'IVC.

Le questionnaire comportait 8 questions (questions courtes et questions à choix multiples) et le temps estimé pour répondre au questionnaire était de 5 minutes. Le but était d'avoir des réponses claires et exploitables.

Le questionnaire est présenté en **ANNEXE 2 « Enquête auprès des médecins vasculaires »**.

III.2.1.4. Présentation de l'outil

Pour aller plus loin dans la réflexion du rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients insuffisants veineux, nous avons établi cette enquête auprès des médecins vasculaires. Le but de cette étude est de connaître les différents points de vue des médecins spécialistes concernant la prise en charge par les pharmaciens, l'impact que peut avoir la mise en place des ETP sur l'IVC et l'implication du pharmacien dans les programmes d'ETP.

On a donc réalisé un questionnaire simple et rapide destiné aux médecins vasculaires. Il comprend 8 questions numérotées.

III.2.2. Résultats

1) Vous exercez :

- A - dans un cabinet médical
- B - à l'hôpital
- C- autre :

Réponses :

Les 7 médecins exercent dans un cabinet médical (l'un d'entre eux exerce aussi à l'hôpital)

2) Concernant les affections veineuses des membres inférieurs dont souffrent vos patients, pensez-vous que le Pharmacien d'officine :

- A - est très impliqué dans le conseil au patient (choix des bas, règles hygiéno-diététiques,..)
- B - doit être plus impliqué que cela
- C - n'est quasiment pas impliqué

Réponses :

	Nombre de fois
A -	3
B -	4
C -	0

Tableau 22 : Implication du pharmacien d'officine selon les médecins vasculaires

La moitié des médecins sondés admettent que le pharmacien d'officine s'implique dans le conseil au patient.

Les autres médecins attendent du pharmacien plus d'implication encore. Cela ne signifie pas que les pharmaciens ne sont pas impliqués, mais bien qu'ils puissent avoir plus de rôles et plus d'impacts dans la prise en charge des patients insuffisants veineux. Cela est d'autant plus valorisant que la question est posée aux médecins spécialistes.

3) A quels niveaux le Pharmacien d'officine doit-il s'impliquer davantage ? (Plusieurs cases peuvent être cochées)

A - médicaments conseils (cp, gélules, crèmes...) en complément de ce que vous prescrivez

B - observance du patient (exemple : choix des bas, matière et couleur)

C - règles hygiéno-diététiques (surélever les jambes, douches froides, éviter chaussures à longs talons, activité physique...)

D - autres (précisez)

Réponses :

	Nombre de fois
A -	3
B -	6
C -	3
D -	0

Tableau 23 : Domaines de compétence à développer selon les médecins vasculaires

A noter que : deux médecins ont coché trois réponses, un médecin a coché deux réponses et quatre médecins ont coché une seule réponse.

Problématique : Cette question à choix multiples a pour but de savoir à quels niveaux, en termes de conseils associés, le pharmacien doit s'engager et travailler en complémentarité avec le médecin.

On constate que l'observance thérapeutique est le premier élément attendu par les médecins. En effet, l'observance est fondamentale pour une bonne prise en charge. La relation de confiance patient-pharmacien permet une meilleure alliance thérapeutique.

4) Pharmacien d'officine : implication dans les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP); qu'en pensez-vous ?

Réponses :

- Rôle de plus en plus important dans le conseil thérapeutique car déficit de médecins angiologues
- Le pharmacien a un rôle de plus en plus important dans le conseil thérapeutique compte tenu du déficit de médecin
- Ne connaît pas
- Non
- Bonne idée
- Si bien fait pourquoi pas ?
- Pourquoi pas mais problème de temps

Analyse :

Les programmes d'ETP ne sont pas connus par tout le corps médical.

La question soulevée est le rôle du pharmacien dans ces programmes et les médecins sondés soulignent l'importance du pharmacien dans les conseils. Le pharmacien, par sa proximité et son temps, apporte à ses patients tous les éléments de conseils des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

La majorité des médecins veulent davantage voir le pharmacien dans des rôles clés comme au sein des ETP.

5) Serait-il intéressant de mettre en place des programmes d'ETP pour les affections veineuses, notamment pour l'insuffisance veineuse chronique, de la même façon qu'il se fait en Diabétologie, Pathologies respiratoires, Rhumatologie, Cancérologie.... ?

Réponses :

- Bonne initiative
- Bien sûr
- Oui
- Non
- Oui
- Oui
- Non

Pour cette question, on constate que les médecins ont répondu de manière très courte avec quelques mots ou seulement par « oui » ou par « non ».

Toutefois, on remarque qu'il n'y a que 2 réponses négatives sur les 7 réponses des médecins.

Analyse :

Par conséquent, les médecins sondés sont pour la mise en place des ETP pour les affections veineuses. Ils voudraient que ce domaine soit pris en considération du fait de son importance en termes de pourcentage de la population concernée par les maladies veineuses.

6) Selon vous, qu'est-ce que l'ETP apportera aux patients ? En quoi la mise en place de programme d'ETP serait bénéfique pour les patients atteints de IVC ?

Réponses :

- Meilleure acceptation de la maladie, meilleure compliance des patients. Et plus de temps accordés au patient pour lui expliquer la maladie, la prévention et son évolution
- Une prise en charge plus rapide. Plus de temps accordé au patient pour lui expliquer la maladie, la prévention et l'évolution de celle-ci

- Observance
- Observance
Utilité d'un traitement
- Meilleure observance concernant la contention
- L'éducation de groupe est généralement une bonne chose. L'éducation en solo est beaucoup moins efficace, mais si médecin et pharmacien vont dans le même sens, peut être arriverons nous à convaincre
- Sans réponse

Cette question ouverte a permis d'obtenir des réponses plus complètes et plus riches en informations. Les réponses apportées par les médecins comportent des éléments très intéressants.

Analyse :

On remarque que le mot « observance » apparaît 3 fois, soit seul, soit avec la contention et le traitement.

Pour les médecins, il est clair que l'observance est primordiale et que le pharmacien est le premier acteur et le dernier rempart pour l'adhésion totale du patient.

Par ailleurs, le « temps accordé », mentionnée par deux médecins, montre que le médecin de façon général n'a pas le temps nécessaire « pour expliquer la maladie, la prévention, et l'évolution ». La proximité et le temps du pharmacien sont à mettre au service du patient qui a besoin de comprendre sa maladie et ses traitements.

Un autre médecin a, quant à lui, évoqué la notion « d'éducation de groupe » qui selon lui est « une bonne idée ». Mais que médecin et pharmacien doivent aller « dans le même sens » pour unir ses forces et réussir à « convaincre » les patients.

7) Est-ce-que le Pharmacien d'officine peut avoir un rôle dans l'ETP ? Quelle place pour le Pharmacien ? (Compression veineuse,...)

Réponses :

- Oui. Conseil et orientation en complément du médecin
- Complémentaire du médecin
- Oui. En relais du médecin pour une meilleure observance du traitement
- Pour le choix et la technique de mise en place de cette compression
- Sans réponse
- Compléter et conformer les prescriptions du médecin et mieux respecter les prescriptions (essayer de donner la marque prescrite et non celle à laquelle il a le plus de bénéfice).
- Conseils

Analyse :

Les médecins sondés sont d'accord quant au rôle que peut avoir le pharmacien dans les ETP, tout en restant « complémentaire » au médecin.

Les termes « en complément » ou « en relais » du médecin apparaît 3 fois.
Cela montre bien que les médecins sont prêts à agir avec les pharmaciens pour une « meilleure observance » et pour « le choix et la technique de mise en place de la compression ».

Par ailleurs, les médecins attendent du pharmacien un respect des prescriptions notamment pour les bas de compression (se conformer à la gamme de bas prescrite).

8) Qu'attendez-vous de la part du pharmacien dans le suivi de ses patients ?

A - un rôle important dans le conseil et la dispensation des traitements de confort

B - un suivi de l'observance des patients

C - bonne prise en charge et explication de la compression veineuse

D - autres (précisez)

Réponses :

	Nombre de fois
A -	1
B -	5
C -	5
D -	1

Tableau 24 : Rôles du pharmacien d'officine dans le suivi des patients

Six médecins ont choisi 2 réponses. Un médecin a coché une seule réponse.
Le médecin qui a coché la réponse D a noté « plus de temps accordés au patient sur l'observance du traitement de l'IVC ».

Analyse :

Les résultats obtenus pour cette question soulignent les attentes des médecins. Les médecins veulent un bon suivi de l'observance. Les traitements médicamenteux doivent être pris tous les jours et correctement par les patients.

Sans oublier, l'importance du choix des bas de compression (matière et couleur) ainsi que la technique de pose.

REMARQUES

La dernière question était consacrée à d'éventuelles remarques que les médecins pouvaient avoir.

Un seul médecin s'est prononcé :

« Délivrance de la contention en fonction des besoins du patient soit respect de la prescription si précisée et non délivrance de marque en stock ou partenaires privilégiés. »

III.3. Discussion générale

Deux études ont été menées sous la forme de deux enquêtes, l'une auprès des patients et l'autre auprès des médecins spécialistes en angiologie/phlébologie.

La **première étude** sur 80 patients interrogés par un questionnaire, dans différentes pharmacies de Limoges et dans un cabinet médical, a permis de dresser un état des lieux de la prise en charge des patients insuffisants veineux.

- Le profil physiopathologique des personnes participantes a révélé que 80 % des patients étaient des femmes. La moyenne d'âge de 61,5 ans était élevée. Un autre indicateur a aussi été étudié : l'IMC calculé chez les participants souligne ici que plus de 60 % des femmes et plus de 70 % des hommes sont en surpoids ou obèses.

Ces résultats sont en accord avec des données en population générale qui montrent que la pathologie veineuse concerne principalement les femmes, que les complications augmentent avec l'âge et que le poids est un facteur de risque aggravant la maladie. L'incidence en augmentation est en corrélation avec le vieillissement de la population couplé à des modes de vie de plus en plus sédentaires dans les pays occidentaux.

- Au niveau de la symptomatologie, d'après notre étude, les patients souffrent principalement de douleurs et de lourdeurs de jambes liées aux varices. Les stades ultimes de la pathologie veineuse que sont les escarres et ulcères sont beaucoup moins fréquents.
- Le niveau de connaissance des patients est important pour déterminer leurs adhésions aux traitements. Il a été démontré aux patients d'énumérer les noms des médicaments prescrits par leur médecin ou conseillés par leur pharmacien. En analysant les réponses obtenues, il en ressort que les patients semblent bien connaître leur traitement, se traduisant par une bonne observance. Mais environ 16 % des patients n'ont pas répondu. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance de leurs traitements ou par la préparation des piluliers par une tierce personne. Les médicaments les plus cités sont : HAMAMELIS COMPOSE, GINKOR (gel et gélules), ARNICA (granules et gel), HEMOCLAR et FLECTOR. Ces traitements médicamenteux sont largement prescrits par les médecins pour soulager les symptômes de la maladie.

Malgré une apparente maîtrise de leurs traitements, il est du devoir du pharmacien d'accompagner les patients dans leur démarche thérapeutique. Sous l'effet du déremboursement, de plus en plus de patients vont directement en pharmacie pour demander des conseils au pharmacien. Le pharmacien d'officine a un rôle important dans la prise en charge du patient insuffisant veineux.

Selon l'article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP), le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance
- La préparation éventuelle des doses à administrer
- La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament
- Le traitement par compression médicale a également été étudié dans le but d'observer l'étendu de ce traitement phare et surtout de détecter d'éventuels problèmes liés à l'observance. Plus de 93 % des personnes sondées ont un traitement par bas de compression médicale et plus de 72 % des participants portent des bas depuis au moins 5 ans. Ces taux élevés démontrent bien que la compression médicale constitue le traitement de référence et est le plus efficace.

La fréquence de port est une autre problématique à soulever. L'étude a montré que 45 % des sondés portent leurs bas quotidiennement contre 22 % qui ne les portent que si nécessaire et 7 % ne les portent que rarement. Ces résultats hétérogènes démontrent qu'une partie des personnes n'arrivent pas à suivre le traitement. A noter aussi que, certaines prescriptions de bas ne sont que pour des indications bien précises (grossesse, voyage en avion, ...) ce qui explique ces résultats.

40 % des patients portent leur bas été comme hiver, mais la moitié des patients sondés préfèrent les porter que l'hiver. L'influence de la saison n'est donc pas négligeable. Ce qui peut se transposer aux données sur la population générale.

De plus, 85 % des personnes interrogées portent seul leur bas, sans aide. Cependant, un quart des patients éprouvent parfois des difficultés à les enfiler ou n'y arrive pas du tout.

- Cette étude a, par ailleurs, prouvé que le pharmacien d'officine est un professionnel de santé impliqué et à l'écoute.

Le patient fait confiance aux compétences et aux conseils du pharmacien. L'enquête a montré que pour 87,5 % des patients, le pharmacien remplit son rôle de conseil.

- Cette enquête avait pour but d'amener la problématique à la mise en place de l'ETP dans l'IVC. On a obtenu des avis partagés.

L'idée d'une prise de rendez-vous en entretien avec un pharmacien (dans un espace confidentiel de la pharmacie) a su convaincre 35 % des patients. Une mise en place d'entretien pharmaceutique destiné aux insuffisants veineux et de façon plus générale aux maladies veineuses, au même titre que les entretiens AVK ou asthme, ne semble donc pas utile pour de nombreux patients. Un rendez-vous, en supplément du médecin, serait difficile pour le patient.

On remarque toutefois que l'analyse des questionnaires remplis dans les pharmacies montre que les patients sont majoritairement favorables à une mise en place d'entretien (6 « oui » contre 4 « non »). Evidemment, le fait de remplir ce questionnaire dans la pharmacie a un impact dans la réponse des patients.

Au cabinet médical, les réponses sont très différentes de ceux obtenues dans les pharmacies. 62 % des patients ont, en effet répondu négativement à une éventuelle mise en place d'entretien avec leur pharmacien.

- Pour améliorer l'observance et corriger l'appréhension des patients, le pharmacien d'officine a le devoir d'éduquer son patient. La HAS insiste sur l'importance de mettre en pratique des programmes d'ETP.

Deux tiers des patients sondés en officine sont pour la mise en place de programmes d'ETP qui serait bénéfique pour optimiser la prise en charge. Un quart des patients s'étant abstenu de répondre, on peut penser qu'ils ne se voyaient pas dans cette question, ils ne considèrent pas que cela puisse les aider à mieux vivre leur maladie.

La majorité des patients sondés au cabinet médical sont également favorables aux ETP.

Les patients ont conscience que mettre en place des programmes des ETP seraient bénéfiques et que les professionnels de santé peuvent, en pluridisciplinarité, avoir un impact considérable sur leur qualité de vie.

Cette étude possède des **forces** et des **faiblesses**.

Parmi les forces, l'échantillon de patients (80 patients) est important sur une période d'étude de 4 mois. Ce questionnaire n'était pas chronophage, ce qui est un point fort. Malgré leur temps limité, les médecins ont largement contribué à l'élaboration de cette étude en faisant remplir les questionnaires à leur patient en toute confiance dans le cabinet.

Les limites : ces données ne peuvent suggérer que notre échantillon soit représentatif de la population française dans sa globalité. De plus, une des faiblesses sont les données manquantes pour certains items du questionnaire bien que la grande majorité des réponses fût complète.

Un item sur la satisfaction des patients concernant « les médicaments prescrits par leurs médecins » manquait de pertinence puisque cet item est très souvent resté vide et n'était pas logique.

Le contexte et le lieu pour répondre au questionnaire sont des éléments qui ont pu influencer les réponses des patients. Ils ont peut-être répondu de façon à avoir des réponses attendues pour certains items.

La **deuxième étude** auprès des médecins spécialistes, nous a permis d'avoir des avis des experts des pathologies circulatoires.

Les 7 médecins sondés exercent dans des cabinets médicaux à Limoges et à Châteauroux.

- Pour les médecins, le pharmacien d'officine a un rôle majeur, du fait de sa position avec le patient, dans le conseil (choix des bas, règles hygiéno-diététiques).
- Cette étude a montré que l'observance thérapeutique est le premier élément attendu par les médecins puisque l'adhésion est fondamentale pour une bonne prise en charge.
- Les ETP ne sont pas connus par tout le corps médical. Certains médecins ont évoqué le déficit de médecin et le rôle que pourrait avoir le pharmacien dans les conseils à donner aux patients lors de la dispensation des traitements.
- La mise en place d'ETP pour les affections veineuses et notamment pour l'IVC serait intéressant pour 70 % des médecins sondés.
- Les programmes d'ETP se sont développés dans divers domaines de la médecine : en diabétologie, en pathologies respiratoires, rhumatologie, oncologie, ...

Lors de nos différentes discussions avec ses médecins, ils sont pour que les affections veineuses et les pathologies circulatoires au sens générale puissent être considérées comme les autres domaines puisque ce sont aussi des pathologies chroniques qui touchent des millions de personnes en France.

- L'ETP apportera, selon eux, une meilleure acceptation de la maladie, une meilleure compliance des patients et plus de temps accordé au patient pour une bonne compréhension et une prise en charge optimale.

Le mot « observance » apparaît plusieurs fois dans les réponses données par les médecins. La proximité et le temps du pharmacien sont à mettre au service du patient.

Les médecins veulent agir en pluridisciplinarité. Cette notion est fondamentale puisqu'elle constitue le cœur même des objectifs de l'ETP.

Le pharmacien pourrait avoir un rôle de conseil et d'orientation en complément du médecin. Dans le cas de l'IVC, le choix et la technique de pose des bas sont parmi les conseils à donner.

Forces et faiblesses de l'étude :

+ pas chronophage, réponses courtes

+ bonne implication des médecins

- médecins questionnés sont des spécialistes en angiologie-phlébologie (peu nombreux)

- des questionnaires destinés aux pharmaciens auraient également permis de connaître leur point de vue sur la mise en place de l'ETP.

Pour finir, nous avons décidé de comparer notre étude avec une **étude épidémiologique dite « Pharma-Veine en milieu officinal »** parue dans la revue **Actualités Pharmaceutiques** qui a permis de mettre en évidence l'importance du conseil pharmaceutique dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. (47)

C'est une étude épidémiologique nationale, transversale, multicentrique, descriptive, conduite en 2008 auprès de pharmaciens d'officine recrutés par mail sur l'ensemble de la France.

L'étude a démontré que parmi l'ensemble des patients se rendant à l'officine pour une insuffisance veineuse, près d'un quart demande conseil directement au pharmacien. Cette population correspond statistiquement à des personnes actives, présentant une pathologie veineuse d'apparition récente, notamment sur le plan des signes physiques. Selon les résultats, près de la moitié de cette population estime que leurs troubles ne nécessitent pas une consultation médicale préalable. La démarche diagnostique et thérapeutique des pharmaciens face à ces demandes de conseil témoigne d'une bonne appréciation clinique de la maladie veineuse. « Bien que déremboursés, les veinotoniques ont gardé leur place dans la prise en charge et sont conseillés à 85 % des patients, en parallèle aux conseils d'hygiène de vie appropriés tels qu'éviter la sédentarité, la station debout prolongée et l'exposition à la chaleur ». La préconisation d'une compression à un patient sur deux est également relevée mais ce taux est encore insuffisant aux vues des recommandations de la HAS. Cette étude s'appuie sur ce constat : « Des efforts de persuasion doivent être renforcés, même s'ils se heurtent aux réticences des patients, notamment aux stades précoces de l'insuffisance veineuse ».

Conclusion

L'insuffisance veineuse chronique est une pathologie chronique qui touche des millions de personnes en France. Face à cette maladie, le pharmacien d'officine a un rôle éducatif primordial.

A l'heure où la part des personnes âgées dans la population générale est de plus en plus importante, tous les moyens doivent être mis à disposition des professionnels de santé afin qu'ils travaillent en collaboration à un suivi plus efficient des patients insuffisants veineux, dès les premiers stades de la maladie.

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine mutation. De nouvelles missions lui ont été confiées par la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009. Le pharmacien a un rôle d'accompagnement du patient dans son parcours de soin.

Sa disponibilité et son accessibilité font de lui un pivot essentiel dans la prise en charge et dans le suivi du traitement de ses patients. Le pharmacien d'officine dispose d'un arsenal thérapeutique important pour prévenir et traiter les patients insuffisants veineux.

L'assiduité des patients à suivre leurs traitements médicamenteux ou non médicamenteux est l'un des enjeux de l'éducation thérapeutique du patient ainsi que des entretiens pharmaceutiques.

Les deux études ont montré que le pharmacien d'officine a un rôle essentiel dans l'observance thérapeutique du patient et dans les conseils hygiéno-diététiques. Son rôle central est approuvé par les patients et les médecins.

Le renforcement du lien ville-hôpital permet de rapprocher les professionnels de santé pour un travail en pluridisciplinarité et donc d'améliorer la prise en charge des patients, notamment ceux atteints par des maladies veineuses.

Références bibliographiques

1. Robertson L, Evans C, Fowkes FGR. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology*. 1 juin 2008;23(3):103-11.
2. Grandin M, Merlet C, Leroux A, Launay A, Faure S. Insuffisance veineuse : le pharmacien en première ligne. *Actual Pharm*. 1 mars 2014;53(534):29-32.
3. F. BECKER; Dictionnaire des termes de médecine vasculaire. TOME 1 Pathologie veineuse. 2005 [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/dictionnaire-des-termes-de-medecine-vasculaire-pack-2-volumes-9782294019654.html>
4. Pérez-Martin A, Schuster I, Mestre S, Veye F, Quéré I, Dauzat M. Chapitre 2 - Physiologie de la circulation veineuse systémique et de la circulation pulmonaire. In: Lacroix P, éditeur. *La maladie thrombo-embolique veineuse* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 17 mai 2019]. p. 7-16. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294744891000024>
5. Ramelet A-A, Perrin M, Kern P. Physiologie de la circulation veineuse au membre inférieur: Pathogénie et physiopathologie des varices et des télangiectasies. In: Ramelet A-A, Perrin M, Kern P, éditeurs. *Les varices et télangiectasies (Deuxième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2010 [cité 21 mars 2019]. p. 49-68. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294709869000049>
6. Pathologie Veineuse Chronique. In: *Traité de médecine vasculaire* [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 4 févr 2019]. p. 117-256. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294713460500021>
7. Phlébologie A-A RAMELET, M.PERRIN, P.KERN, H.BOUNAMEAUX. 5e édition. 2006 [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/Livre/elsevier-masson/abreges/phlebologie/1103>
8. Uhl J-F, Gillot C. La pompe veineuse du pied : anatomie et physiologie. *J Mal Vasc*. 1 mars 2010;35(2):107.
9. Becker F. Varices. Insuffisance veineuse chronique. Ulcères des membres inférieurs. Point de vue. *Rev Médecine Interne*. 1 janv 2004;25(1):65-73.
10. Dupuy PM. Physiologie du retour veineux. 1999;4.
11. Ramelet A-A, Perrin M, Kern P. Symptomatologie. In: Ramelet A-A, Perrin M, Kern P, éditeurs. *Les varices et télangiectasies (Deuxième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2010 [cité 29 août 2019]. p. 69-79. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294709869000050>
12. Battu V. Insuffisance veineuse : conseils et accompagnement du patient. *Actual Pharm*. sept 2017;56(568):55-8.
13. Grandin M, Merlet C, Leroux A, Launay A, Faure S. Insuffisance veineuse : le pharmacien en première ligne. *Actual Pharm*. 1 mars 2014;53(534):29-32.
14. Cardiologie. Insuffisance veineuse chronique. Varices; Société Française de Cardiologie [Internet]. iPublishcentral. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-elsevierelibrary-fr.ezproxy.unilim.fr/epubreader/cardiologie66693>

15. « Quand consulter votre Phlébologue » Phlébologie -Angiologie. Médecine esthétique - Dr Bouaziz Nice [Internet]. David Bouaziz | Phébologie - Angiologie - Médecine esthétIQUE. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.phlebologue-nice.com/consulter-votre-phlebologue/>
16. Prerovsky. Prerovsky. Diseases of the Veins. Word Health Organization. OMS. World Health Organization; 1964. book.
17. Delluc A, Le Ven F, Mottier D, Le Gal G. Épidémiologie et facteurs de risque de la maladie veineuse thromboembolique. Rev Mal Respir. févr 2012;29(2):254-66.
18. JIM. Journal International de Médecine. Place à l'intervention précoce dans l'ulcère veineux. [Internet]. [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: https://www.jim.fr/mon_compte/login.phtml
19. Qu'est-ce que l'écho-Doppler veineux? Société Française de Phlébologie [Internet]. Société Française de Phlébologie. 2019 [cité 30 août 2019]. Disponible sur: <https://www.sf-phlebologie.org/qu-est-ce-que-l-echo-doppler-veineux/>
20. Thèse Sarah FANAUD: L'insuffisance veineuse des membres inférieurs et ses traitements. Université de Limoges. 2010.
21. Médicaments veinotoniques: un traitement d'appoint décevant. Pharma-flash. 2002 [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2002_29_3.pdf
22. La phytothérapie dans le traitement de l'insuffisance veineuse - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/jambes-lourdes.html?pb=phytotherapie-plantes>
23. Les compléments alimentaires contre l'insuffisance veineuse - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/jambes-lourdes.html>
24. DAFLON - VIDAL 2019 [Internet]. EurekaSanté. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-odaflo01-DAFLON.html>
25. DIOSMINE - VIDAL 2019 [Internet]. EurekaSanté. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf490012-DIOSMINE-MYLAN.html>
26. Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation. 2002;8.
27. Lardry J-M. Les principales huiles essentielles utilisées en massage. Kinésithérapie Rev. janv 2007;7(61):24-9.
28. Couic-Marinier F, Lobstein A. Mode d'utilisation des huiles essentielles. Actual Pharm. avr 2013;52(525):26-30.
29. Brecher E, Kutner M, Viswanath A, Finkelman M, Reid D, Chang D, et al. Homeopathic arnica montana in reducing edema and pain following third molar extraction. Int J Oral Maxillofac Surg. mai 2019;48:61.

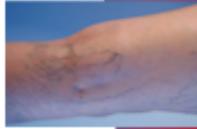
30. Évaluation des médicaments homéopathiques HAS 2019 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3067191/fr/evaluation-des-medicaments-homeopathiques
31. Médicaments homéopathiques : une efficacité insuffisante pour être proposés au remboursement. HAS juin 2019 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3066934/fr/medicaments-homeopathiques-une-efficacite-insuffisante-pour-etre-proposes-au-remboursement
32. Dispositifs de compression médicale à usage individuel utilisation en pathologies vasculaires. Rapport de la HAS. J Mal Vasc. juin 2011;36(3):174-84.
33. Debure - 2015 - La compression veineuse dans l'insuffisance veineuse.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://pdf.sciencedirectassets.com/>
34. Julien N. La fabrication des bas de contention : une exigence de qualité. Actual Pharm. févr 2016;55(553):33-6.
35. Grandin M, Merlet C, Leroux A, Launay A, Faure S. Prévention des complications de l'insuffisance veineuse. Actual Pharm. mars 2014;53(534):21-8.
36. Allaert F-A. Éduquer le patient pour accroître l'efficacité de la compression veineuse. Actual Pharm. juin 2015;54(547):1-7.
37. Qu'est ce que la matériovigilance? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.anism.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/(offset)/0)
38. Ozberk S, Karadibak D, Polat M. Predictors of exercise capacity in chronic venous disease patients. Phlebology. 25 août 2019;
39. Soydan E, Yilmaz E, Baydur H. Effect of socio-demographic characteristics and clinical findings on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. Vascular. août 2017;25(4):382-9.
40. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38.
41. Dossier Médical Partagé : Découvrir le DMP. Assurance Maladie ameli.fr [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
42. Organisation Mondiale de la Santé. ETP, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, 1998 [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
43. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. HAS. Juin 2007. mars 2009;4(1):39-43.
44. Haute Autorité de Santé. Synthèse : évaluations d'un programme ETP [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/synthese_evaluation_etp_v2_2014-06-17_16-39-42_203.pdf

45. Satger B. L'éducation thérapeutique des patients atteints d'insuffisance veineuse chronique. *J Mal Vasc*. 1 mars 2008;33:S4.
46. Assurance Maladie. Calcul d'IMC et bilan médical d'un excès de poids. Ameli.fr [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/calcul-imc-bilan-medical>
47. Allaert F-A. Le conseil pharmaceutique dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs: Étude Pharma-Veine en milieu officinal. *Actual Pharm*. 1 oct 2009;48(489):37-40.

Annexes

Annexe 1. Fiche pour l'équipe officinale.....	109
Annexe 2. Questionnaire PATIENT.....	110
Annexe 3. Enquête auprès des médecins vasculaires (Angiologie/Phlébologie).....	113

INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE



SYMPTÔMES

Jambes lourdes

Sensations de fourmillements et de tiraillements



Gonflements / Oedèmes

Crampes nocturnes

PHYTOTHERAPIE

Marronnier d'Inde *Aesculus hippocastanum* 240-290mg 2fois/j

Aescine (écorces)
ARKOGELULES, **ELUSANES**, **CIRCULYMPHE**

Fragon épineux *Ruscus aculeatus* 350 mg 3fois/jour

Ruscogénine (rhizomes)
ARKOGELULES, **BICIRKAN**, **CYCLO 3 FORT**, **VEINOBIASE**

Vigne rouge *Vitis vinifera*

Quercétine (feuilles) 360-720 mg/j

Oligo-proanthocyanosides (pépins) 150-300 mg/j **ENDOTELON**

Ginkgo *Ginkgo biloba*
ELUSANES



AROMATHERAPIE

H.E. de CYPRES
3 gouttes mélangées à 5 gouttes d'huile végétale (HV), en remontant de la cheville au genou. Massage des jambes matin et soir pdt 20 jours

H.E. d'HEILCHRYSE ITALIENNE

5 gouttes dans 20 gouttes d'HV et masser les jambes le soir.

H.E. de LENTISQUE Pistachier 5 gouttes dans 20 gouttes d'HV, matin et soir

HOMÉOPATHIE

Jambes lourdes ou impatiences : **HAMAMÉLIS COMPOSÉ**

Jambes marbrées ou engelures : **PULSATILLA 7CH**

Varices douloureuses et crampes : **ZINCUM MET.** et **CUPRUM MET. 9CH**
- 5 granules de chaque 3 fois par jour



CONSEILS ASSOCIÉS : **BAS DE COMPRESSION MEDICALE**, activité physique (marche, natation...), éviter de rester immobile et longtemps assis, surélever les jambes de 15-20 cm, eau froide des pieds jusqu'en dessous des jambes, consultation d'un médecin spécialiste (phlébologue/angiologue).

Annexe 2. Questionnaire PATIENT

Questionnaire PATIENT (Anonyme)

Sexe :

- Masculin
- Féminin

Age :

Poids et taille :

Quels symptômes avez-vous ?

- DOULEURS AUX JAMBES : le jour ? la nuit ? jour ET nuit ?
- LOURDEURS DE JAMBES
- VEINES BLEUES VISIBLES/VARICES
- ESCARRES/ULCERES
- CEUX CITES ET AUTRES :

**Quels sont les médicaments que vous avez pour soigner votre pathologie veineuse
Comprimés, crèmes, homéopathie, huiles essentielles, etc...**

**Pensez-vous que votre médecin vous prescrit trop ou pas assez de médicaments pour
soulager votre pathologie veineuse ?**

Avez-vous des chaussettes ou bas ou collants de contention ?

- OUI
- NON

SI OUI, depuis combien de temps (mois, années) en portez-vous ?

Vous les portez :

- tous les jours
- 3 à 5 fois par semaine

- 1 fois par semaine environ
- que lorsque vous le jugez nécessaire (station debout prolongée, grossesse, voyage en avion,...)
- rarement

Préférez-vous les porter :

- été comme hiver
- plutôt l'été
- plutôt l'hiver

Vous les enfiler :

- tout seul (besoin de personne)
- ma compagne/mon compagnon/autre personne m'aide
- grâce à un enfile-bas

Niveau de difficulté pour les enfiler :

- aucune difficulté
- parfois c'est difficile (pas la bonne méthode, pas le temps, "ça glisse",...)
- je n'arrive pas à les enfiler, c'est pourquoi je ne les porte que rarement

Concernant votre pathologie veineuse, vous pensez que votre Pharmacien :

- est compétent, il sait me conseiller et m'explique bien pour mes bas/chaussettes de contention
- doit me conseiller davantage, mieux m'accompagner dans mes traitements
- doit faire preuve de plus d'empathie, j'ai besoin d'être écouté

Votre pharmacien doit-il s'impliquer davantage dans la prise en charge de votre pathologie veineuse ? Si oui, de quelle manière

Il serait souhaitable que le pharmacien (plusieurs cases peuvent être cochées) :

- me conseille davantage sur les règles hygiéno-diététiques
- m'aide dans le choix (matière et couleur) de bas/chaussettes, adapter à mes besoins
- me propose des médicaments en vente libre (comprimés, crèmes,..) en plus de ceux prescrits par mon médecin

Serait-il intéressant et bénéfique pour vous si votre pharmacien vous prenait en RDV (entretien) dans un espace confidentiel dans sa pharmacie pour faire le point sur votre maladie ?

- OUI, bonne idée
- NON, inutile

Des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) existent pour certaines pathologies chroniques comme le diabète, la BPCO, certaines pathologies rhumatismales ou encore le cancer... Ces programmes sont destinés aux patients et sont dirigés par une équipe pluridisciplinaire formée (médecins, kinés, infirmiers, pharmaciens,..). Le but est d'aider le patient à prendre soin de lui-même et à vivre au mieux avec sa pathologie. La question serait d'étendre cette pratique avec des programmes d'ETP concernant les affections veineuses chroniques dans les services de médecine vasculaire des hôpitaux.

- Si on me proposait, cela serait intéressant pour une prise en charge optimale de ma maladie
- Je ne pense pas que cela puisse m'aider à mieux vivre et mieux comprendre ma maladie

Annexe 3. Enquête auprès des médecins vasculaires (Angiologie/Phlébologie)

1) Vous exercez :

- dans un cabinet médical
- à l'hôpital
- autre :

2) Concernant les affections veineuses des membres inférieurs dont souffrent vos patients, pensez-vous que le Pharmacien d'officine :

- est très impliqué dans le conseil au patient (choix des bas, règles hygiéno-diététiques,..)
- doit être plus impliqué que cela
- n'est quasiment pas impliqué

3) A quels niveaux le Pharmacien d'officine doit-il s'impliquer davantage ? (Plusieurs cases peuvent être cochées)

- médicaments conseils (cp, gélules, crèmes,..) en complément de ce que vous prescrivez
- observance du patient (exemple : choix des bas, matière et couleur)
- règles hygiéno-diététiques (surélever les jambes, douches froides, éviter chaussures à longs talons, activité physique...)
- autres (précisez)

4) Pharmacien d'officine : implication dans les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP); qu'en pensez-vous ?

5) Serait-il intéressant de mettre en place des programmes d'ETP pour les affections veineuses, notamment pour l'Insuffisance veineuse chronique, de la même façon qu'il se fait en Diabétologie, Pathologies respiratoires, Rhumatologie, Cancérologie,... ?

6) Selon vous, qu'est-ce-que l'ETP apportera aux patients ? En quoi la mise en place de programme d'ETP serait bénéfique pour les patients atteints de IVC ?

7) Est-ce-que le Pharmacien d'officine peut avoir un rôle dans l'ETP ? Quelle place pour le Pharmacien ? (Compression veineuse,...)

8) Qu'est-ce-qui soulagerait (diminuerait la charge de travail) les médecins ?

- que les pharmaciens s'occupent davantage des traitements
- le rôle que peut avoir les pharmaciens concernant l'observance des patients
- la compression : choix des modèles, marques, matières et couleurs des bas
- autres (précisez)

REMARQUES :

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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.

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE. ENQUETE AUPRES DES PATIENTS ET DES MEDECINS VASCULAIRES EN VUE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

L'insuffisance veineuse est une affection veineuse chronique des membres inférieurs. C'est une pathologie évolutive et handicapante. Le pharmacien d'officine se trouve en première ligne dans la prise en charge de cette maladie insidieuse. Le dépistage et le diagnostic de cette maladie sont primordiaux et conditionnent un traitement rapide pour éviter ou, du moins, freiner l'évolution vers des complications comme la thrombose veineuse ou les ulcères. De nombreux facteurs favorisants doivent être pris en compte tels que le nombre de grossesses, la prise d'un contraceptif, le surpoids ou la station debout. Le pharmacien d'officine dispose d'un arsenal thérapeutique très varié pour prévenir ou traiter cette maladie. Les bas médicaux de compression, traitement de référence des affections veineuses, doivent souvent être associés à des traitements complémentaires comme les veinotoniques. Le but de cette thèse est de déterminer la place du pharmacien dans la prise en charge des patients insuffisants veineux et d'identifier des pistes d'amélioration et de sécurisation. Deux enquêtes menées auprès des patients et des médecins vasculaires ont permis de dresser un bilan sur l'adhésion des patients et sur la position des médecins spécialistes vis-à-vis de l'implication du pharmacien et de l'interdisciplinarité. L'éducation thérapeutique, qui fait déjà partie intégrante dans d'autres domaines comme la Diabétologie, permet une coopération entre professionnels de santé où le pharmacien sait apporter toute son expertise sur une pathologie chronique. De nouveaux défis de santé publique, comme la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique pour les pathologies veineuses, permettraient de décloisonner les disciplines, d'ouvrir le dialogue entre professionnels pour replacer le patient au centre même du système.

Mots-clés : Insuffisance veineuse chronique, pharmacien, bas médicaux, veinotoniques, observance, éducation thérapeutique du patient.

MANAGEMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY BY THE PHARMACIST. PATIENTS AND DOCTORS SURVEYS FOR AN THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION PROGRAM

Venous insufficiency is a chronic venous disorder of the lower limbs. It's progressive and disabling illness. The pharmacist on the front line in the management of this insidious disease. The screening and diagnosis of this disease are essential and require prompt treatment to prevent or, at least, slow the progression to complications such as venous thrombosis or ulcers. Many favourable factors must be taken into account such as the number of pregnancies, taking a contraceptive, smoking, or the upright posture. The pharmacist has a wide range of therapeutic arsenal to prevent or treat this disease. Medical compression stockings, reference treatment for venous diseases, often needs to be associated with complementary treatments such as veinotonic drugs. The aim of this thesis is to determine the role of the pharmacist in the management of patients with venous insufficiency and to identify ways to improve them. Two surveys of patients and vascular physicians made it possible to draw up an assessment of patients' adherence, and on the position of specialist doctors regarding the pharmacist's involvement and interdisciplinarity. Therapeutic education, which is already an integral part of other fields such as Diabetology, allows cooperation between health professionals where the pharmacist can bring all his expertise on a chronic pathology. New public health challenges, such as the establishment of therapeutic education programs for venous pathologies, would allow decompartmentalization of disciplines, opening the dialogue between professionals to put the patient at the center of the system.

Keywords : Chronic venous insufficiency, pharmacist, medical compression stockings, veinotonic drugs, adherence, therapeutic patient education.

