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

IMPORTANCE du MOTIF de CONSULTATION en PHLÉBOLOGIE et ATTENTION à l'ARBRE qui CACHE la FORÊT !

IMPORTANCE of the REASON for CONSULTATION in PHLEBOLOGY : BE CAREFUL to the TREE which HIDES the FOREST !

J.F. UHL[1], A. CORNU-THÉNARD[2, 3], P.L. ANTIGNANI[4], E. LEFLOCH[3]

R É S U M É

Dans les dossiers médicaux, en particulier en Phlébologie, le motif de la consultation est souvent absent ! En fait, il est essentiel à faire préciser et à écrire, ne serait-ce que pour guider la consultation elle-même, et son rôle est capital car il conditionne la satisfaction du résultat thérapeutique noté par le patient.
60 angio-phlébologues européens ont utilisé le dossier phlébologique informatisé DMPE-CVR et saisi les motifs de consultation de 1 245 patients. Ces motifs ont été analysés et servent de base à nos réflexions.
Le patient veineux standard correspond le plus souvent à une femme de la cinquantaine, qui consulte à part égale pour des symptômes, des problèmes esthétiques ou des veines variqueuses. Avec l'expérience, on s'aperçoit qu'il est nécessaire de pousser l'interrogatoire plus avant, afin de découvrir ce qui n'était pas exprimé en première intention.
L'orientation plus précise des différents temps de la consultation, la détermination logique de la conduite à tenir avec le patient et les explications détaillées sur le but et les complications du traitement sont les conséquences d'un interrogatoire bien mené.
En conclusion, il nous apparaît capital de préciser le motif de consultation et l'attente du patient pour améliorer son taux de satisfaction. Une information détaillée écrite fait partie de nos obligations, remise au patient sous la forme d'un consentement éclairé avant toute procédure thérapeutique.

Mots-clefs : *motif de consultation, conduite à tenir, résultat du traitement, qualité de vie.*

S U M M A R Y

In the medical files, the reason for consultation is often missing! In fact, it is crucial to define it precisely because it is the main guideline for the consultation itself. This reason is an important point to enable a good appreciation of the therapeutic result.
60 European phlebologists have used the computerized file CVR (formerly named EPF), to study the reason for consultation, signs and symptoms of 1 245 patients.
The « average venous patient » is a woman of 50, consulting equally for symptoms, cosmetic concern or varicose veins. In daily practice, it is often necessary to carefully search a secondary reason.
If the story is well argued the consultation timing would be better planned. In the same idea, the logical way for the treatment, explanations on goal and therapy complications would be better done.
In conclusion, it is crucial to assess the reason for consultation and what the patient is waiting for to improve our therapeutic results. It is mandatory to provide detailed informations to the patient, given as a well-informed consent before any therapeutic procedure.

Keywords : reason for consultation, decision, result of the treatment, quality of life.

INTRODUCTION

Ce document fait suite à celui intitulé « *Profil du patient consultant un angio-phlébologue* » [1] et fait le point sur la question : Pourquoi faut-il faire préciser le motif de consultation ?

A notre connaissance, aucune étude ne répond à cette question. Le but de cet article est de profiter des données complémentaires d'une enquête épidémiologique européenne pour évaluer l'importance du motif de consultation principal en Phlébologie et la nécessité de découvrir un éventuel motif secondaire caché.

Un motif peut en cacher un autre !

Il faut se méfier du résultat de l'interrogatoire car il peut être très pervers ! En effet, le motif de consultation (MdC) paraît souvent si évident qu'on oublie de poser en plus les questions qui permettraient de redresser ou de compléter cette première information. Les MdC secondaires sont souvent masqués par peur… du ridi-

1, 2. Centre de traitement des varices 113, avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY-SUR-SEINE.
3. Département de Phlébologie, Service de Cardiologie, Hôpital Saint-Antoine 75012 PARIS.
4. Département d'Angiologie, Hôpital San Giovanni 00192 ROME, Italie.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 1/2006, p. 47-51

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

cule, du non avouable, voire de la non-prise en charge par la sécurité sociale…

Bref, cette étape va permettre de préciser les buts et desiderata du patient, ce qui est essentiel pour la conduite à tenir. La question : *Que désirez-vous ?* ou *Que souhaitez-vous ?* devient primordiale. Sa réponse va cautionner toute la suite de l'examen et, pour finir, la conduite à tenir.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le Dossier Médical Phlébologique Européen, le DMPE [2, 3], appelé maintenant Computerized Venous Registry ou CVR [4], a été utilisé à l'occasion du congrès national de l'AFFCA à Montpellier en 1999. Ce dossier informatisé dédié à la pathologie veineuse contient tous les items de la classification CEAP [5], mais également de très nombreux items non intégrés, en particulier les motifs de consultation. Seule restriction à propos de la population incluse : les patients ne devaient pas avoir moins de 18 ans [2].

Ce dossier informatisé a été utilisé par un groupe d'angiologues européens, spécialisés en phlébologie. Ils devaient rentrer les données CEAP et non-CEAP de leurs patients.

RÉSULTATS

Le nombre des médecins ayant participé à ce travail est de 60 dont 8 chirurgiens. Ils proviennent de 10 pays européens *(Tableau I)*. La population totale incluait au départ 1 542 patients.

France	P. Auboiroux, J.F. Auvert, F. Becker, P. Boivin, P. Capoulade, P.H. Carpentier, F. Chleir, H. de Cottereau, M. Colomb, A. Cornu-Thénard (coordinateur), M. Coupé, D. Creton, A.S. Debuse, B. Fadel, D. Franchiti, C. Fréchinos, J.P. Gobin, Y. Goulley, J.J. Guex, B. Guias, G. Jantet, M. Lampel, G. Lance, E. LeFloch, J.M. Mollard, M. Moulinié, B. Payen, M. Perrin, A.M. Sarteel, M. Tapon, J.F. Uhl, B. Villemur
Italie	C. Allegra, G.M. Andreozzi, P.L. Antignani, A. Apollonio, U. Baccaglini, A. Caniato, M. Catalano, G.A. Murgiano, A. Pieri, D. Righi, G. Scondotto, L. Tessari
Allemagne	E. Rabe
Autriche	H. Partsch, B. Borst-Krafek
Belgique	I. Staelens, J.C. Wautrecht, M. Flour
Espagne	V. Ibañez-Esquembre
Grande-Bretagne	P. Coleridge Smith, son adjoint, A. Nicolaïdes
Grèce	M. Valsamis
Hollande	M. Neumann, E. Braam
Suisse	M. Depairon

Tableau I. – Liste des Médecins des 10 pays européens ayant participé à l'enquête

Parmi ces patients, nous n'avons retenu dans cette étude que les données complètes concernant le motif de consultation, non inclus dans les données CEAP. Comme dans notre article précédent [1], nous prendrons le membre inférieur droit comme référence dans la présentation des résultats.

La population étudiée comprend donc 1 245 patients : 1 007 femmes (80,8 %) et 238 hommes (19,2 %). L'âge moyen est chez la femme de 52 ans (entre 30 et 70), chez l'homme de 58 (entre 40 et 80). Cette différence entre hommes et femmes est significative ($p < .001$), ce qui rend compte du fait que les femmes consultent plus jeunes que les hommes, probablement à un stade plus précoce de la maladie veineuse.

Ces hypothèses sont confirmées par nos données qui montrent que les motivations esthétiques sont 5 fois plus fréquentes dans le beau sexe ($p < .0001$) alors que les signes fonctionnels sont seulement 2 fois plus fréquents *(Tableau II)*.

	Total (%)	Femme (%)	Homme (%)
Symptômes	27,1	***29,5***	16,8
Esthétique	19,4	***22,9***	4,2
Veine variqueuse	28,1	***26,8***	***33,6***
Œdème	9,1	8,0	***13,9***
Trouble trophique	5,3	3,7	***12,2***
Ulcère	6,1	4,5	***13,0***
Autre	4,8	4,4	6,3
Total patients	1 245	1 007	238

Tableau II. – Analyse des motifs de consultation selon le sexe

Corrélativement, les hommes consultent pour des stades plus avancés de la pathologie veineuse : l'œdème veineux (C3) est 2 fois plus fréquent ($p < .001$) ; les troubles trophiques (C4) et les ulcères (C6) sont 3 fois plus fréquents ($p < .0001$). Ces données sont confirmées par l'analyse de la répartition des classes cliniques selon le sexe *(Tableau III)*.

a **b**

Classes	Total	Femme	Homme	F + H en Italie	F + H en France
C0	12,1	10,6	17,8	16,1	10,6
C1	20,3	***24,4***	4,9	14,7	***23,8***
C2	29,8	***31,2***	***25,0***	20,0	***32,9***
C3	17,1	18,1	13,0	***23,4***	15,2
C4	13,1	10,5	***22,7***	14,9	10,9
C5	2,0	1,3	***4,7***	1,5	2,4
C6	5,6	3,9	***11,8***	***9,4***	4,2
Total	100 %				

Tableau III. – Répartition des patients en fonction de la classe « C » de la CEAP sur toute la population (a), puis en détail en Italie et en France (b)

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

Si l'on compare les motifs par pays *(Tableau IV)*, on note que le motif esthétique est nettement plus fréquent en France qu'en Italie, alors que l'œdème et les ulcères sont plus souvent rencontrés en Italie (chaleur ?). Par ailleurs il faut noter que les différences liées au sexe sont similaires dans les deux pays.

	Total %	F + H en Italie %	F + H en France %
Symptômes	24,8	23,0	25,7
Esthétique	19,8	***10,7***	***24,2***
Veine variqueuse	28,1	26,8	28,9
Œdème	10,2	***20,8***	***5,0***
Trouble trophique	5,5	5,5	5,5
Ulcère	6,4	***9,8***	***4,8***
Autre	4,9	3,4	5,7
Total patients	1 245	444	801

Tableau IV. – Analyse des motifs de consultation : comparaison entre Italie et France. La différence entre hommes et femmes est similaire dans les deux pays et conforme au Tableau I

DISCUSSION

Limites de notre étude à propos du motif de consultation

Le programme informatique « DMPE-CVR » proposait comme MdC l'un des 7 items suivants : symptômes, esthétique, varices, un trouble trophique, un ulcère ou autre *(Tableau II* ou *IV)*. Pour nous, l'item « esthétique » correspondait aux télangiectasies (varicosités) : en effet, les patients évoquent beaucoup plus le terme esthétique que télangiectasies ! A posteriori, lors du recueil des données, on peut imaginer que sous cet item « esthétique » aient été inclus d'autres signes que la présence simple de télangiectasies. Ainsi cet item pouvait avoir plusieurs significations. Ceci nous a obligés à changer la présentation dans la version suivante, en proposant à la saisie un MdC secondaire.

De même, il nous a été difficile de faire des comparaisons plus précises entre les dix différents pays ayant participé à cette étude : en effet, en dehors de la France et de l'Italie, les inclusions étaient trop peu nombreuses pour aboutir statistiquement à un quelconque résultat sur les MdC.

L'attente de patient

Au-delà du motif de consultation, il est capital de bien évaluer l'attente du patient qui vient consulter : une attente décalée par rapport au motif doit susciter la méfiance et faire poser la question : *« Que souhaitez-vous ? Que désirez-vous ? »*.

Le phlébologue est en effet parfois confronté à un discours ambigu : *« Docteur, j'ai mal aux jambes ! »* et quand la question ci-dessus est posée, la réponse est sans grand rapport *« C'est moche, je ne veux plus voir ça ! »* ou bien *« Docteur, j'ai des varices ! »* et en creusant la question, on s'aperçoit qu'il existe une symptomatologie masquée qui prime, telles des crampes la nuit ! Enfin devant *« Docteur, j'ai une mauvaise circulation »*, il devient important de relancer par la question : *« Ça veut dire quoi, mauvaise circulation pour vous ? »*.

Ainsi, dans le premier, c'est l'esthétique inavouée qui est en cause ; dans le second ce sont les signes fonctionnels qui sont passés sous silence. Ces problèmes ne se posent pas pour les MdC tels qu'un eczéma, des taches de dermite ou un ulcère.

Tout ceci est essentiel pour bien orienter les investigations, la conduite à tenir et donc le traitement.

L'analyse du médecin

Quelles sont l'intensité et l'incidence des troubles dans sa vie au quotidien ?

La meilleure façon d'évaluer l'intensité réelle de la gène du patient est de la quantifier en utilisant un score de qualité de vie.

Ces scores, qu'ils soient généraux (SF36, EuroQoL) ou plus spécifiques de la maladie veineuse (Aberdeen, CIVIQ) ont été validés par plusieurs études dont la synthèse a été présentée par M. Perrin pour évaluer les résultats de la chirurgie [6]. Il faut savoir que l'étude de J.J. Guex conclue à une bonne performance du CIVIQ [7].

Qu'attend le patient du traitement qui lui est proposé ?

De son côté, le thérapeute doit évaluer la relation de cause à effet entre les troubles allégués et la maladie veineuse. C'est en effet ces éléments qui font que le patient est satisfait ou non du résultat du traitement.

Une enquête réalisée par les Anglo-Saxons montre que l'attente du patient avant chirurgie des varices est souvent excessive et parfois injustifiée [8]. En effet, les signes fonctionnels qui font l'objet de la demande du patient ne sont pas toujours liés à la présence des varices [9]. Il en est de même pour le reflux veineux superficiel constaté à l'exploration écho-Doppler [10].

Tout ceci incite à encore plus de prudence dans l'évaluation et l'attribution des symptômes allégués par le patient veineux et nous incite à utiliser le nouveau score d'imputabilité qui a été proposé par P.H. Carpentier et coll. [11]. Une grande probabilité de l'origine veineuse des troubles est en effet le meilleur garant d'un bon résultat thérapeutique.

Le *tableau V* analyse les différentes interactions entre motif, attente du patient et son degré de satisfaction [12].

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

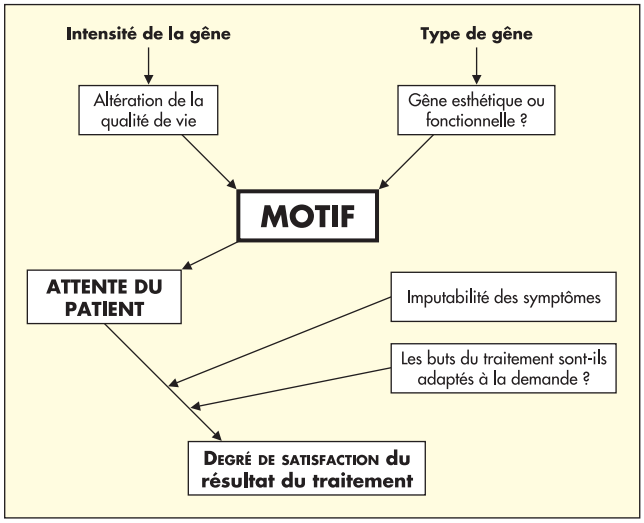

Tableau V. – Analyse du motif de consultation et ses conséquences

Le consentement éclairé

Pour faire une synthèse de l'entretien médecin-patient et de la décision thérapeutique, il est désormais habituel (et légal) de compléter les informations orales, expliquant les risques et les bénéfices attendus du traitement, par une preuve écrite désignée sous le terme de « consentement éclairé » *(Tableau VI)*.

Ces échanges sont de nature à éviter au maximum les malentendus et les désillusions du patient concernant le résultat du traitement.

Je soussigné M. ..... reconnais avoir reçu du médecin toute l'information souhaitée, simple et intelligible, concernant les troubles veineux dont je souffre.

Il m'a expliqué les risques auxquels je m'expose liés au traitement et les autres possibilités thérapeutiques. Il m'a expliqué les risques encourus en l'absence de traitement.

J'atteste avoir compris les explications qui m'ont été données et avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais.

Ce document, qui ne dégage en rien le praticien de sa responsabilité, est une simple attestation du fait que j'ai été correctement informé.

Lu et approuvé le .....

Signature du patient

Contre-Signature du médecin :

Tableau VI. – Preuve écrite de l'information donnée par le médecin : consentement éclairé

CONCLUSION

L'analyse du motif de consultation d'un patient en Phlébologie est un temps capital trop souvent négligé de l'examen. En effet, conjuguée à l'analyse des attentes du patient sur le plan thérapeutique, elle conditionne pour une bonne part la qualité du résultat final, vu par le patient.

Tout l'art du phlébologue consiste à débusquer les motifs secondaires, souvent cachés, qui pourront faire l'objet d'un mécontentement inattendu de la part du patient.

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

RÉFÉRENCES

1 Cornu-Thénard A., Uhl J.F., Chleir F. Profil du patient consultant un angio-phlébologue. *Phlébologie* 2005 ; 58 : 33-9.

2 Cornu-Thénard A., Uhl J.F., Chleir F., Carpentier P.H., et al. Enquête épidémiologique européenne veineuse : utilisation d'un nouvel outil d'évaluation : le DMPE informatisé. *J Mal Vasc* 1999 ; 24 (suppl. B) : 183-5.

3 Uhl J.F., Cornu-Thénard A., Carpentier P.H., Chleir F. Le dossier médical phlébologique européen (DMPE) : son fonctionnement et ses applications passées, présentes et futures. *Phlébologie* 2002 ; 55 : 121-5.

4 Cornu-Thénard A., Uhl J.F., Antignani P.L., Partsch H., Carpentier P.H. The computerized venous registry. Abstract for the UIP meeting – San Diego – August 2003.

5 Porter J.M., Moneta G.L. and International Consensus Committee. Reporting standards in venous disease : an update. *J Vasc Surg* 1995 ; 21 : 635-45.

6 Perrin M. Qualité de vie et chirurgie veineuse. *Phlébologie* 2003 ; 56 : 151-8.

7 Guex J.J., Myon E., Didier L., Nguyen Le C., Taieb C. Chronic venous disease : health status of a population and care impact on this health status through quality of life questionnaires. *Int Angiol* 2005 ; 24 : 258-64.

8 Bradbury A.W., et al. AVF 2005.

9 Bradbury A.W., Evans C.J., Allan P.L., Lee A.J., Ruckley C.V. and Fowkes FGR. What are the symptoms of varicose veins ? Edinburgh vein study cross sectional population survey. *Br Med J* 1999 ; 318 : 353-6.

10 Bradbury A.W., Evans C.J., Allan P.L., Lee A.J., Ruckley C.V. and Fowkes FGR. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography. The Edinburgh Vein Study. *JVS* 2000 ; 5 : 921-31.

11 Carpentier P.H., Poulain C., Cornu-Thénard A., Fabry R., Chleir F., Guias B., Bettarel-Binon C., Miserey G. Discriminating leg symptoms of venous origin : the construction of a simple scoring system. *J Vasc Surg* 2006 (in press).

12 Uhl J.F., Cazaubon M. Qu'est-ce qu'un bon résultat après chirurgie des varices ? Communication orale au congrès de la Société Française d'Angéiologie du 13-14 janvier 2006.