Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE MULTICENTRIQUE de la VARIATION SAISONNIÈRE de l'INCIDENCE et de la PRÉVALENCE de l'ULCÈRE d'ORIGINE VEINEUSE

MULTICENTRE EPIDEMIOLOGICAL STUDY of the SEASONAL VARIATION of the INCIDENCE and the PREVALENCE of VENOUS ULCERS

ÉTUDE VÉSUVE : VARIATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE SAISONNIÈRE DE L'ULCÈRE VEINEUX

S. SADOUN

R É S U M É

Une étude épidémiologique multicentrique a permis d'apprécier la variation épidémiologique saisonnière de l'ulcère d'origine veineuse sur une année.

Matériel et méthodes : L'étude a été menée dans des cabinets d'angiologie en France métropolitaine.

La totalité des patients reçus dans ces cabinets, un jour de mars 2005 et un jour de septembre 2005, a été analysée.

Résultats : 14 investigateurs ont inclus 283 patients en mars et 207 en septembre, soit une variation négative de – 26 %. Chaque investigateur a vu 0,71 ulcère en moyenne en mars et 0,92 en septembre : la variation est de + 30 %. Le nombre de patients en cours de traitement est plus faible en septembre (– 15 %). La maladie concerne plutôt une population âgée.

Conclusion : La prévalence de l'ulcère d'origine veineuse est de 3 à 6 % des patients vus en angiologie. La prévalence augmente après l'été.

La poursuite de cette étude régulièrement tous les ans permettra d'analyser la variation inter-annuelle et intra-annuelle des paramètres de manière plus fine.

Mots-clefs : *ulcère, épidémiologie, saison.*

S U M M A R Y

A multicentre epidemiological study was conducted to evaluate the seasonal epidemiological variations of venous ulcers.

Material and methods : *The study was conducted in angiological clinics throughout France. The patients were recruited during one day in March 2005 and one day in September 2005.*

Results : *Fourteen investigators have included 283 patients in March and 207 in September : the negative variation was 26 %. In March the mean ulcer/investigator was 0,71 versus 0,92 in September : the increase was 30 %. The number of patients undergoing treatment was lower in September by 15 %. The patients were over 70 years of age.*

Conclusion : *The prevalence of the disease was 3-6 % of patients. There was an increase after the summer. This study will be repeated every year to evaluate the inter-annual and intra-annual variations of the epidemiological findings.*

Keywords : venous leg ulcer, epidemiology, season.

INTRODUCTION

L'ulcère d'origine veineuse est une complication [1] pour laquelle il est classique de distinguer 2 formes étiologiques principales (dans cet article, nous utiliserons la dénomination « ulcère » pour désigner l'ulcère d'origine veineuse sauf mention contraire) :

– l'ulcère, répondant au territoire de saphènes incompétentes est connu depuis Ambroise Paré [2] ; il est la conséquence d'une maladie variqueuse évoluée ;

– l'ulcère du syndrome post-thrombotique survient dans le cadre d'une maladie plus complexe, conséquence d'un reflux veineux profond.

Différents auteurs se sont attachés à apprécier la prévalence ou l'incidence des ulcères sur des durées variables, en précisant rarement la période de l'étude choisie.

Service de Cardiologie Hôpital Tenon 4, rue de la Chine 75020 PARIS.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 2/2006, p. 169-173

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Les études menées sur des échantillons de population de plusieurs milliers de personnes rapportent des résultats différents suivant les pays. Les prévalences restent inférieures à 1 % de la population générale.

Baker [3] rapporte une prévalence de 0,62 pour mille en Australie, Cornwall [4] de 0,18 % dans la population générale au Royaume-Uni, Johnson [5] de 1 % dans une population de plus de 60 ans en Australie, Moffatt [6] de 1,4 % dans la population générale au Portugal.

La recherche, sur les bases de données médicales en ligne, ne retrouve pas d'étude sur l'influence des saisons sur l'ulcère [7] postérieure à 1985.

Un travail mené en France en 1994 par un Observatoire national de l'ulcère de jambe (ONUDJ) [8] auprès de 120 angiologues a permis d'étudier, sur 6 mois, les caractéristiques de plus de 4 000 patients, et de décrire qualitativement ceux présentant un ulcère de toute origine.

Il n'existe pas de registre des ulcères en France mais certaines informations épidémiologiques peuvent être extrapolées à partir de la littérature et des statistiques de l'industrie pharmaceutique.

MATÉRIEL

L'étude a été menée dans des cabinets médicaux d'angiologues, en France métropolitaine, pendant un jour au printemps et un jour en automne.

L'étude a analysé les données recueillies auprès de la totalité des patients consultant dans les cabinets les jours de l'étude.

Chaque investigateur était prévenu de la date choisie pour le recueil des informations en début d'étude.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené une étude transversale séquentielle, au printemps et en automne.

Les investigateurs répartis en France métropolitaine devaient recueillir les informations sur un formulaire en 2 parties.

Première partie

Nombre de patients vus en consultation, nombre de patients consultant pour raison phlébologique, nombre de patients avec des varices, nombre de patients présentant un ulcère, nombre de nouveaux ulcères, nombre d'ulcères vus depuis le début de l'année, nombre d'ulcères en cours de traitement.

Seconde partie

Concernant le détail de chaque patient présentant un ulcère (si plusieurs patients étaient vus ce jour-là, plusieurs formulaires étaient remplis) : sexe, date de naissance, date d'apparition de l'ulcère, date de début des soins, durée prévue des soins, localisation précise de l'ulcère, antécédents phlébologiques détaillés, traitement choisi.

L'analyse a porté principalement sur les fréquences calculées.

Nous avons surtout utilisé la moyenne, l'écart type et les tests comparatifs des pourcentages, de la médiane et de la moyenne.

Une différence était déclarée significative si $p < 0,05$.

Nous avons utilisé pour ce travail les données de l'EPPM (Enquête Permanente sur la Prescription Médicale) : chaque trimestre, environ 800 médecins sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Cet échantillon, partiellement renouvelé trimestriellement, permet pour un an d'analyser les ordonnances d'environ 2 000 praticiens (médecins généralistes ou spécialistes) exerçant en pratique libérale en France métropolitaine [9].

Les principaux indicateurs utilisés sont les suivants :

– *Nombre de diagnostics sur une période d'un an* : il s'agit en réalité du nombre de consultations réalisées par an pour le diagnostic concerné.

– *Nombre de prescriptions pour un diagnostic* : il s'agit du nombre de lignes d'ordonnance prescrites annuellement pour le diagnostic concerné.

Les résultats sont fournis aux Laboratoires et peuvent être recoupés avec les chiffres réels de chacun d'entre eux pour « lisser » les résultats des sondages.

Cette étude longitudinale permanente permet d'avoir une assez bonne idée de l'incidence et de la prévalence des maladies.

RÉSULTATS

Selon l'EPPM, il y a environ 4 000 000 de diagnostics de varices en 2004 (évolution de + 4 % par rapport à 2003), 617 000 diagnostics d'ulcères (évolution négative de – 18,3 % par rapport à 2003) et 60 000 diagnostics de troubles trophiques. On relève 1 000 prescriptions de morphine dans les ulcères par mois (soit 0,1 % des ulcères sans précision) : il s'agit donc à n'en pas douter d'une pathologie grave et invalidante.

La répartition des investigateurs se fait selon 2 diagonales, Rouen-Grasse et Bordeaux-Perpignan, ce qui permet de balayer toute la diversité climatique de l'hexagone.

Quatorze centres investigateurs ont fourni des résultats exploitables pour les 2 périodes de l'étude.

RÉSULTATS SUR LA POPULATION VUE EN CONSULTATION

Les principaux résultats de notre étude figurent dans le *Tableau I*.

Le nombre de patients présentant un ulcère subit une variation de + 23 %, avec 3 patients de plus en

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

	n	Moyenne	Écart-type	n	Moyenne	Écart-type	%	p
Nombre de patients avec ulcère d'origine veineuse	10	0,71	1,13	13	0,92	1,50	30	< 0,05
Nombre de patients avec ulcère de toute origine	11	0,78	1,25	16	1,14	2,14	45,45	< 0,05
Nombre de patients vus en phlébologie	283	20,21	12,44	207	14,78	12,72	– 26	< 0,05
Nombre de patients avec varices	225	16,07	11,29	157	11,21	11,26	– 30	< 0,05
Nombre de nouveaux patients avec ulcère	1	0,07	0,26	3	0,21	0,45	200	Ns
Nombre de patients avec ulcère, déjà vus depuis 3 mois ou moins pour la même raison	12	0,85	1,29	11	0,78	2,10	– 8,3	Ns
Nouveaux ulcères depuis le 1/1/2005	53	3,78	7,12	125	8,92	12,01	135	< 0,05
Patients-ulcères en cours de traitement	106	7,57	12,46	90	6,42	6,85	– 15	< 0,05

Tableau I. – Fréquences observées

septembre en chiffre absolu, pour une moyenne de 1 ulcère par investigateur.

Le nombre de patients avec un ulcère d'une autre origine confirme, si besoin était, la rareté des autres étiologies, maintes fois démontrée.

Le nombre de patients est nettement plus faible en septembre (– 26 %), selon un schéma connu des médecins libéraux, surtout à une date très proche de la rentrée des classes : cette diminution saisonnière, alors qu'il y a peu de variations du nombre d'ulcères, va accroître le pourcentage relatif de l'ulcère, dont la fréquence est presque doublée *(Tableau II)* passant de 3,5 % à 6,28 % (p < 0,05).

	Mars	Septembre	p
% ulcère/patients de phlébologie	3,53	6,28	< 0,05
N ulcères/patients-varices	4,44	8,28	< 0,05
N ulcères/n patients	0,35	1,45	< 0,05
N ulcères par médecin	0,78	1,14	< 0,05

Tableau II. – Pourcentages relatifs de la distribution des ulcères

Le nombre de patients avec varices, qui est un pourcentage du nombre de patients totaux, subit une variation synchrone (– 30 %).

L'incidence de nouveaux ulcères est très faible ; elle augmente en septembre, passant de 1 nouvel ulcère à 3.

Le nombre de patients chroniques, vus en septembre mais déjà vus auparavant, ne subit quasiment aucune variation. La fréquence de ce type d'ulcère est de 20 % environ de la totalité des ulcères.

La moyenne de nouveaux ulcères vus depuis le début de l'année est plus que doublée en septembre, passant de 3,7 à plus de 8 ulcères par investigateur, ce qui peut être interprété comme une moyenne de 1 ulcère par mois (3 pour le mois 3, 8 au mois 9).

Le nombre d'ulcères en cours de traitement est plus faible en septembre. L'effet supposé délétère de l'été sur la maladie veineuse n'empêche pas nos investigateurs d'améliorer les scores. Il existe vraisemblablement un phénomène d'anticipation bénéfique aux patients, puisqu'en mars les investigateurs estiment le temps de traitement à 124 jours contre 108 en septembre.

Ce qui amène aux résultats de la partie de l'enquête spécifique aux patients porteurs d'ulcère.

L'âge moyen est de 75 ans avec 80 % de femmes. Le nombre de grossesses est de 2,6 ± 1,8 sur l'échantillon de mars et de 4,3 ± 3,5 pour celui de septembre.

La durée d'évolution de l'ulcère est de 23 mois ± 40 jours en mars contre 8 mois ± 11 jours en septembre.

Les soins sont prodigués depuis 274 ± 412 jours en mars contre 165 ± 140 jours en septembre.

Les variations des fréquences calculées sont reproduites dans le *Tableau II*.

Toutes les fréquences sont augmentées par rapport à mars suite à une variation synchrone des indicateurs.

La localisation des ulcères est détaillée sur le *Tableau III*. Elle est préférentiellement malléolaire interne. L'ulcère est souvent une récidive. La taille de l'effectif ne permet pas de commentaires autres.

Enfin 100 % des patients reçoivent une contention.

DISCUSSION

L'étude présentée à Londres en 1995 a permis d'établir que l'ulcère de jambe est d'origine veineuse

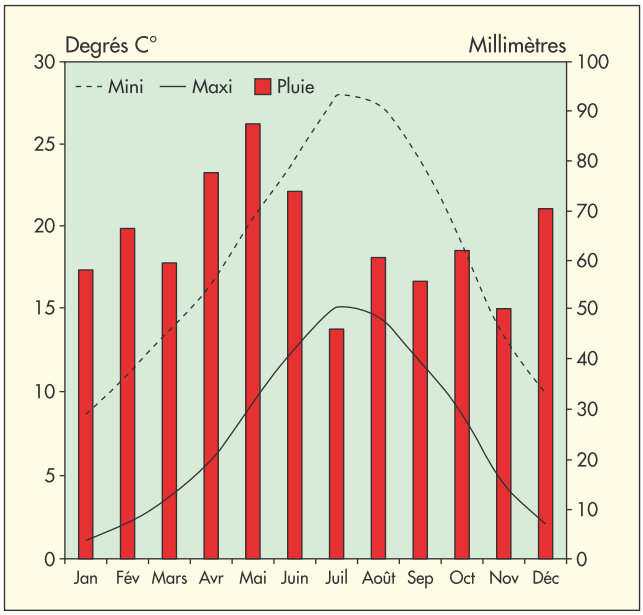
	Mars	Septembre
Malléole interne	8	10
Malléole externe	2	6
Face antérieure de jambe	2	2
Face postérieure de jambe	1	2
Jambe droite	1	9
Jambe gauche	6	4
Toute la jambe	0	0
Ulcère circonférentiel	0	0
Récidive	8	11

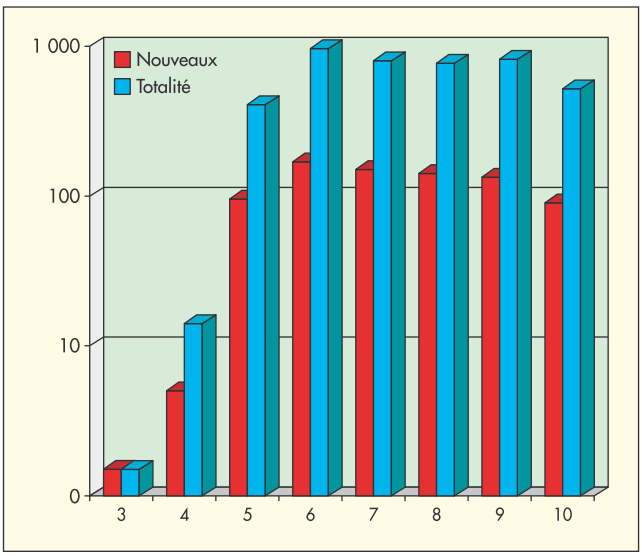
Tableau III. – Localisation des ulcères (nombre)

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

dans 80 % des cas. L'ulcère est localisé dans 50 % des cas sur la malléole interne, dans 30 % sur la malléole externe et dans 20 % des cas il est bilatéral.

Il touche 67 % de femmes et 33 % d'hommes. La courbe d'incidence suit la courbe des températures moyennes, ce qui suggère une saisonnalité *(Graphe I)*. 80 % des ulcères sont chroniques évoluant depuis plus de 3 mois.





Graphe 1. – Courbe des températures France (Source Internet Météo France). Incidence et prévalence des ulcères (échelle semi-logarithmique)

Nos résultats recoupent ces données : notre échantillon, bien que limité, est représentatif de la population des patients-ulcères.

La répartition géographique des investigateurs est un bon moyen de neutraliser le facteur climatique en particulier, le rôle de la pression atmosphérique sur les conditions de cicatrisation par l'influence qu'elle peut avoir sur la pression partielle en oxygène par exemple.



Photo 1. – Illustration d'un ulcère

Le pourcentage d'ulcères par investigateur est très nettement supérieur aux pourcentages rapportés dans la population générale car les angiologues restent les spécialistes de cette pathologie et drainent vers eux ces patients.

La durée de traitement estimée dépasse 3 mois, ce qui reste cohérent avec les résultats qui montrent que, même après 6 mois dans les services spécialisés, 100 % des ulcères ne sont pas cicatrisés [10].

Pour la durée d'évolution et la durée des soins, l'étendue de l'écart-type nécessite des études complémentaires pour réduire la dispersion des données.

On note 700 000 diagnostics de thrombose veineuse profonde par an selon les études prospectives ; 4 % développeront dans le cadre d'un syndrome post-thrombotique un ulcère, plus de 10 ans après, ce qui peut atteindre le chiffre de 28 000 par an.

Le diagnostic rapide et la prise en charge des thromboses constituées (HNF, HBPM, Fondaparinux®, AVK…) et la prévention des thromboses (HBPM, contention…), devraient contribuer à une diminution de la prévalence du syndrome post-thrombotique.

La meilleure prise en charge, qui découle des récents développements dans la thérapeutique des varices comme la micromousse, devrait entraîner une diminution de l'incidence des ulcères consécutifs à une maladie variqueuse.

Toutes ces considérations sont conditionnelles et n'ont pas été démontrées.

Des études prospectives longues sont nécessaires.

Les meilleures études épidémiologiques sont celles qui sont menées sur une année complète pour éviter les variations saisonnières.

Avec plus d'un demi-million d'ulcères diagnostiqués par an, il est possible de considérer l'ulcère comme un problème de santé publique.

Ces chiffres permettent de considérer l'ulcère comme un fléau, s'attaquant à une population âgée, fragilisée et socialement vulnérable.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Liste des investigateurs

J.-M. Audelan Monthléry – S. Brehm, Toulouse – M. Cazaubon, Neuilly-sur-Seine – M. Chahim, Issy-les-Moulineaux – F. Chleir, Neuilly-sur-Seine – A. Demagny, Le Havre – J.-P. Gobin, Lyon – J.-M. Guesdes, J.-M. Lecoq, Riom – B. Marabelle, Grasse – A. Monfreux, Toulouse – L. Moraglia, Bordeaux – R. Moyou, Cergy-Pontoise – D. Rastel, Grenoble – S. Sadoun, Paris – M. Sica, Paris.

CONCLUSION

Ce travail, mené sur une année, permet de dessiner un schéma de la maladie ulcéreuse d'origine veineuse.

La répétition prévue de ce travail sur 5 ans permettra d'en préciser le trait en suivant l'évolution de la prévalence ulcéreuse et en évaluant les variations inter-annuelles et les variations saisonnières intra-annuelles.

Dans l'imaginaire populaire, l'ulcère garde une image irrationnelle repoussante qui contribue à ostraciser les patients, aggravant ainsi leur isolement et la prise en charge de la maladie.

Outre le fait de fédérer les phlébologues autour d'un projet commun, si ce travail pouvait servir à donner une réalité à l'ulcère et contribuer à en faire une cause de santé publique, nous aurions atteint notre but.

Le système de santé doit permettre aux patients d'accéder aux praticiens et aux praticiens de proposer le meilleur traitement ; c'est à ce prix que la population vieillissante des pays occidentaux pourra demeurer en bonne santé.

RÉFÉRENCES

1 Franzek U.K., et al. Prospective 12-year follow-up of clinical and haemodynamic sequelae after deep vein thrombosis in low-risk patients (Zurich Study). *Circulation* 1996 ; 93 : 74-9.

2 Ouvry P.A., Laruelle P.E., Ouvry P.A.G. Le traitement d'un ulcère variqueux par Ambroise Paré. *Phlébologie* 2001 ; 54 : 323-6.

3 Baker S.R., Stacey M.C., Jopp-McKay A.G., Hoskin S.E., Thompson P.J. Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg* 1991 ; 78 : 864-7.

4 Cornwall J.V., Dore C.J., Lewis J.D. Leg ulcers : epidemiology and aetiology. *Br J Surg* 1986 ; 73 : 693-6.

5 Johnson M. The prevalence of leg ulcers in older people : implications for community nursing. *Public Health Nurs* 1995 ; 12 : 269-75.

6 Moffat C.J., et al. Leg ulcers in Portugal : an underestimated health care problem. *Rev Port Cir Cardiotorac Vasc* 2004 ; 11 : 217-21.

7 Heede G. Seasonal periodicity of venous leg ulcer. *Dermatol Monatsschr* 1985 ; 171 : 712-7.

8 Sadoun S., et al. Results from the study of the french epidemiological observatory of leg ulcer (Résultats de l'observatoire épidémiologique national de l'ulcère de jambe). In abstracts, XIIth World Congress of the UIP, 446, London September 1995.

9 DoReMa EPPM, 2003 IMS-Panel

10 Glinski W., et al. The beneficial augmentative effect of micronized purified flavonoid fraction on the healing on leg ulcers : an open multicenter controlled randomized study. *Phlebology* 1999 ; 14 : 151-7.