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

Phlébologie 2014, 67, 2, p. 100-108

Ulcères de jambe et compression médicale : pourquoi, comment ?

Leg ulcers and medical compression: why, how?

Cornu-Thenard A.[1], Uhl J.F.[2], Chahim M.[3]

Résumé

Pour au moins deux raisons, l'ulcère de jambe est une pathologie de moins en moins fréquente : sa prise en charge se fait beaucoup plus rapidement et les personnes âgées font beaucoup plus confiance à leur médecin traitant.

Malheureusement, des difficultés thérapeutiques persistent, le plus souvent liées à une étiologie insoupçonnée qui n'a été cherchée que partiellement.

La définition des mots *ulcère de jambe* et *compression médicale* nous amène à comprendre les liens qui existent entre eux.

Afin de découvrir l'étiologie responsable, un bilan, clinique et par écho-Doppler à visée veineuse en particulier, est à entreprendre.

Ce premier bilan, découvrant l'étiologie responsable, va permettre de déclencher une thérapeutique adaptée.

La compression médicale est la thérapeutique de base du traitement de l'ulcère veineux, encore faut-il la prescrire, la mettre en pratique, l'expliquer au patient et savoir l'enseigner !

Les différents « bandages », par bande ou par bas, en plusieurs couches ou non, sont détaillés ainsi que les avantages de chacun.

Les thérapeutiques vasculaires curatives sont envisagées, mais que partiellement, laissant le soin de les préciser à des auteurs plus spécialisés.

Mots-clés : *ulcère veineux, œdème, bandes et bas médical de compression, superposition.*

Summary

For at least two reasons, leg ulcer is a disease less frequent: its support is much faster and the elderly are much more confident in their physician.

Unfortunately therapeutic difficulties persist, most often related to an unsuspected etiology which is sought only partially.

The definition of the words « leg ulcer » and « medical compression, » leads us to understand the links between them.

A clinical and echo-Doppler venous examination are necessary to discover the responsible etiology.This initial assessment, finding the responsible etiology, will help trigger appropriate therapy.

Medical compression therapy is the mainstay of treatment for venous ulcers, must still prescribe the practice, explained to the patient and know how to teach!

Different bandages and stockings, strip or down in several layers or not, are detailed as well as the benefits of each.

Therapeutic vascular healing techniques are considered, but they are only partially, leaving it to specify more specialized authors.

Keywords: venous ulcers, swelling, bandages and medical compression stockings, superposition.

1. *2, rue Faidherbe, 75011 Paris, France.*
2. *Unité de recherche URDIA EA 4465, Université Paris Descartes, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France.*
3. *Hôpital Corentin-Celton, 92130 Issy-les-Moulineaux, France.*
E-mail : andre.cornuthenard@wanadoo.fr, jeanfrancois.uhl@gmail.com, dr.chahim.maxime@wanadoo.fr,
Accepté le 21 juin 2014

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

Introduction

L'ulcère de jambe est une pathologie de moins en moins fréquente, mais *a contrario* il continue de poser des difficultés thérapeutiques, le plus souvent liées à une étiologie insoupçonnée, qui n'a été cherchée que partiellement.

La définition des mots *ulcère de jambe* et *compression médicale* nous amènera à comprendre les liens resserrés qui existent entre eux.

Ceci nous permet d'appréhender le traitement de ces plaies d'un point de vue vasculaire, le traitement local étant largement proposé en dermatologie.

Avant de rentrer dans les méandres du traitement compressif, nous verrons quelles sont les questions à poser et vers quel bilan initial clinique et écho-Doppler s'orienter, afin d'obtenir des éléments guidant vers une étiologique précise. Ce n'est qu'avec ce premier bilan qu'une véritable thérapeutique appropriée pourra être lancée.

La compression médicale, essentielle dans la thérapeutique du traitement de l'ulcère veineux, est à prescrire, à mettre en pratique, savoir l'expliquer au patient et à son entourage et savoir l'enseigner !

Les différents bandages, par bandes ou par bas, seront détaillés, sans *a priori*, chaque auteur évoquant sa façon de faire. Les thérapeutiques vasculaires curatives sont envisagées mais partiellement, renvoyant les lecteurs vers les publications et livres correspondants.

Préambule

Tout ce qui est écrit dans cette publication représente le résumé de trente ans d'exercice en phlébologie, à la fois dans le domaine de la prise en charge des ulcères de jambe et dans le domaine de la compression médicale.

Comme dans tous les ouvrages spécialisés, chaque notion peu connue est suivie de références sur lesquelles il est possible se reporter.

Ce n'est pas un recueil de recommandations à suivre obligatoirement mais de conseils liés à cette expérience. Pour chaque grand paragraphe, **un rappel et un conseil sont proposés**.

Généralités sur ulcère de jambe et compression médicale

Définition du mot « ulcère de jambe » et lien avec la compression médicale

La **définition** donnée par **Touraine** est connue de longue date : « Il s'agit d'une perte de substance qui n'a aucune tendance spontanée à la cicatrisation » [1].

La **prévalence** des ulcères de jambe (UdJ) est estimée à environ 1 % de l'ensemble de la population française, atteignant 5 % après 80 ans. En consultation, il s'agit plus souvent d'un homme d'âge mur [2]. L'origine serait veineuse variqueuse dans environ 60 % des cas (d'où le terme d'ulcère variqueux, souvent employé !), veineuse post-thrombotique dans ± 20 %, vasculaire non veineuse dans 10 % et non vasculaire dans ± 5 % [3].

Les bandes (élastiques ou non) ont servi de tout temps à régler les problèmes veineux [1, 3, 4, 5]. Malgré cette ancienneté, la compression médicale (CM) n'a ***jamais vraiment convaincu, ni le corps médical, ni les patients !*** De plus, sa réelle utilisation passe par de longues explications auprès du personnel soignant et des patients… pour qui les difficultés se résument à une quasi inaptitude à mettre en place, seul, le matériel et à une observance qui peut devenir pénible ! [1, 5].

Les bas médicaux compressifs (BMC) sont de fabrication plus récente et plus esthétique mais ce n'est pas ce fait qui a amélioré de beaucoup son acceptabilité ! Enfin, ces BMC ne sont utilisés que depuis peu dans le traitement des œdèmes et des ulcères [6, 7, 8, 9].

Pour simplifier notre langage, le **bandage** est le matériel ***final*** obtenu sur la jambe, formé par un assemblage d'une ou plusieurs bandes ou de BMC ou encore par d'un mixte bandes et BMC.

➔ **Un rappel, un premier conseil :**

Si plus de 8 UdJ sur 10 sont veineux, le diagnostic étiologique est quasiment fait d'emblée !

Mais attention : une étiologie évidente peut en cacher une autre ! S'obstiner et continuer à chercher !

➔ **Un rappel et un second conseil :**

Il existe un hiatus entre l'ancienneté de cette thérapeutique, témoin d'une certaine valeur thérapeutique, et le manque d'enthousiasme à l'utiliser… Être convaincu et convaincre confrères et patients !

Notions de temps de demi-cicatrisation et de Review Deadline

À partir de quand peut-on parler de « aucune tendance spontanée à cicatriser » : un mois, deux mois ?

Une étude sur les vitesses de cicatrisation des ulcères veineux de jambe avait, sans véritable prétention scientifique, abouti à une notion de **temps de demi-cicatrisation et de délai de remise en cause** [10] :

« ***Si la moitié de la surface initiale d'un ulcère veineux (mesurée par calques) a cicatrisé de moitié en 30 jours (ou moins), l'évolution pourra être considérée comme bonne, voire très bonne.*** »

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 ces cas (la CM était dans cette étude représentée par des BMC de 25 mmHg), la règle est simple : ne rien changer dans la conduite thérapeutique, ni dans le traitement local, ni dans la compression.

Inversement,

« ***Si la moitié de la surface d'un ulcère veineux n'a pas cicatrisé dans ce délai de 30 jours, l'équipe soignante, infirmières et surtout médecins, devra se remettre en cause, surtout s'il y a extension !*** »

Ainsi le diagnostic étiologique et les traitements, tant locaux que ceux liés à la compression médicale (CM) seront à revoir, exactement comme si la plaie était vue pour la première fois !

Il s'agit du **délai de remise en cause** ou du « **Review Deadline** ». Cette notion est reprise dans certains manuels ou communications [11, 12, 13, 14].

Se remettre en cause implique : de revoir en premier lieu le diagnostic (on a 2 chances sur 10 de se tromper !) et en second lieu le double traitement : les soins locaux et la lutte contre l'œdème.

- Les soins locaux sont largement débattus dans d'autres publications [1, 3, 4, 5].
- La lutte contre l'œdème et la stase veineuse utilise plusieurs systèmes : les diurétiques, qui sont souvent utilisés mais ont des inconvénients, le décubitus (pieds plus haut que la tête) et la CM.
- Les thérapeutiques, mettant route une chirurgie par exemple, ne sont pas de mise dans cette situation [14].

➔ **Un rappel et un troisième conseil :**

Quelle que soit la surface initiale de l'ulcère, **30 jours est un temps idéal de demi-cicatrisation**. Avant ces 30 jours, la conduite à tenir n'a aucune raison d'être changée. Inversement, passé ce délai de 30 jours, l'ensemble du diagnostic étiologique et du traitement local et compressif est à revoir, et ce d'autant plus vite que la plaie s'est agrandie !

Lien entre ulcère et œdème

Bien rares sont les ulcères de jambe qui ne s'accompagnent pas d'œdème. Lorsque la jambe est « sèche », la recherche d'une étiologie autre que veineuse telle qu'artérielle, semble logique et judicieuse. La démarche de cette obligation est parfaitement décrite dans plusieurs ouvrages [1, 3, 4, 14].

Dans les cas d'ulcères veineux, l'œdème est présent. Il est souvent évident mais parfois infraclinique et sa recherche va l'authentifier : la pression légère mais longue du pouce du clinicien provoque en présence d'un œdème une cupule appelée *godet*.



FIGURE 1 : Grosse jambe chez une patiente qui est en HAD (hospitalisation à domicile). L'œdème est ici évident. Ce n'est pas la plaie qui se creuse mais les bords qui sont gorgés d'œdème. Le traitement compressif est la solution la plus facile et la moins coûteuse !
(photo André Cornu-Thenard et Patricia Senet)

Ce signe de Stemmer fait comprendre que la plaie se présente souvent sous la forme d'une cavité plus ou moins profonde : il est dit que l'ulcère « se creuse » **(Figure 1)**.

En fait, ce n'est pas la plaie qui est creuse mais les bords qui sont gorgés d'œdème et qui donnent cette impression [4]. On comprend aisément que, plus la jambe s'enfle, plus l'œdème péri-ulcéreux devient important, plus l'aspect des bords de la plaie « s'épaississent » et plus l'ulcère prend l'aspect d'un cratère !

Cette ***phase initiale de congestion*** des troubles trophiques et d'infiltration d'œdème va durer tant qu'un moyen de désinfiltration ne sera pas mis en œuvre. Sur le plan pratique, théoriquement c'est le rôle du bandage fait de ***bandes*** relativement inextensibles qui parviendra à cet effet [1].

Dans la ***phase dite de cicatrisation*** qui correspond cliniquement à la phase de bourgeonnement et d'épidermisation de la plaie, le BMC sera préféré. Mais l'adage qui prétend que ce sont les bandes qui obtiennent le résultat et les BMC qui le maintiennent doit être nuancé. En effet, la pratique quotidienne montre que les BMC sont utilisables quelle que soit la phase, et surtout des études récentes démontrent que les BMC donnent des résultats supérieurs [6, 7, 8, 9, 15, 16].

À ce phénomène s'ajoute l'œdème lié à l'inflammation de la plaie elle-même et un cercle vicieux s'installe : inflammation, œdème, inflammation et re-œdème, etc.

Un des seuls moyens pour interrompre ce cercle vicieux est de supprimer, en premier, l'œdème ! La CM semble être ce moyen, ce d'autant plus qu'elle ne coûte pas très cher et qu'elle est facile à mettre en œuvre **(Figure 2)**.

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



*FIGURE 2 : **Même ulcère que Figure 1 mais après 10 jours d'un traitement compressif par bandes, la plaie « s'aplanit ». En fait, c'est la jambe qui, d'œdèmaciée, devient « sèche » ! La plaie devient en grande partie rose, un début de cicatrisation apparaît en bordure.***
(photo André Cornu-Thenard et Patricia Senet)

➔ **Un rappel et un quatrième conseil :**

Au total, ce n'est pas l'ulcère qui est « profond » mais les bords qui sont œdémaciés! Reflets d'une jambe qui l'est également. Attitude : prescrire une bande ou un bas élastique.

Y a-t-il une compression médicale idéale pour les UdJ?

La Haute Autorité de Santé a rappelé récemment les règles d'utilisation de la CM dans le traitement de l'ulcère de jambe veineux et mixte (artériel et veineux). Les bandages par bandes multi-types ou par BMC doivent être utilisés, peu importe pourvu que la pression atteigne 30 à 40 mmHg à la cheville (et inférieure à 25 mmHg en cas d'ulcère mixte) [1, 17]. En pratique quotidienne, le problème avec les bandes est qu'il est quasi impossible de savoir si cette pression est respectée ; l'utilisation des BMC permet de répondre à ce problème. En effet ils sont fabriqués pour donner des pressions relativement précises (au moins *in vitro*), encore faut-il qu'ils puissent être mis en place et qu'une dysmorphie de la jambe n'empêche pas la prescription.

Pour le patient : la pression idéale est celle qui est indolore, bien supportée, efficace et qui peut être posée par lui-même.

Pour le médecin en début d'installation : difficile à dire en raison de l'absence quasi complète d'enseignement pendant les études médicales !

Pour le médecin spécialiste : l'évolution du matériel a été remarquable. Dans toutes les Écoles européennes, la CM ***inélastique*** par bottes de Unna prônait dans le traitement des UdJ [4, 5]. Actuellement, les bottes à l'oxyde de zinc, qui sont essentiellement représentées par les Varolast®, sont directement appliquées sur les plaies ulcéreuses. Elles peuvent être laissées en place plusieurs jours mais, dans ces conditions, elles provoquent des odeurs peu supportables pour le patient et son entourage !

La ***notion de supériorité de la compression inélastique*** par rapport à la compression élastique est importante à apprendre et, pour en connaître les raisons précises, nous vous renvoyons aux ouvrages habituels [3, 4].

Puis l'évolution s'est faite vers les bandes inélastiques amovibles, puis vers une superposition de plusieurs types de bandes, certaines élastiques d'autres non ; l'objectif était ***d'obtenir une raideur maximum du bandage*** par superposition des tours de la première bande mais également par empilement de plusieurs bandes [3, 4]. Depuis peu, des systèmes d'assemblage *bas et chaussettes* élastiques, mis en superposition, ont vu le jour : la finalité est également d'obtenir une raideur maximum du bandage par le principe de la superposition, mais avec des BMC ! [18, 19] (des kits « *anti-ulcère* » sont disponibles sur le marché français, tel le Mediven Ulcer Kit).

Explication : schématiquement, si la résultante des pressions de deux BMC mis en superposition double, le coefficient de résistance globale (ou degré d'inélasticité) double également [19]. Il en est de même avec 3, voire 4 bas, etc.

Exemple : 2 BMC identiques de 15 mmHg de pression chacun et de coefficient de résistance (CdR) de 1 mmHg/cm (1 mmHg d'augmentation de pression par cm d'extension ou de conférence de cheville supplémentaire) sont mis l'un sur l'autre, la nouvelle pression sera d'environ 30 mmHg ± 3 et le nouveau CdR sera de 2 mmHg/cm. Si 3 BMC identiques de 15 mmHg et de CdR égale à 1 mmHg/cm sont mis en superposition, la pression atteindra 45 mmHg ± 4,5 et le CdR atteindra les 3 mmHg/cm (autant dire que pour 1 cm, ce qui est peu, la résistance du matériel va augmenter de 3 mmHg, ce qui commence à faire beaucoup).

Chez le sujet âgé, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est très souvent silencieuse du fait de l'absence de mobilité et de la sédentarité.

Dans une étude prospective [18] réalisée sur un échantillon de 138 patients hospitalisés d'âge moyen 82,2 ans, une artériopathie sévère asymptomatique a été retrouvée chez 35 d'entre eux (28 %) contre-indiquant, en théorie, le port d'une compression élastique.

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

En effet, autant la CM par bandes élastiques est contre-indiquée (la pression d'interface étant totalement incertaine), autant la CM par bas peut être utilisée. Il suffit pour cela de connaître la pression systolique distale du membre et de proposer un BMC de 10-15 ou 15-20 mmHg par exemple, qui sera largement suffisant pour contrecarrer l'apparition ou la réapparition d'un œdème [20, 21]. Enfin, mais moins facile à mettre en place est la CM par bandes inextensibles telles les bottes de bandes collées ou les bottes de Unna.

Enfin, dans l'esprit de certains d'entre nous et pour une efficacité immédiate, la pose d'un BMC, voire d'une superposition de plusieurs d'entre eux lors de la première consultation, devient évidente. D'où la nécessité de disposer d'**échantillons** (de toutes sortes) dans nos consultations !

➔ **Cinquième conseil :**

Disposer lors des consultations d'échantillons de bandes, de bas et de chaussettes, de toute marque.

Les premières questions et le bilan initial

L'interrogatoire est en général suffisant pour entrevoir le diagnostic.

Il va s'attacher à détecter les symptômes et les antécédents qui pourraient orienter vers une pathologie veineuse et éliminer une pathologie artérielle :
- le traumatisme déclenchant ;
- la notion d'un ou plusieurs ***antécédents d'ulcère***, avec la notion de guérison suite à un décubitus prolongé ou aidée par une compression médicale ;
- la recherche de ***varices*** existantes, éventuellement déjà traitées ;
- la présence d'un ***œdème plus ou moins permanent*** ;
- la notion d'***antécédents de thrombose*** veineuse profonde.

Le bilan clinique confirme cette impression. Au premier coup d'œil, on peut constater chez cette personne d'âge mûr :
- une ***grosse jambe*** ;
- un ***pansement situé au 1/3 inférieur*** de cette jambe, ***souillé***, voire très humide, témoin d'un suintement important ;
- ***un œdème prenant le godet.*** L'œdème est presque toujours présent. Il est très évocateur d'étiologie veineuse surtout s'il préexistait à l'ulcère. Son origine est liée soit à une maladie veineuse chronique (superficielle et/ou profonde), soit à une stase liée à la mise en position déclive du membre (œdème postural secondaire) ;
- les caractéristiques de la plaie sont détaillées au début de cet article et plus largement dans d'autres chapitres ;
- des ***pouls distaux palpables***, éventuellement confirmés par le Doppler de poche ;
- ***des dilatations veineuses subpubiennes et abdomino-thoraciques sont à rechercher...*** **(Figure 3)**



FIGURE 3 : Dilatations veineuses abdomino-thoraciques. Elles sont témoins d'une thrombose ancienne, souvent passée inaperçue. Seul l'examen clinique peut les reconnaître. Elles sont à rechercher systématiquement. (photo André Cornu-Thenard et Patrick Carpentier)

➔ **Un rappel et un sixième conseil :**

La présence d'un œdème est « **mortelle** »! La lutte contre est une priorité absolue.

L'écho-Doppler :

L'étiologie veineuse est plus que probable, mais la clé du diagnostic est l'examen écho-Doppler : il va éliminer définitivement une artériopathie, fréquente chez les sujets âgées.

L'***étude des troncs veineux profonds*** à la recherche de séquelles de thrombose ou d'insuffisance valvulaire primitive s'accompagne toujours de l'***étude des troncs superficiels***.

La mesure des pressions systoliques, à la cheville et au membre supérieur, permet de dépister une hypertension artérielle et surtout d'établir le gradient de pression cheville/bras ou Index de Pression Systolique (IPS) (normale ≥ 1).

➔ **Un rappel et un septième conseil :**

Un bilan écho-Doppler est le seul examen nécessaire en première intention.

Conduite à tenir (CAT) de première intention

Un certain nombre d'ulcères rares telles une angiodermite nécrotique, une maladie neurologique, une hémopathie, voire une ulcération par pathomimie **(Figure 4)**, ou cicatrisant difficilement telle une plaie chez un patient sous corticothérapie au long cours, aura donc été éliminé dès ce premier examen.

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



*FIGURE 4 : **Ulcération de la face antéro-externe du bas de la jambe, sans cause vasculaire ni dermatologique, chez une femme de 70 ans vivant seule. Diagnostic évoqué : ulcération par « pathomimie ».***
(photo André Cornu-Thenard)

Nous sommes donc en face d'un ulcère veineux dans environ 80 % des cas, mais celui-ci ne cicatrise pas et c'est la raison de la consultation.

En fonction de nos connaissances et habitudes, ***trois attitudes*** semblent judicieuses :
– soit la découverte de la raison de la non-cicatrisation est évidente mais le patient n'est pas forcément coopératif ;
– soit c'est un demi-échec et des examens plus spécifiques deviennent nécessaires ;
– soit c'est l'échec, il est nécessaire de demander un avis ou simplement de passer la main !

I – Une étude sur les raisons de non-cicatrisation avait abouti à la responsabilité ***première*** du traitement par la CM, qui mise en place relançait la cicatrisation :
– dans 20 % la CM existait mais n'était pas utilisée (comme souvent !) ;
– dans 20 % elle n'avait pas d'effet car trop souple ou trop ancienne et
– dans 20 % elle n'avait jamais été prescrite [11].

En résumé, la CM, bandes ou bas, n'avait jamais été réellement utilisée, ce qui est étonnant car de nombreux consensus l'avaient proposée comme thérapeutique de base [1, 4, 20, 21, 22, 23, 24].

En conséquence, selon le comportement du patient et en fonction notre expérience personnelle

1. Soit ce patient trouve son (nouveau) traitement local parfait, indolore et efficace :
– il ne sera donc pas changé (de préférence)
– mais une COMPRESSION MÉDICALE, bande ou bas, en utilisant ce dont on dispose (dans le stock des échantillons de la consultation) sera ***ajoutée***

2. Soit il s'agit d'un revendicateur ! « *Rien ne va: le traitement local est inefficace, douloureux* »

Devant une telle résistance, il est préférable de lui proposer une thérapeutique locale ***qu'il n'a jamais eue***… telles :
– les ***compresses stériles imbibées de sérum physiologique*** !
– le tout ***à changer par lui-même***, donc dès l'apparition de la moindre douleur,
– et comme précédemment une CM sera mise en place (légère ou pas, ce n'est pas le problème lors de cette première consultation).

La qualité de la prise en charge psychologique est ici primordiale. Si le médecin ne « perd » pas quelques longues minutes pour expliquer à ce patient les tenants et aboutissants de sa maladie, les raisons du port d'une bande ou d'un bas élastique et de leurs bienfaits, sa prescription sera sans suite. Enfin, il faudra insister sur les méthodes qui facilitent l'application et le retrait [14, 25, 26].

On ne répétera pas assez :

- Pour faciliter la pose d'un BMC, mettre un sous-bas fin en premier ou mieux un sac en plastique, le bas élastique ***glissera par-dessus***. L'utilisation d'un enfile-bas métallique s'avère souvent indispensable pour passer par-dessus le pansement, en particulier chez les personnes âgées ou hospitalisées [26]. Pour faciliter le retrait, la solution de facilité réside à demander à une tierce personne de tirer le bas en partant de la partie la plus proximale.

- Pour les bandes, ce n'est pas le retrait qui pose un problème, mais leur pose ! La bande doit tout d'abord enrouler le pied (ce qui implique une certaine agilité ou une aide), puis la jambe jusqu'au dessous du genou. Elle recouvrira le 1/3, 1/2, ou les 2/3 de la spire qui vient d'être posée. Comme il a déjà été dit précédemment, plus il y a d'épaisseur, plus l'effet est inélastique. La supériorité des bandages multi-types (comportant au moins 2 bandes compressives différentes, Profore®, Urgo K2®, Coban 2® par exemple) par rapport aux bandages monotypes réalisés avec un seul type de bande, a été prouvée [18].

- BMC ou bandes ? Certaines études ont montré l'efficacité des BMC [10], d'autres ont prouvé que le taux de cicatrisation était significativement meilleur avec les BMC [7, 8, 9, 15]. En fait, la question ne se pose guère dans ce sens, ***le plus important est que la plaie cicatrise*** et qu'il n'y ait pas de récidive !

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

➔ **Un rappel et un huitième conseil :**

Beaucoup de psychologie, quelques bonnes minutes d'explications, une démonstration et un peu d'indulgence, sont nécessaires pour gagner la confiance du patient et de son entourage.

II – Ca ne va pas mieux, c'est un demi-échec

On parlera de demi-échec quand le délai de 30 jours est passé et que la cicatrisation n'a pas débuté et d'échec complet s'il y a aggravation !

L'examen clinique aurait pu le prévoir : ankylose articulaire non rééduquée, surinfection négligée, pathologie annexe méconnue (anémie, diabète), etc.

Une batterie d'examens pourra être demandée, telle une mesure de la $TcPO_2$ en cas de doute sur l'importance de la participation artérielle, une pléthysmographie, un écho-Doppler plus approfondi sur les réseaux veineux profonds en cas d'ulcère rebelle à un traitement médical parfaitement conduit. Enfin, seront faits des prélèvements cytobactériologiques au niveau de la plaie. Ces derniers n'ont aux vues de certains aucun intérêt (il y a des germes sur toute la plaie) et d'autres pensent trouver un germe suffisamment agressif pour expliquer cette non cicatrisation [14].

CAT en cas de demi-échec non expliqué :

Si l'explication semble purement dermatologique, l'avis d'un spécialiste doit être demandé sans tarder. Ce dernier préconisera en fonction de ses habitudes un changement du type de pansement, une éventuelle biopsie, etc.

Si l'explication n'est pas dermatologique, une seule attitude est à envisager: ***doubler l'épaisseur de la CM : seconde bande ou second BMC par-dessus la ou le premier***. Les auteurs demandent aux lecteurs d'y croire, la relance de la cicatrisation se fera ! [10]

Ce traitement médical est presque toujours réalisable en ambulatoire dans le cadre d'une vie quotidienne normale. Attention à la crête tibiale ou aux tendons passant au niveau du pli antérieur de la cheville, car à ces niveaux les pressions transmises par la CM sont maximum (loi de Laplace oblige), pouvant entraîner des inflammations [1, 4]. Inversement, un ulcère placé au niveau d'une gouttière rétro-malléolaire devra être recouvert d'un « pansement non compressible » de la taille et de la forme de la dite gouttière afin que la CM puisse être transmise à la plaie [1, 4].

➔ **Neuvième conseil :**

Les effets de la CM sont si spectaculaires qu'il ne faut pas s'en priver ! Encore faut-il y penser et surveiller son application, ne serait-ce que par téléphone !

III – L'ulcère s'agrandit..., c'est l'échec !

Ne pas être maître de la situation impose de reconnaître son incapacité. Dans certains cas d'ulcères dits rebelles, secondaires à une maladie post-thrombotique sévère ou à une hygiène de vie douteuse, il faut savoir se résoudre à une hospitalisation pour permettre des soins spécialisés.

Il faut s'en rendre compte assez rapidement et ne pas vouloir insister : changer de traitement local (pommade ou autre) est souvent l'attitude première surtout si l'antibiogramme a permis de découvrir un germe inhabituel, sensible à un antibiotique spécifique. En réalité, ce genre d'antibiotique n'est pas vendu en pharmacie ! Changer de type de pansement tous les 8 jours n'est assurément pas la solution.

La solution ***est*** de demander l'aide d'un confrère, voire de réclamer une hospitalisation. L'intérêt est majeur à la fois pour le thérapeute et pour le malade : la raison de l'aggravation va être rapidement découverte, les équipes hospitalières dermatologiques sont organisées en conséquence, et pour le patient sa prise en charge a toutes les chances de le rassurer [1].

En effet un ***décubitus strict***, ***jambe surélevée, pieds plus hauts que la tête***, a toujours des effets positifs : l'œdème va se résorber, la tension qui existait sur les bords de la plaie va s'atténuer (ainsi que la douleur), le pourtour boursouflé qui donnait l'aspect de « creux » va s'aplatir et la cicatrisation va débuter. Son meilleur signe est l'apparition d'un liseré rose de « peau de bébé » en périphérie **(Figure 2)**. L'idée d'une greffe cutanée peut se poser mais son indication doit être scrupuleusement étudiée, la moindre infection devant être combattue pour obtenir un succès [1, 3, 4, 14].

Les descriptions de situations particulièrement complexes, ainsi que les CAT, sont parfaitement décrites dans certains documents [1, 20].

Le seul risque est voir le patient retourner chez lui **SANS CM**, bas ou bande (relire le neuvième conseil). La position assise, fréquemment reprise, sans trop marcher ni bouger, va faire reprendre « les hostilités »... **(Figure 5)** d'où la nécessité impérieuse d'informer la famille et de la faire participer... surtout s'il existe au bord interne du pied une couronne phlébectasique, faite de très nombreuses télangiectasies, de mauvais augure ! [27]

La notion d'échec conduit parfois à envisager une chirurgie veineuse profonde. Complexe, les résultats sont très inconstants. En l'absence de lésions veineuses profondes et en présence de veines variqueuses, une chirurgie après cartographie faite par un phlébologue chevronné est habituellement à entreprendre. D'autres techniques sont possibles telle la sclérothérapie guidée par échographie [14, 20].

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



FIGURE 5 : Ulcère du 1/3 inférieur de la jambe droite, récidivant depuis 20 ans. Surélévation à 45° de son membre inférieur et antibiothérapie ajustée à l'antibiogramme pendant les périodes d'hospitalisation. Greffe une fois l'œdème disparu. Compression par superposition de 2 BMC, donnant une pression de ± 40 mmHg à la cheville, mise en place par elle-même à l'aide ou non de l'extenseur. L'abandon de la compression se fait en général au bout de quelques semaines…

➔ **Dixième conseil :**

Il n'est pas honteux de passer la main en cas de difficulté. La famille du patient en sera très reconnaissante.

Conclusion

Les définitions des mots *ulcère de jambe* et *compression médicale* nous ont permis de comprendre les liens importants qui existent entre eux et de proposer une thérapeutique appropriée, après avoir fait un bilan complet.

Ce bilan, apportant la preuve quasi certaine d'une étiologie veineuse, nous incite à utiliser le traitement indispensable et efficace représenté par la compression médicale.

Proposée depuis la nuit des temps, la compression médicale est la thérapeutique de base du traitement de l'ulcère veineux.

Si les bas médicaux semblent plus efficaces que les bandes pour la cicatrisation des ulcères veineux, le but premier est de voir, quels que soient le matériel et la technique utilisés, la cicatrisation s'effectuer.

Ainsi, patient, équipe soignante, orthopédistes, médecin traitant, s'en trouveront satisfaits et la vie du patient s'en trouvera d'autant plus agréable.

La présence d'un ulcère de jambe n'est pas une fatalité : il doit cicatriser ! Encore faut-il penser à cette thérapeutique compressive, l'expliquer au patient et à son entourage, la prescrire, être témoin de sa mise en place, et enfin l'enseigner lors des études médicales!

Références

1. World Union of Wound Healing Societies. Principales of best practice: Compression in venous leg ulcers. A consensus document. London: MEP Ltd, 2008.
2. Cornu-Thenard A., Uhl J.F., Le Floch E. Profil du patient consultant un angio-phlébologue. Phlébologie 2005 ; 58 : 33-9.
3. Gardon-Mollard C., Ramelet A.A. La Compression médicale. 2e édition. Paris : Masson. 2009.
4. Partsch H., Rabe E., Stemmer R. Compression therapy of the extremities. Paris : Éditions Phlébologiques Françaises. 1999.
5. Dormandy J., and the Alexander House Group. Consensus Paper on Venous Leg Ulcer. Phlebology 1992 ; 7 : 48-58.
6. Motykie G.D., Caprini J.A., Arcelus J.I., et al. Evaluation of therapeutic compression stockings in the treatment of chronic venous insufficiency. Dermatol. Surg. 1999 : 116-20.
7. Brizzio E., Blattler W., Rossi G. Healing venous ulcers with different modalities of leg compression. Phlebologie 2006 ; 35 : 349-55.
8. Amsler F., Blattler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders – a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2008 ; 35 : 366-72.
9. Mariani F., Mattaliano V., Mosti G., et al. The treatment of venous leg ulcers with a specifically designed compression stocking kit. Phlebologie 2008 ; 37 : 191-7.
10. Cornu-Thenard A., Lehodey Y. Ulcères de jambe d'origine veineuse : Vitesse de cicatrisation de base et conséquences pratiques. Phlébologie 1984 ; 37 : 347-54.
11. Valty J., Cornu-Thenard A. Practical Implications of the Speed of Healing of Venous Ulcers. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1990 ; 16,1 : 91 (Communication au congrès de la NASP).
12. Boivin P. A New Technique for Reduction of Edema of lower limbs: Elastic Stockings! In: Phlebologia 91, Course, ed. PRM: 1991 p. 339-45.
13. Chleir F. Congrès AFFCA 1999.
14. Lefebvre-Vilardebo M. In : Varices, Thromboses et Œdèmes. Édition Doin : Collection Conduites de Lemasle P, et al. 1996.
15. Benigni J.P., Echegut P., et al. Compression Stockings for Treating Venous Leg Ulcers. J. Wound Technol. 2010 ; 8E: 20-5.

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

16. Mosti G., Partsch H. Bandages or double stockings for the initial therapy of venous edema. EJVS 2013 ; 4.
17. HAS
18. Chahim M. La compression médicale et les ulcères de jambe. In : Les cahiers de la compression et de l'orthopédie.
19. Cornu-Thenard A., Boivin P., Carpentier Ph., et al. Superimposed Elastic Stockings: Pressure Measurements. Dermatol. Surg. 2007 ; 33 : 269-75.
20. Partsch H., Flour M., Coleridge Smith P., et al. Indications for Compression Therapy in Venous and Lymphatic Disease – An ICC Consensus. Int. Angiol. 2008 ; 27 : 193-219.
21. Cornu-Thenard A., Benigni J.P., Uhl J.F., et al. Recommandations de la Société Française de Phlébologie sur l'utilisation quotidienne de la thérapeutique compressive. Phlébologie 2006 ; 59 : 237-44.
22. Partsch H., Clark M., Bassez S., et al. Measurement of lower leg compression *in vivo*. Recommendations for the performance of measurements of interface pressure and stiffness. A consensus statement. J. Dermatol. Surg. 2006 ; 32: 224-33.
23. Vin F., Benigni J.P. International consensus document. Guidelines according to scientific evidence. Int. Angiology 2004 ; 23 : 317-45.
24. Abenhaim L., Clément D., Norgren L., 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).
25. Benigni J.P., Uhl J.F., et al. Bandages de compression : influence des techniques de pose sur leur efficacité et leur tolérance cliniques. Phlébologie 2007 ; 1 : 85-92.
26. Cornu-Thenard A., Flour M., Malouf M. Compression Treatment for Chronic Venous Insufficiency, Current Evidence of Efficacy. In: Mayo Clinic Vascular Symposium 2011. Minerva Medica Torino 2011. Ed. Peter Gloviczki, 413-9.
27. Uhl J.F., Carpentier P.H., et al. Clinical analysis of the corona phlebectatica. J. Vasc. Surg. 2012 ; 55 : 150-3.

www.revue-phlebologie.org