



# Etude COMPAD

Compression médicale pour  
ulcères de jambe chez le  
patient atteint d'artériopathie :  
enquête de pratique

Etude élaborée par le  
Comité Interface Compression de la SFMV

## VISITE D'INCLUSION

### INFORMATIONS GENERALES

IDENTIFICATION DU CENTRE	
Identifiant centre :	
Mot de passe :	
N° Patient :	
Identification patient (3 premières lettres nom et 2 premières lettres prénom) :	
Date de naissance patient :	

CRITERES INCLUSION		
	OUI	NON
Plaie de la jambe non cicatrisée depuis > 6 semaines ou récurrence < 2 semaines		
Traitement compressif indiqué pour favoriser la cicatrisation		
Existence d'une artériopathie des membres inférieurs		

CRITERES EXCLUSION		
	OUI	NON
Ischémie critique (Douleur de décubitus ou trouble trophique depuis au moins 15j avec pression artérielle systolique < 50mmHg cheville (<70mmHg chez le diabétique) ou < 30mmHg orteil (ou 50 mmHg diabétique)		
AOMI nécessitant une revascularisation à court terme		
Angiodermite nécrosante		
Sclérodermie systémique		
Ulcère non situé sur la jambe (atteinte du pied)		
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		
Allergie/intolérance à la compression		

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

## CARACTERISTIQUES CLINIQUES

	DROIT	GAUCHE
<b>COTE DE LA PLAIE :</b> <i>(si ulcère bilatérale, choisissez le membre le plus intéressant selon vous)</i>		

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 <sup>er</sup> degré			

	OUI	NON
<b>ANTECEDENTS PHLEBOLOGIQUES DU MEMBRE ETUDIE</b>		

Si oui, précisez :

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			

	DROIT	GAUCHE	Valeur (mmHg)
<b>PRESSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE HUMERALE</b>			

ETAT ARTERIEL DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI	NON	NE SAIS PAS
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 (Si oui, préciser la valeur)	OUI	NON	Valeur
Pression systolique cheville			
IPS			
Pression gros orteil SYSTOE			
Pression gros orteil Laser Doppler			
Pôle Test			
TCPO2			
PAT (Pedal plantar Artery Acceleration time)			

EXAMEN VEINEUX DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI	NON
Œdème		
Dermite ocre		
Lipodermatosclérose		
Hypodermite inflammatoire		
Atrophie blanche		
Corona phlebectatica		
Varices		

SI OEDEME, ETIOLOGIE DE L'OEDEME	OUI	NON	NE SAIS PAS
Veineux			
Insuffisance cardiaque			
Pathologie rénale chronique			
Insuffisance hépatique			
Chirurgie orthopédique			
Lymphoedème			
Dénutrition			

	DROITE	GAUCHE
PERIMETRE DES CHEVILLES (en mm) :		

SI AUTRE(S) ANTECEDENT(S) UTILE(S) DANS LE CADRE DE L'ETUDE, merci de préciser :

AUTRES ANOMALIES DU MEMBRE INFERIEUR ETUDIE	OUI	NON
Ankylose de cheville		
Amyotrophie		
Neuropathie périphérique		
Paralyse/parésie		
Pieds creux/plats		
Séquelle de traumatisme		
Si autres anomalie (préciser) :		

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

## CARACTERISTIQUES DE L'ULCERE DU MEMBRE ETUDIE

(choisir le plus grand si multiple)

Nombre d'ulcères :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ou plus
Y-a-t-il des ulcères multiples ou ulcère bilatéral ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Photos de l'ulcère le plus grand (une ciblée sur la plaie et une de loin)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Ancienneté (en semaines) :			
Localisation :	<input type="checkbox"/> Péri malléolaire	<input type="checkbox"/> En jambe	
Dimension (en mm) :	<input type="checkbox"/> Grand axe : _____ mm <input type="checkbox"/> Petit axe : _____ mm		
Exsudation :	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante		
Stade de l'ulcère : (la somme totale doit être de 100 %)	<input type="checkbox"/> Nécrose _____% <input type="checkbox"/> Bourgeons _____% <input type="checkbox"/> Fibrine _____% <input type="checkbox"/> Epidermisation _____%		
Peau péri-lésionnelle :			
<input type="checkbox"/> Saine			
<input type="checkbox"/> Pathologique	Si pathologique, décrivez l'ulcère : <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 :		

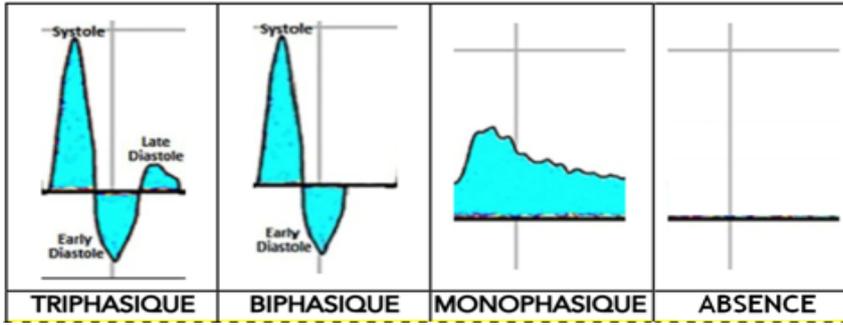
## RESULTATS DES EXPLORATIONS VASCULAIRES DU MEMBRE ETUDIE

Existe-t-il un examen écho-Doppler artériel antérieur exploitable ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si non, réalisez-vous un Echo-Doppler artériel des membres inférieurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si vous ne faites pas de Doppler, sur quels critères reprenez-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, précisez :

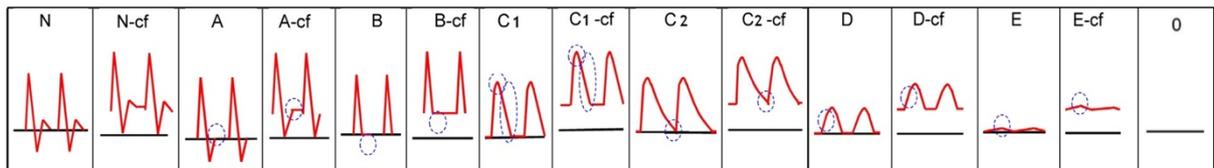
	OUI	NON
Sténose ou occlusion artères proximales	<input type="checkbox"/> OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 1 étage <input type="checkbox"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion ≥ 2 étages	<input type="checkbox"/>
Sténose ou occlusion artères distales	<input type="checkbox"/> OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 1 axe <input type="checkbox"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 2 axes <input type="checkbox"/> Sténose hémodynamique significative ou occlusion 3 axes	<input type="checkbox"/>
Une analyse des flux est-elle disponible ?	<input type="checkbox"/> OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Classification simplifiée des flux (tri, bi monophasique) <input type="checkbox"/> Classification St Bonnet	<input type="checkbox"/>

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



	Triphasique	Biphaseque	Mono	Absent	Non dispo
Axe sus inguinal					
Fémoral					
Poplitée					
Tibiale antérieure					
Postérieure					
Fibulaire					

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



	N	N-cf	A	A-cf	B	B-cf	C1	C1-cf	C2	C2-cf	D	D-cf	E	E-cf	0	Non dispo
Axe sus inguinal																
Fémoral																
Poplitée																
Tibiale antérieure																
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					

COMMENTAIRE LIBRE SUR LES EXPLORATIONS :

## PRESCRIPTION DE LA COMPRESSION

Le patient porte-t-il déjà une compression ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui depuis combien de temps (en semaines) :	Si le patient ne porte pas de compression précisez :
	<input type="checkbox"/> Aucune compression antérieure prescrite <input type="checkbox"/> Compression prescrite antérieurement mais non portée car :
	Si le patient ne porte pas de compression précisez : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ulcère douloureux</li> <li><input type="checkbox"/> Précarité sociale</li> <li><input type="checkbox"/> Refus du patient</li> <li><input type="checkbox"/> Compression mal adaptée</li> <li><input type="checkbox"/> Intolérance à la compression. Précisez :</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> Autres. Précisez :

### DESCRIPTION DE LA COMPRESSION

Si le patient porte déjà une compression merci de préciser laquelle :

<input type="checkbox"/> <b>Bandage</b>	Nombre de bandes :	<input type="checkbox"/> Kits commercial complet <input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)					
		<input type="checkbox"/> 1		Bande 1	Bande 2	Bande 3	Bande 4
		<input type="checkbox"/> 2	Inélastique				
		<input type="checkbox"/> 3	Allongement court				
		<input type="checkbox"/> 4	Allongement long				
		<input type="checkbox"/> 5	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, autres :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> <b>Orthèse</b>	Nombre :		Orthèse 1	Orthèse 2			
		<input type="checkbox"/> 1	Classe 1				
		<input type="checkbox"/> 2	Classe 2				
		<input type="checkbox"/> 3	Classe 3				
		<input type="checkbox"/> 4	Classe 4				
	<input type="checkbox"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez type :		<input type="checkbox"/> 39mmHg	<input type="checkbox"/> 46mmHg			
	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :						

Modifiez-vous la compression antérieure ou bien prescrivez-vous une compression de novo si le patient n'en porte pas ?

OUI                       NON

Si oui, détaillez :

<input type="checkbox"/> <b>Bandage</b>	Nombre de bandes :	<input type="checkbox"/> Kits commercial complet				
		<input type="checkbox"/> Dispositifs de bandes multitypes « maison (précisez en cochant dans les cases ci-dessous)				
	<input type="checkbox"/> 1		<b>Bande 1</b>	<b>Bande 2</b>	<b>Bande 3</b>	<b>Bande 4</b>
	<input type="checkbox"/> 2	Inélastique				
		Allongement court				
	<input type="checkbox"/> 3	Allongement long				
		Inélastique issue d'un kit commercial multi type				
<input type="checkbox"/> 4	Allongement court issue d'un kit commercial multi type					
	Allongement long issue d'un kit commercial multi type					
Dispositifs supplémentaires : capitonnage ou padding, autres :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> <b>Orthèse</b>	Nombre :		<b>Orthèse 1</b>	<b>Orthèse 2</b>		
		<input type="checkbox"/> 1	Classe 1			
	<input type="checkbox"/> 2	Classe 2				
		Classe 3				
		Classe 4				
<input type="checkbox"/> Kit Veinotrain ulcertec. Précisez type :		<input type="checkbox"/> 39mmHg	<input type="checkbox"/> 46mmHg			
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :						