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

RECOMMANDATIONS de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PHLÉBOLOGIE sur l'UTILISATION QUOTIDIENNE de la THÉRAPEUTIQUE COMPRESSIVE

RECOMMENDATIONS of the SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PHLÉBOLOGIE on the DAILY USE of COMPRESSIVE THERAPY

A. CORNU-THÉNARD [1], J.P. BENIGNI [2], J.F. UHL [3], E. LE FLOCH [4], D. RASTEL [5]
R. MOYOU-MOGO [6], P. PARPEX [7], C. GARDON-MOLLARD [8]

R É S U M É

Objectif : Définir pour chaque situation clinique de la maladie veineuse chronique quelle est la thérapeutique compressive la plus adaptée et préciser ses modalités d'application.

Matériel et Méthode : Un groupe d'experts a revu la littérature et donné son opinion à partir de son expérience. Les classes C de la classification CEAP, de la télangiectasie à l'ulcère, ont servi de base au travail.

Résultats : Le degré de la compression à appliquer est croissant selon la gravité des troubles. Les bas élastiques sont les plus utilisés pour les premiers stades de la maladie veineuse chronique (C0 s, C1, C2). Les bandes et la superposition des bas sont réservées aux formes plus évoluées (C3, C4, C5, C6).

Mots-clefs : *compression médicale, bas élastiques, classification CEAP, superposition.*

S U M M A R Y

Aim : *To define the best adapted Compressive Therapy for each clinical situation, and to explain their modalities of application.*

Materiel and Method : *A French Society of Phlebology experts' team rereads the specific literature and gave their opinion based on their one experience. The work has used the CEAP classification.*

Results : *Pressure depends of the disease severity. Ten to 30 mm Hg elastic stockings are used for C0 s, C1 and C2. A 30 mm Hg to more than 40 mm Hg bandages or superimposed elastic stockings are necessary for C3, C4, C5 and C6.*

Keywords : medical compression, elastic stockings, CEAP classification, superimposed stockings.

Plusieurs pays européens ont déjà publié leurs recommandations concernant le traitement compressif de la maladie veineuse chronique (MVC) [1, 2]. Il nous a semblé logique de faire de même en raison des spécificités du matériel disponible et des habitudes thérapeutiques en France. Le Bureau de la Société Française de Phlébologie (SFP) a donc créé une commission « Contention-Compression » afin d'étudier tous les problèmes concernant ce domaine.

Le premier but de cette commission a été de préciser avec une approche pragmatique l'utilisation du matériel de compression :

« Que faisons-nous dans notre pratique quotidienne ?

Y a-t-il une logique dans notre façon de faire ? »

A la suite de ces réunions, les experts ont élaboré ces recommandations.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Matériel

Les experts ont été choisis parmi les membres de la SFP et plus particulièrement reconnus comme experts sur le sujet de la Contention-Compression. Le système des conférences téléphoniques a été retenu pour ce

1. Service de Cardiologie, Hôpital Saint-Antoine 184, rue du Faubourg Saint-Antoine 75012 PARIS.
2. Hôpital HIA Begin 60, avenue de Paris 94163 SAINT-MANDÉ.
3. 113, avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY-SUR-SEINE.
4. Service de Cardiologie, Hôpital Saint-Antoine 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine 75012 PARIS.
5. 30, place Louis Jouvet 38100 GRENOBLE.
6. 16, avenue de la Poste 95000 CERGY-PONTOISE.
7. 5, rue Émile Duclaux 75015 PARIS.
8. 7, avenue de Royat 63400 CHAMALIERES.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 3/2006, p. 237-244

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

PATHOLOGIES ou situations cliniques particulières	Objectifs recherchés et quelques précisions	Bas ou bandes élastiques ou rigides	Pression en mm Hg 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50
C0 s Symptomatologie isolée, telle que lourdeur de jambe	Amélioration ou disparition des symptômes	Bas ou collant	**Consensus : 10-20 mm Hg, selon une échelle visuelle analogique 0 à 10 : < 5 à 10-15 mm Hg > ou = 5 à 15-20 mm Hg**
C1 Télangiectasies et/ou veinulectasies isolées	Stabilisation des lésions	Mi-bas	**Consensus : 10-20 mm Hg, sans réelle preuve**
C1 Après sclérothérapie	Lutter contre les effets indésirables	Bas ou collant	**Consensus : 10-20 mm Hg, malgré l'efficacité démontrée d'une compression à 30 mm Hg**
C2 Veines variqueuses	1 – Amélioration de la symptomatologie 2 – Freiner l'évolutivité 3 – Prévenir les complications	Bas ou mi-bas	**Consensus : 1 – Si le but exclusif est la disparition des symptômes : voir ligne C0 s ci-dessus 2 – Si le but est de freiner l'évolutivité : bas élastique de 30-40 mm Hg (ou 2 de 20) 3 – Si le but est de prévenir les complications : bas élastique de 30 mm Hg. Conduite maximaliste : 40 mm Hg ou +**
C2 V V chez la femme enceinte	1 – Amélioration de la symptomatologie 2 – Freiner l'évolutivité	Bas ou mi-bas mais pas collant	**Consensus : 1 – Si le but exclusif est la disparition des symptômes : voir ligne C0 s ci-dessus 2 – Si le but est de freiner l'évolutivité : bas élastique de 30-40 mm Hg (ou 2 de 20, 1 bas auto-fixant + 1 chaussette) Conduite minimaliste : 15 mm Hg Conduite maximaliste : 40 mm Hg**
C2 V V post-thérapeutiques	Amélioration des résultats des traitements curatifs	Bas ou mi-bas mais pas collant	**Consensus : 1 – En cas de sclérothérapie : à bas auto-fixant de 30-35 mm Hg, par prudence 2 – En cas de chirurgie ou de procédures endoveineuses : bas élastique de 30-40 mm Hg (ou 2 de 20), pas de collants systématiques**
C2 Complications	Thrombose veineuse superficielle Hémorragie	Bandes adhésives ou cohésives et bas	**Consensus : – Bande supplémentaire sous le BMC habituel : bandes collantes (par ex. Elastoplaste®, sans mousse en dessous) pendant 3 jours renouvelables, jusqu'à disparition de la douleur ; si TVS jambière : mi-bas 30 mm Hg ; si cuisse : bande NN + bas 25-30 mm Hg ; si atteinte JSF : HBPM + bas de 30 mm Hg – Après compression manuelle, bande supplémentaire sous le BMC**
C3 Œdèmes veineux	Dur, mou ou intermédiaire Réduction et maintien du résultat	Bandes adhésives et bas	**Consensus : Réduction par bandes (collées ou non) en cas d'œdème dur ou BMC en cas d'œdème mou. La superposition est conseillée pour obtenir une pression suffisante (30 mm Hg) puis maintien du résultat par BMC**
C4 a Eczéma - Pigmentation C4 b Hypodermite Atrophie blanche C5 Ulcère cicatrisé	Traitement étiologique et maintien du résultat		**Consensus : Nécessité d'une pression de 30-40 mm Hg pour tous ces stades Durée du traitement : égal au temps d'apparition de la lésion. La superposition de bas est conseillée. Exemple : 10 + 25 ou 15 + 20 Maintient du résultat : BMC de 30 mm Hg**
C6 Ulcères veineux : variqueux ou post-thrombotiques	Cicatrisation Éviter les récidives		**Consensus : Nécessité d'une pression de 35-40 mm Hg soit bandes (collées ou non, ou multicouches) soit BMC (10 + 30 mm Hg ou 10 + 10 + 20) puis BMC de 40 mm Hg ou de 10 + 30**

Tableau I. – Présentation des résultats

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

travail. Chaque participant devait s'exprimer tour à tour, l'organisateur prenait note des interventions. Les discussions se sont appuyées sur trois conférences de consensus antérieures : celles de 1997, 2000 et 2004 [3-5].

Il y a deux façons de présenter les indications de la compression :

– en partant des classes de compression et en indiquant pour quel type de pathologie ces classes sont prescrites (habituellement proposé par les fabricants) ;

– ou bien, inversement, en partant de situations cliniques bien précises pour lesquelles il est proposé tel ou tel type de traitement compressif.

Le groupe d'experts a préféré de loin cette seconde solution car beaucoup plus pragmatique.

Enfin, pour la présentation de ces indications, un tableau publié en 1991 nous a servi de base de travail [6].

Méthode

Avant toute discussion et pour chaque situation clinique de la MVC, il nous a paru essentiel de poser la question suivante : *« Un bas élastique, d'accord, mais pour quel objectif ? Que veut-on obtenir ? »*

Exemple : une prescription est faite pour une femme enceinte qui présente des varices importantes et douloureuses. Quel va être l'objectif recherché de cette pressothérapie ? :

– diminuer la symptomatologie ?

– éviter l'apparition d'un œdème ?

– freiner voire stabiliser l'évolution de la maladie veineuse ?

Autant de questions, autant de réponses possibles !

D'autre part, la commission a désiré supprimer de son vocabulaire le terme « classe » de compression. Il nous a paru plus simple et plus pratique de s'exprimer en mm Hg : un bas de 10, 20, 30 ou 40 mm Hg, ou de 10-20 mm Hg, 20-30 mm Hg, etc. est plus expressif que les classes [7]. De plus, en cas de superposition, les mm Hg s'additionnent, pas les classes [8]. Cette décision avait déjà été prise au sein de l'International Compression Club [9], suite aux discussions lors de la conférence de consensus de San Diego [5]. Les classes n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre, s'exprimer en mm Hg permet une unité de langage, donc une meilleure compréhension. Bien entendu, les pressions ici mentionnées sont celles qui sont situées à la cheville.

RÉSULTATS

Huit médecins vasculaires à orientation phlébologique se sont réunis lors de conférences téléphoniques : Jean-Patrick Benigni, André Cornu-Thénard, Christian Gardon-Mollard, Eric Le Floch, Roger Moyou-Mogo, Patrick Parpex, Didier Rastel et Jean-François Uhl. Cinq réunions ont été nécessaires, de septembre 2005 à mars 2006.

La synthèse des avis des experts est présentée dans un tableau *(Tableau I)*.

La colonne de gauche regroupe, paragraphe par paragraphe, toute la pathologie veineuse : la symptomatologie (sans être détaillée) et les signes physiques pris en compte conformément au C de la classification CEAP [10] *(Tableau II)*.

La colonne suivante propose, pour chaque classe C, l'objectif choisi.

La colonne de droite donne un résumé de l'attitude consensuelle adoptée. La discussion a porté enfin sur les complications.

C0 s (aucun signe physique mais existence d'une symptomatologie)

Objectif recherché :

Améliorer voire supprimer les symptômes.

Discussion :

Le débat s'est orienté sur la pression nécessaire : 10, 15 ou 20 mm Hg ? La plupart des experts prescrivent des bas médicaux compressifs (BMC) de 10-15 ou de 15-20 mm Hg. Un seul préconise des pressions inférieures (bas de maintien, de 8 mm Hg environ) ; les bandes ne sont jamais prescrites. Des experts proposent de coupler la prescription à une échelle visuelle analogique (EVA) quantifiant la douleur de 1 à 10 [11].

– C0 : pas de signe clinique visible ou palpable de la maladie,

– C1 : présence de télangiectasies ou de veines réticulaires (< 3 mm),

– C2 : veines variqueuses (> ou = à 3 mm),

– C3 : œdème veineux,

– C4 : troubles trophiques d'origine veineuse,

– C4a : eczéma veineux, pigmentation,

– C4b : lipodermatosclérose ou hypodermite d'origine veineuse, atrophie blanche,

– C5 : troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère cicatrisé,

– C6 : troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère actif.

A ou S : La présence ou l'absence de symptômes (douleurs, jambes lourdes, prurit, impatiences, sensation de gonflement, etc.) permet de compléter la classe clinique par l'addition d'un A pour asymptomatique et d'un S pour symptomatique.

Tableau II. – Détail du C de la classification CEAP

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

Propositions et recommandations du groupe :

Pour améliorer voire supprimer les symptômes, des BMC (et non des bandes) seront prescrits. La pression sera de 10 à 20 mm Hg (classes I et II françaises), fonction des résultats de l'EVA : En dessous de 5, bas de 10-15 ; au-delà de 5, bas 15-20. En revanche, au-delà de 7, il faut évoquer également une cause non veineuse, et donc remettre en cause le diagnostic. Ces chiffres sont en rapport avec la méta-analyse publiée récemment [12].

C0 s, selon le terrain :

Patient à haut risque professionnel selon les positions de travail, debout ou non, bas de 10-15 ou de 15-20 mm Hg.

Chez le sportif professionnel : récupération des efforts musculaires plus rapide avec une chaussette de 20 mm Hg.

Lors des voyages supérieurs à 6 heures : mi-bas ou chaussettes de 20 mm Hg.

En cas d'artériopathie des membres inférieurs : selon les pressions systoliques distales, chaussettes de 10, 20 mm Hg.

Chez les personnes âgées, la superposition de bas ou de chaussettes de faible pression (10-15 mm Hg) permet un enfilage beaucoup plus facile pour une pression qui sera d'autant plus élevée. Il conviendra d'être particulièrement attentif à l'état cutané de ces patients : la prise en charge des troubles trophiques chez eux est obligatoirement multidisciplinaire, le travail en équipe devient ici une nécessité absolue [13].

C1 (les télangiectasies)

Objectif recherché :

Stabilisation des lésions.

Discussion :

Le port de bandes a été exclu. Le port de mi-bas de 10 à 20 mm Hg nous a semblé être une solution efficace à la jambe. Par contre, le bas-cuisse ou le collant ne nous a pas semblé avoir une quelconque efficacité à la cuisse (pas de pression efficace, à notre connaissance).

Proposition et recommandation du groupe :

Pas de preuves montrant la stabilisation à moyen ou long terme. Intérêt d'études prospectives.

C1 s

Pour **C1 s**, télangiectasies associées à une symptomatologie, les experts proposent de se référer au **C0 s**. Cependant il faut noter que, si le symptôme est localisé (brûlure par exemple), la micro-sclérothérapie ou l'application de topiques locaux ont une indication.

C1 post-thérapeutique
(essentiellement micro-sclérothérapie)

Objectif recherché :

Diminuer les effets indésirables et améliorer l'efficacité du traitement.

Discussion :

Deux articles publiés récemment (Weiss, Scurr), analysés lors de la conférence de consensus de San Diego [5] démontrent l'efficacité d'une compression à 30 mm Hg dans la micro-sclérothérapie par rapport à l'absence de compression. Ces études ne sont pas exemptes de critiques méthodologiques. Un autre auteur trouve que le port des BMC n'apporte pas de bénéfice [14]. Le groupe d'experts n'est pas pour l'utilisation systématique d'une compression à 30 mm Hg, mais en faveur d'un 10-20 mm Hg. Cela aurait un double avantage : réduire les risques d'apparition d'hématomes aux points d'injection et faire découvrir les effets positifs sur une symptomatologie passée inaperçue !

Propositions et recommandations du groupe :

Contrairement à la littérature, le groupe d'experts préconise l'utilisation d'une compression de 10-20 mm Hg systématique et non de 30 mm Hg. En revanche, si la réaction immédiate devient inflammatoire c'est-à-dire rougeâtre voire douloureuse, une compression de type segmentaire apparaît obligatoire.

A remarquer qu'une prescription à ce stade a une valeur éducative pour le patient porteur d'une maladie chronique débutante mais évolutive.

C2 (les veines variqueuses)

Concernant les veines variqueuses (VV), le groupe a décidé d'étudier les indications de la compression de façon détaillée, c'est-à-dire en fonction de différentes situations cliniques. Seront envisagées dans ce chapitre : les VV douloureuses, les VV en fonction de leur taille, petites ou volumineuses et la prévention de leurs complications. Dans des chapitres spécifiques, seront proposés : la compression chez la femme enceinte variqueuse, la compression lors des différents traitements…

Objectifs recherchés :

1) Améliorer la symptomatologie.

2) Freiner l'évolutivité de la MVC, voire l'interrompre.

3) Prévenir les complications avec un double rôle : améliorer le retour veineux et protéger le peau.

Discussion :

1) Pour la symptomatologie, les experts se reportent habituellement au COs précédemment discuté.

2) Pour freiner l'évolutivité de la MVC, le groupe était conscient qu'il était nécessaire d'appliquer des pressions fortes, de l'ordre de 40 mm Hg minimum.

Par contre, le paramètre « diamètre ou longueur » des VV ne semble pas jouer un rôle majeur. Certains d'entre nous prescrivent des BMC de 10-15 ou de 15-20 mm Hg, quelle que soit l'importance des VV. D'autres proposent, en fonction des risques cutanés encourus ou de la grosseur des dilatations variqueuses, surtout si elles siègent au 1/3 inférieur de jambe, de faire porter d'emblée des bas de 30-35 ou 35-40 mm Hg (si difficulté de pose, utilisation d'une superposition de deux bas de 15-20, ce qui permet d'atteindre des pressions de l'ordre de 30-40 mm Hg à la cheville).

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

3) Pour prévenir les complications, plusieurs attitudes ont été proposées : de l'attitude minimaliste avec des bas de 20 mm Hg jusqu'à l'attitude maximaliste avec des 40 mm Hg ou plus. Mais y a t il une différence entre freiner l'évolution de la maladie et réaliser une prévention ?

Propositions et recommandations du groupe :

1) Pour améliorer la symptomatologie, il est recommandé de prescrire des bas de 10 à 20 mm Hg, fonction des résultats de l'EVA.

2) Pour freiner l'évolutivité de la MVC, il est recommandé de prescrire d'emblée un bas de 30-40 mm Hg minimum (ou 2 de 20).

3) Pour prévenir les complications, il est recommandé d'utiliser un bas d'environ 30 mm Hg. A cette occasion, il est nécessaire de faire une remarque sur la classe III française : les bas de cette classe vont de 20 à 35 mm Hg. Il convient donc de veiller à ce que le bas exerce une pression suffisante : 30-35 et non pas 20-25 !

C2 et grossesse

Objectifs recherchés :

Ils vont de la simple disparition de la symptomatologie à l'arrêt de l'évolutivité de la maladie veineuse chronique pendant cette période. Se rajoutent au C2 (ci-dessus) les problèmes liés à la grossesse : compression utérine et modifications hormonales.

Discussion :

Il s'avère que dans les différentes publications, l'attitude est loin d'être uniforme [2-5, 15] : 20, 30, 40 mm Hg, voire plus. La raison de ces différences réside probablement dans le fait que l'état veineux de ces patientes enceintes était très dissemblable dans l'esprit des auteurs. Notre discussion a donc été d'imaginer différentes situations cliniques et d'apprécier l'attitude thérapeutique de chacun d'entre nous.

La conclusion en a été la suivante : contrairement à ce qui est indiqué sur les livrets proposés par les fabricants français, ce n'est pas obligatoirement un bas de 15-20 mm Hg qu'il faut prescrire, et encore moins un collant ! C'est l'état clinique (allant de la simple lourdeur de jambe à la présence d'un ulcère) et l'objectif recherché qui imposeront le degré de compression, exactement comme cela a été débattu ci-dessus. La pression va donc varier de 10 à 40 mm Hg, voire plus : Cependant, du fait du facteur supplémentaire « grossesse », on peut imaginer que le degré de compression soit un peu supérieur !

Propositions et recommandations du groupe :

Début de grossesse : un bas anti-glisse de 10-20 mm Hg, fonction de la symptomatologie (voir C0 s).

Puis, s'il y aggravation de l'état veineux, un bas de 30 mm Hg (fibres thermo-régulées de préférence). La superposition est conseillée pour atteindre ces pressions, mais elle peut devenir au fur et à mesure de la grossesse une obligation : tout dépend du tour de taille ! L'idée de superposer un bas auto-fixant et une chaussette permet d'atteindre les pressions envisagées (30, 40 ou plus), sans gêne au niveau de la cuisse. Les varices entraînent l'apparition de varicosités, la compression forte va permettre d'interrompre, au moins partiellement, cette évolution.

Les collants dits de maternité ne nous semblent pas utiles car la compression de la région périnéo-vulvaire est illusoire et leur pression ne dépasse souvent pas quelques mm Hg à la cuisse.

C2 post-thérapeutique

Objectifs recherchés :

Améliorer les résultats des thérapeutiques curatives à court et long terme.

Discussion :

En cas de sclérothérapie de veines variqueuses ou d'un traitement chirurgical, les études de la littérature sont en faveur de la pose d'une compression d'environ 30-40 mm Hg à la cheville [5].

L'attitude du groupe d'experts est résolument d'utiliser des bas de compression (associés ou non à des bandes) au décours du traitement curatif des axes saphéniens, sclérothérapie, chirurgie ou procédures endoveineuses.

En cas de sclérothérapie (manuelle ou instrumentale), cette nécessité est expliquée soit par esprit de prudence, soit dans un intérêt thérapeutique [15] : à très court terme dans le but d'avoir un meilleur contact entre le produit injecté, mousse en particulier, et la paroi, ce qui en toute logique favoriserait le spasme de cette veine variqueuse ; dans les instants suivants, la compression maintiendrait cette diminution de diamètre et renforcerait ce spasme obtenu par le sclérosant (au niveau de la zone de compression) ; à court terme, la compression permettrait une quasi absence de séquestration d'hématies dans la zone comprimée, donc de thrombectomies ou de réactions inflammatoires ; avec, à moyen terme, l'assurance réelle mais non systématique, d'éviter l'apparition d'hématomes cutanés et d'hématomes intra-variqueux.

En cas de chirurgie ou de procédures endoveineuses, l'intérêt de la compression a toujours été évident : beaucoup moins d'hématomes à court terme et un meilleur résultat à long terme [5, 16].

Propositions et recommandations du groupe :

Lors d'un traitement par sclérothérapie, contrairement à ce que nos aînés proposaient, l'utilisation d'une compression élastique doit être systématique : bas auto-fixant d'au moins 30 mm Hg. Le bas utilisé peut être unique, d'emblée 30 mm Hg, ou multiple par superposition ce qui permet d'atteindre des pressions plus fortes avec un moindre effort à la pose [8] :

– en cas d'injection dans une grande veine saphène, deux bas de 15-20 mm Hg,

– pour une petite veine saphène, un bas de 15-20 mm Hg associé en superposition à une chaussette de même pression. Ce mi-bas peut être remplacé par un bandage de type adhésif, mais sa pose doit se faire sans serrer (bandage segmentaire).

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

Niveau de preuve	Preuve scientifique	Force de recommandation
Niveau 1 – Essais comparatifs randomisés de forte puissance – Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés – Analyse de décision fondée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie	Grade A
Niveau 2 – Essais comparatifs randomisés de faible puissance – Études comparatives non randomisées bien menées – Études de cohorte	Présomption scientifique	Grade B
Niveau 3 – Études cas-témoin		
Niveau 4 – Études comparatives comportant des biais importants – Études rétrospectives – Études épidémiologiques descriptives – Séries de cas	Faible niveau de preuve	Grade C
	Opinion quasi-unanime des professionnels en l'absence d'études	Accord professionnel

Tableau III. – Niveau de preuve en fonction de la qualité des études analysées

– En première intention, les formes débutantes de la maladie veineuse chronique peuvent être traitées par des bas de compression.

– Les compressions de 10 à 15 mm Hg sont à recommander pour améliorer la symptomatologie au cours des formes débutantes de la maladie veineuse chronique (grade B).

– Dans les formes avec troubles trophiques, les bandages inélastiques, à allongement court ou multicouches, sont à préconiser (grade A).

– La compression avec un haut niveau de pression est le traitement de base de l'ulcère veineux (grade A). Son port est également fortement recommandé pour prévenir la récidive des ulcères cicatrisés et l'apparition de nouveaux ulcères (grade B).

– Lors d'un acte chirurgical à risque thrombotique modéré, le port d'une compression élastique réduit le risque de thrombose (grade A).

– Lors d'un voyage de longue durée, une conclusion identique pourrait être faite (grade B).

– La compression de 20 à 30 mm Hg diminuerait le risque de survenue d'un syndrome post-thrombotique en cas de thrombose proximale (grade B).

– Une compression élastique < 25 mm Hg améliorerait les troubles microcirculatoires distaux chez le patient diabétique en l'absence d'artériopathie, neuropathie ou ulcère (grade B).

– La compression est indispensable après chirurgie veineuse. Son port peut être réduit à une semaine en dehors de complications trophiques ou hémorragiques (grade B).

Tableau IV. – Grade des indications selon la littérature [4]

Cette compression sera gardée 3 jours, renouvelable tant que persisteraient d'éventuels hématomes.

Après chirurgie ou procédures endoveineuses, utilisation d'une compression par bas d'au moins 30 mm Hg. Celle-ci se fera plus simplement par la superposition de deux bas élastiques de 20 mmHg (avis d'experts). Si l'objectif est de comprimer le canal saphénien, il est nécessaire d'appliquer en son long une mousse dure. Cette pratique permet d'atteindre des pressions de l'ordre de 40-45 mm Hg [17].

Cette compression sera poursuivie de 8 jours à un mois selon la symptomatologie et l'état local, voire plus si cela est nécessaire.

En revanche, il est difficile aujourd'hui, en l'absence d'études randomisées de grade A ou B, de donner des recommandations de niveau 1 ou 2 *(Tableaux III et IV)* pour le traitement curatif des veines variqueuses.

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

C2 et leurs complications

Objectifs recherchés :

Traiter les complications, TVS et hémorragie, dans l'urgence et prévenir les récidives.

Discussion :

Les études sur ces sujets sont unanimes : la compression est l'élément thérapeutique de base, à la fois dans l'urgence et pour prévenir les récidives [5]. Cependant, le groupe a fait la remarque pertinente suivante : soit le patient porte déjà un BMC et il faudra le renforcer, soit il n'en porte pas et toute l'éducation est à reprendre ! Renforcer la compression implique de poser sous le BMC déjà porté un bandage non-élastique collé, de 3 à 4 tours et non serré. Ce type de bandage permet d'atteindre un degré d'inélasticité suffisant. La durée du bandage et son renouvellement dépendront de l'évolution de l'état clinique.

Proposition et recommandation du groupe :

Que ce soit pour une thrombose veineuse superficielle ou une hémorragie variqueuse, l'ensemble du groupe a opté pour la pose supplémentaire d'une bande élastique ou mieux non élastique adhésive sous le bas élastique habituel. Il est bien évident que les traitements adjuvants sont indispensables.

Les C3, C4, C5, C6 (généralités)

Concernant le **C3, C4, C5 et C6**, le groupe unanimement a décidé de se rallier à ce qui est publié car de nombreuses études bien menées ont été répertoriées [5] (Tableau IV).

La discussion a pris en compte une étude de Caprini, faite à moyen terme, qui conclut à l'amélioration globale de tous les stades de la MVC grâce à une compression de 30 mm Hg [18].

Propositions et recommandations du groupe :

Pour les œdèmes veineux, les troubles trophiques et ulcères veineux de jambe, l'attitude consensuelle est simple : au moins 30 mm Hg, quelle que soit la technique (bandes, bas, bandes multicouches, bas superposés).

C3 (œdème veineux)

Objectif recherché de la compression :

Faire disparaître l'œdème, puis prévenir sa réapparition.

Discussion :

Plusieurs techniques sont proposées pour éliminer un œdème : la contention par bandes collées fréquemment renouvelées ou la compression par bas, si nécessaire en les superposant. Pour éviter sa réapparition, les mêmes techniques sont employées mais celle des bas élastiques est la plus employée [15].

Propositions et recommandations du groupe :

Il est impératif qu'une jambe soit « sèche » [15], un œdème ne doit pas persister ! En effet, il fait le lit des troubles trophiques.

Les C4, C5, C6 (les troubles trophiques, les cicatrices d'ulcère et les ulcères)

Objectif recherché de la compression :

Faire disparaître ces troubles trophiques en commençant par l'œdème.

Discussion :

Ces troubles trophiques sont en général liés à une insuffisance veineuse ancienne, plus ou moins laissée à elle-même, car le plus souvent indolore.

Propositions et recommandations du groupe :

Mise en place d'une compression d'au moins 30 à 40 mm Hg, quelle que soit la technique (bandes collées ou non, ou bas de préférence superposés). L'utilisation des bandes multicouches est dans ces cas largement recommandée *(Tableau IV)*.

CONCLUSION

Les recommandations couvrent l'ensemble des affections rencontrées au cours de la maladie veineuse chronique (primaire et secondaire). Elles méritent d'être diffusées au plus grand nombre de manière à ce que leur utilisation devienne quotidienne.

La compression élastique est le traitement de base de la maladie veineuse chronique, ralentissant son évolutivité, les autres techniques n'étant que ponctuelles. La compression ne doit pas se réduire à un simple et unique bas de 15 à 20 mm Hg ; elle doit utiliser tous les matériaux disponibles et toutes les pressions proposées. En résumé, le groupe propose pour C0 s et C1 des degrés de compression de l'ordre de 10 à 20 mm Hg ; pour les C2, entre 20 et 30 mm Hg et un peu supérieur en cas de grossesse ; pour les C3, C4, C5 et C6, entre 30 et 40 mm Hg voire plus en fonction de l'état clinique.

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 Guidelines on compression therapy. *Acta Phlebologica* 2001 ; 2 (suppl. 1) : 1-24.

2 Guidelines on compression by the German Society of Phlebology. *Dermatol Surg* 2004 ; 30 : 687-93.

3 Abenhaim L., Clément Denis, Norgren L., Baccaglini U., Cooke J.P., Cornu-Thénard A. *et al*. The management of chronic venous disorders of the leg : an evidence-based report on an International Task Force. *Phlebology* 1999 ; 14 (suppl. 1).

4 Vin F., Benigni J.P. Compression therapy : International consensus document guidelines according to scientific evidence. *International Angiology* 2004 ; 23 : 317-45.

5 Partsch H. Evidence based compression therapy. *Vasa* 2004 ; 34 (suppl. 63) : 20-1.

6 Cornu-Thénard A. Pressothérapie par bandes ou par bas élastiques. In : Bilancini S., Lucchi M. Ed., *Le Varici Nella Pratica Quotidiana,* Ed. Minerva Medica, 1991 : 335-60.

7 Cornu-Thénard A. Mesure de la pression des bas élastiques : priorité aux millimètres de mercure et non aux classes. *Phlébologie* 1992 ; 45 : 455-6.

8 Cornu-Thénard A., Boivin P., Carpentier P.H., Courtet F., Ngo P. Superimposed elastic stockings : pressure measurements. *Dermatol Surg* (accepté pour publication en mars 2006).

9 Partsch H., Clark M., Bassez S., Becker F., Benigni J.P., Blazek V., Caprini J., Cornu-Thénard A., Hafner J., Flour M., Jünger M., Moffatt C., Neumann H.A.M. Measurement of lower leg compression in vivo : recommendations for the performance of measurements of interface pressure and stiffness : a consensus statement. *Dermatol Surg* 2006 ; 32 : 229-38.

10 Porter J.M., Rutherford R.B., et al. Reporting standards in venous disease. *J Vasc Surg* 1988 ; 8 : 172-81.

11 Benigni J.P., Allaert F.A. La compression est-elle un bon antalgique veineux ? *Phlébologie* 2005 ; 58 : 83-6.

12 Benigni J.P., Allaert F.A., Vin F. Meta-analysis of randomized trials on the efficacy of compression stockings (10-15 mm Hg ankle pressure) on pain in the early-stage of chronic venous disease. *Int Angiology* 2005 ; 24 (suppl. 1) ; 3 : 20.

13 Cornu-Thénard A., Le Floch E., de Cottreau H., Gounon P., Berthaux N. Prévention médicale de la récidive des ulcères veineux. *J Mal Vasc* 2005 ; Tome 30 ; 4 : 4S10-4S11.

14 Guex J.J. Inutilité de la compression après sclérothérapie des micro-varices et des télangiectasies. *Phlébologie* 1994 ; 47 : 371-5.

15 Partsch H., Rabe E., Stemmer R. Le traitement compressif. *Éditions Phlébologiques Françaises* 2000.

16 Lefebvre-Vilardebo M., Uhl J.F., Lemasle P. Le collant de contention : pansement postopératoire idéal en chirurgie variqueuse ? *Phlébologie* 1995 ; 48 : 337-43.

17 Benigni J.P., Uhl J.F., Cornu-Thénard A. La sclérothérapie (chapitre Compression). Eska Ed (à paraître).

18 Motykie G.D., Caprini J.A., Arcelus J.L., et al. Evaluation of therapeutic compression stockings in the treatment of chronic venous insufficiency. *Dermatol Surg* 1999 ; 25 : 116-20.