



Étude COMPAD 2

Compression médicale pour ulcère de
jambe et plaies chroniques du pied
chez le patient atteint
d'artériopathie : enquête de pratique

Étude élaborée par le
Comité Interfaça Compression de la SFMV

* 3 premières lettres nom et 2
premières lettres prénom

VISITE D'INCLUSION

IDENTIFICATION

Identifiant centre :	
Mot de passe :	
N° Patient :	
Identification patient * :	
Date naissance patient :	

CRITERES INCLUSION

	OUI	NON
Plaie chronique du membre inférieur (jambe et/ou pied orteils compris) non cicatrisée depuis > 6 semaines ou récidive < 2 semaines		
Traitement compressif indiqué pour favoriser la cicatrisation		
Existence d'une artériopathie des membres inférieurs		

CRITERES EXCLUSION

	OUI	NON
Ischémie sévère des membres inférieurs selon les critères de l'ICC 2020 (au moins 1 des critères suivants) : IPS < 0.6 ou pression systolique cheville < 60 mmHg ou pression systolique orteil < 30 mmHg ou tpo2 < 20mmHg ou pontage vascularize périphérique extra anatomique		
AOMI nécessitant une revascularisation à court terme		
Angiodermite nécrosante		
Sclérodémie systémique		
Plaie chronique sus-gonale		
Malformation vasculaire ou fistule-artério-veineuse		
Altération état général		
Espérance de vie < 6 mois		
Suivi téléphonique impossible (pas de contact)		
Inclusion dans autre protocole		
Infection nécessitant une antibiothérapie (contre-indication temporaire)		
Allergie/intolérance à la compression		

INFORMATIONS PRELIMINAIRES ET CARACTERISTIQUES PATIENTS

Date inclusion	
Patient vu	<input type="radio"/> En cabinet <input type="radio"/> Hôpital <input type="radio"/> Centre de cicatrisation
Age (ans)	
Poids (Kg)	
Taille (Cm)	
Sexe	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin

	DROIT	GAUCHE
COTE DE LA PLAIE : (si ulcère bilatéral, choisissez le membre le plus intéressant selon vous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I - ANTECEDENTS

ANTECEDENTS CARDIO-VASCULAIRES	OUI	NON	NE SAIS PAS
Coronaropathie			
AOMI connue			
Artériopathie carotidienne symptomatique			
Dyslipidémie authentifiée			
HTA			
Diabète			
Antécédent de tabagisme			
Tabac actif ou sevré depuis moins de 2 mois			
Revascularisation du membre étudié			
Amputation distale du membre étudié			
Antécédent familiaux 1 ^{er} degré			

ANTECEDENTS PHLEBOLOGIQUES DU MEMBRE ETUDIE	OUI	NON	NE SAIS PAS
ATCD de TVP			
ATCD ulcère veineux			
Ablation saphène (toutes techniques)			
Ablation de perforante (toute techniques)			
Compression élastique			
Intolérance textile de la compression			

AUTRES ANTECEDENTS	OUI	NON	NE SAIS PAS
Insuffisance rénale chronique			

II - EXAMEN CLINIQUE

PRESSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE HUMERALE (mmHg) :	DROITE	GAUCHE

EXAMEN CLINIQUE ARTERIEL DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI *	NON
* Si OUI, remplir le tableau suivant		
Claudication		
Douleur de repos		
Pouls tibial postérieur perçu		
Pouls pédieux perçu		
Pâleur du pied en décubitus		
Pied froid		
Erythrocyanose de déclivité		
Temps recoloration capillaire > 3sec		

EXAMENS ARTERIELS REALISES	OUI	NON	Valeur
<i>(Si oui, préciser la valeur)</i>			
Pression systolique cheville la plus haute IPS			
Pression systolique gros orteil SYSTOE			
Pression systolique gros orteil Laser Doppler IPSo			
Pôle Test			
TCPO2			
PAT (Plantar Artery Acceleration time)			

EXAMEN VEINEUX DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI *	NON
* Si OUI, remplir le tableau suivant		
C2 Varices		
C3 Œdème veineux		
C4a Eczéma variqueux (non allergique)		
C4b Hypodermite inflammatoire		
C4b Hypodermite scléreuse		
C4b Atrophie blanche		
C4c Corona phlebectatia		
C5 Ulcère cicatrisé		
C6 Ulcère veineux ouvert		

AVEZ-VOUS MESURE LE PERIMETRE DE CHEVILLE ?			
<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON	DROITE	GAUCHE
* SI OUI, indiquer les valeurs (en mm) :			

EXISTE-T-IL UNE AUTRE ETIOLOGIE A L'OEDEME QU'UNE CAUSE VEINEUSE ?	OUI *	NON	NE SAIS PAS
* SI OUI, remplir le tableau suivant :			
Insuffisance cardiaque			
Pathologie rénale chronique			
Insuffisance hépatique			
Chirurgie orthopédique			
Lymphœdème			
Dénutrition			

AUTRES ANOMALIES DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI *	NON	NE SAIS PAS
* SI OUI, remplir le tableau suivant :			
Ankylose de cheville			
Amyotrophie			
Neuropathie périphérique authentifiée			
Paralysie/parésie			
Pieds creux/plats			
Séquelle de traumatisme			
Si autres anomalie (préciser) :			

AUTONOMIE (choix unique)	Si marche, périmètre de marche :		
<input type="radio"/> Marche sans aide	<input type="radio"/> < 50m	<input type="radio"/> 50 à 100m	<input type="radio"/> > 100m
<input type="radio"/> Marche avec aide	<input type="radio"/> < 50m	<input type="radio"/> 50 à 100m	<input type="radio"/> > 100m
<input type="radio"/> Fauteuil roulant			
<input type="radio"/> Fauteuil / Lit			
<input type="radio"/> Grabataire			

III - ULCERE

CARACTERISTIQUES DE L'ULCERE DU MEMBRE ETUDIE (choisir le plus grand si multiple)	
Nombre d'ulcères :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 ou plus
Y-a-t-il des ulcères multiples ou ulcère bilatéral ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Photos de l'ulcère le plus grand (une ciblée sur la plaie et une de loin) NON OBLIGATOIRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Ancienneté (en semaines) :	
Localisation :	<input type="radio"/> Péri malléolaire <input type="radio"/> En jambe <input type="radio"/> Pied <input type="radio"/> Orteil
Dimension (en mm) :	• Grand axe : _____ mm • Petit axe : _____ mm
Exsudation :	<input type="radio"/> Absente <input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Importante
Echelle colorielle de l'ulcère : (somme totale doit être de 100%)	• Nécrose : _____ % • Bourgeons : _____ % • Fibrine : _____ % • Epidermisation : _____ %
Peau péri-lésionnelle :	<input type="radio"/> Saine <input type="radio"/> Pathologique *
* Si pathologique, décrivez l'ulcère (choix multiple possible)	
<input type="checkbox"/> Macérée <input type="checkbox"/> Eczématisée <input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Hyperkératose <input type="checkbox"/> Ischémique <input type="checkbox"/> Calcinose <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :	

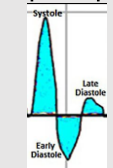
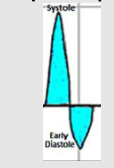
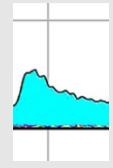
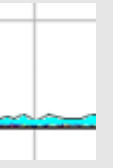
IV – ECHO-DOPPLER

RESULTAT DES EXPLORATIONS VASCULAIRES DU MEMBRE ETUDIE	
Existe-t-il un examen écho-Doppler artériel antérieur exploitable ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON *
* Si non, réalisez-vous un Echo-Doppler artériel des membres inf ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous ne faites pas de Doppler, sur quels critères retenez-vous le diagnostic de l'AOMI (merci de préciser votre réponse) :	

Si vous disposez d'un écho-Doppler artériel ou si vous faites un écho-Doppler artériel des membres inférieurs :

Sténose ou occlusion artères proximales	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
* SI OUI, précisez :		
<input type="radio"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 1 étage		
<input type="radio"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion ≥ 2 étages		
Sténose ou occlusion artères distales	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
* SI OUI, précisez :		
<input type="radio"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 1 axe		
<input type="radio"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 2 axes		
<input type="radio"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 3 axes		
Existe-t-il une rigidité de la paroi artérielle (médiocalcose ou médiocalcinose) ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Une analyse des flux est-elle disponible ?	<input type="radio"/> OUI *	<input type="radio"/> NON
*SI OUI, précisez :		
<input type="radio"/> Classification simplifiée des flux (tri, bi monophasique)		
<input type="radio"/> Classification St Bonnet		

Si vous utilisez la CLASSIFICATION SIMPLIFIEE, merci de préciser en cochant les cases correspondantes :

	Triphasique	Biphasique	Mono	Absent	Non dispo
					
Axe sus inguinal					
Fémoral					
Poplitée					
Tibiale antérieure					
Tibiale postérieure					
Fibulaire					

Si vous utilisez la CLASSIFICATION DE ST BONNET, merci de préciser en cochant les cases :

																Non Docum
	N	N-cf	A	A-cf	B	B-cf	C1	C1-cf	C2	C2-cf	D	D-cf	E	E-cf	O	
Axe artériel sus inguinal																
Fémorale																
Poplitée																
Tibiale antérieure																
Tibiale postérieure																
Fibulaire																

ECHO-DOPPLER VEINEUX RECENT OU ANTERIEUR

Reflux > 500 ms pour saphènes tributaires perforantes
 Reflux > 1 s pour le veineux profond

	Normal	Reflux	Obstruction	Obstruction et reflux	Non dispo
Réseau profond					
Saphènes					
Perforantes					

V - COMPRESSION

PRESCRIPTION DE LA COMPRESSION

Le patient porte-t-il déjà une compression ? NON (1) OUI (2)

(1) SI NON. Précisez le motif de non port de compression :

- Aucune compression antérieure prescrite
- Compression prescrite antérieurement mais non portée car : (choix multiple possible)
 - Ulcère douloureux
 - Précarité sociale
 - Refus du patient
 - Compression mal adaptée
 - Intolérance à la compression
 - Autres

Si autres, précisez :

(1) SI OUI. Si le patient porte déjà une compression :

Préciser depuis combien de temps _____ (en semaines)

Merci de préciser laquelle (cf tableau ci-dessous) :

Bandage Nombre de bandes : 1 2 3 4

Kits commercial complet

Dispositifs de bandes multitypes « maison » (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)

BANDES	1	2	3	4
Inélastique				
Allongement court				
Allongement long				
Inélastique issue d'un kit commercial multi type				
Allongement court issue d'un kit commercial multi type				
Allongement long issue d'un kit commercial multi type				
Dispositifs supplémentaires : capitonnage ou padding	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON	

Orthèse Nombre d'orthèses : 1 2

ORTHESES	1			2		
Classe I	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant
Classe II	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant
Classe III	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant
Classe IV	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Collant

Kit Veinotrain ulcertec. Précisez : 39mmHg 46mmHg

Autre. Précisez : Wrap Botte enduite Autres. Précisez :

Modifiez-vous la compression antérieure (en place avant l'inclusion) ?

- OUI (1) NON (2)

(1) SI OUI. Si vous modifiez la compression précisez les changements :

<input type="radio"/> Bandage	Nombre de bandes :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<input type="checkbox"/> Kits commercial complet <input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison » (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)					
BANDES	1	2	3	4	
Inélastique					
Allongement court					
Allongement long					
Inélastique issue d'un kit commercial multi type					
Allongement court issue d'un kit commercial multi type					
Allongement long issue d'un kit commercial multi type					
Dispositifs supplémentaires : capitonnage ou padding	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON		

<input type="radio"/> Orthèse	Nombre d'orthèses :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
ORTHESES	1	2	
Classe I	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe II	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe III	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe IV	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
<input type="radio"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez :	<input type="radio"/> 39mmHg	<input type="radio"/> 46mmHg	
<input type="radio"/> Autre. Précisez :	<input type="radio"/> Wrap <input type="radio"/> Botte enduite <input type="radio"/> Autres. Précisez :		

(2) SI NON, prescrivez-vous une compression de novo ?

- OUI (*) NON

(*) SI OUI. Si vous prescrivez une compression, précisez les changements :

<input type="radio"/> Bandage	Nombre de bandes :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<input type="checkbox"/> Kits commercial complet <input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison » (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)					
BANDES	1	2	3	4	
Inélastique					
Allongement court					
Allongement long					
Inélastique issue d'un kit commercial multi type					
Allongement court issue d'un kit commercial multi type					
Allongement long issue d'un kit commercial multi type					
Dispositifs supplémentaires : capitonnage ou padding	<input type="radio"/> OUI		<input type="radio"/> NON		

<input type="radio"/> Orthèse	Nombre d'orthèses :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
ORTHESES	1	2	
Classe I	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe II	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe III	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
Classe IV	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	<input type="radio"/> Chaussette <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Collant	
<input type="radio"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez :	<input type="radio"/> 39mmHg	<input type="radio"/> 46mmHg	
<input type="radio"/> Autre. Précisez :	<input type="radio"/> Wrap <input type="radio"/> Botte enduite <input type="radio"/> Autres. Précisez :		