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

Épidémiologie des ulcères de jambe, réflexions critiques.

Epidemiology of leg ulcers. Critical Appraisal.

Perruchoud D.L., Ramelet A.A.

Résumé de la communication du 12 décembre 2014 à la Société Française de Phlébologie

Résumé

Dans les pays occidentaux, l'ulcère veineux survient chez 0,1 à 0,6 % de la population, la prévalence augmentant rapidement avec l'âge et en présence d'autres facteurs de risque.

La majorité des patients souffrant d'ulcère veineux présente une insuffisance veineuse superficielle, qui aurait déjà dû être traitée et qu'il est urgent de traiter.

Après discussion de données épidémiologiques, les auteurs critiquent certaines dérives de publications et le risque qu'elles font courir à nos malades, à l'heure où les statisticiens et les économistes s'emparent de la santé pour en dicter les règles.

Mots-clés : *ulcère de jambe, épidémiologie.*

Summary

Venous ulcers occur in 0.1-0.6% of the population in Western countries and they are more prevalent with increasing age and presence of other risk factors of the patient.

The majority of patients affected by venous ulcers present with a superficial venous insufficiency, which should have already been treated and which is imperative to treat.

Based on the discussion of the epidemiologic data, the authors express their criticism towards misguided aspects of some publications, which have some consecutive risks to our patients, as statisticians and economists tend to monopolize and impose rules in health.

Keywords : leg ulcer, epidemiology.

Introduction

L'ulcère de jambe est une perte de substance chronique, d'étendue et de profondeur variables, siégeant préférentiellement au tiers distal de la jambe, d'origine vasculaire (artérielle et/ou veineuse), trophique, traumatique, infectieuse, tumorale, etc. [1].

Il existe de nombreux travaux d'épidémiologie portant sur les ulcères de jambe. Ces travaux sont limités par plusieurs biais de sélection, notamment du fait qu'ils incluent des pathologies, des pronostics et des troubles de cicatrisation différents.

Ainsi de nombreuses études incluent les ulcérations du pied dans leurs séries.

Cet article résume brièvement nos connaissances sur l'épidémiologie de l'ulcère veineux, son importance par rapport à d'autres causes d'ulcère, et propose quelques réflexions critiques, qui s'appliquent aussi aux décisions des économistes de la santé ou aux essais cliniques de traitements systémiques, locaux ou chirurgicaux.

Épidémiologie

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur l'état de santé de populations. On différencie 3 types d'études épidémiologiques :

- **descriptive**, consistant en la récolte d'informations sur le nombre de cas et les caractéristiques d'une pathologie ;
- **analytique**, recherchant les déterminants d'une pathologie avec pour objectif l'identification d'un lien de cause à effet, possiblement sanctionné par des propositions thérapeutiques ;
- **évaluative**, mesurant l'impact d'une politique de santé publique.

Épidémiologie descriptive

Dans le tiers-monde, la majorité des ulcérations des membres inférieurs est d'origine infectieuse, alors que dans les pays occidentaux l'ulcère veineux est le plus fréquent (80-90 %, dont 15 % sont d'origine mixte, soit avec une composante veineuse et artérielle) [2].

Delphine Lydie Perruchoud, Clinique de dermatologie, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne, 3010 Berne, Suisse.
E-mail : delphine.perruchoud@insel.ch
Albert-Adrien Ramelet, Clinique de dermatologie, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne, 3010 Berne, Suisse.
E-mail : aar@ramelet-dr.ch

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

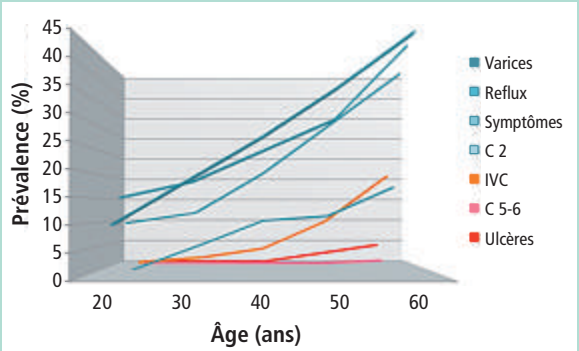

FIGURE 1 : Prévalence des varices, du reflux, des symptômes, de l'IVC et des ulcères en fonction de l'âge (sur la base des études de Abramson, Coon, Evans, Kröger, Rabe, Ruckley et Widmer). Ces courbes démontrent l'apparition tardive de l'IVC en général et des ulcères veineux, alors que la maladie veineuse chronique et les symptômes dit veineux apparaissent tôt dans la vie. D'après [1].

Contrairement à une idée trop répandue, près de la moitié des ulcères veineux est consécutive à une insuffisance veineuse superficielle et aurait pu être évitée par le simple traitement de la maladie veineuse superficielle en temps utile [1, 3, 4].

L'épidémiologie des ulcères veineux est difficile à étudier, car nous avons affaire à un groupe extrêmement hétérogène [5].

Comment incorporer dans une même entité un ulcère d'apparence veineuse survenant chez un sujet jeune (potentiellement un syndrome de Klinefelter, une drépanocytose…), un ulcère du sujet d'âge moyen dans le contexte d'un syndrome post-thrombotique sévère ou d'une insuffisance veineuse profonde primitive, et l'ulcère veineux consécutif à l'insuffisance veineuse chronique d'un sujet âgé ? [6]

Curieusement, les essais thérapeutiques ne tiennent nullement compte de ces nuances. Les résultats publiés, aussi bien concernant les traitements locaux que médicamenteux, ne sont donc guère fiables…

La prévalence de l'ulcère veineux varie considérablement selon les auteurs, tendant à diminuer, malgré le vieillissement de la population [7].

Cela peut s'expliquer par une meilleure prise en charge de la maladie veineuse, le traitement des varices, la prévention et le traitement des thromboses veineuses profondes (TVP), l'amélioration du niveau de vie et de la nutrition, le traitement des affections concomitantes…

Ainsi, la prévalence de 1 % d'ulcère de jambe dans la population générale, usuellement citée, est certainement exagérée de nos jours.

Dans l'étude de Bonn (population de 18 à 79 ans), la prévalence de l'ulcère ouvert (C6) était de 0,1 % et de l'ulcère cicatrisé (C5) de 0,6 % [8].

À l'inverse, les études portant sur des sujets âgés révèlent une prévalence bien supérieure (ulcères ouverts et cicatrisés), allant jusqu'à 12,6 % des sujets de plus de 70 ans dans un village de 4 000 habitants en Suède [9].

En effet, l'âge est un facteur de risque majeur d'ulcère de jambe, toutes les études démontrant son impact sur la prévalence de l'ulcère **(Figure 1)**.

Épidémiologie analytique

Les facteurs de risque sont ceux de la maladie veineuse chronique, auxquels il faut ajouter l'hyperpression veineuse à la déambulation, la TVP, les troubles de la coagulation, le syndrome post-thrombotique, les atteintes articulaires de la cheville, l'œdème postural, l'obésité, la malnutrition [7]…

L'étiologie des ulcères de jambe reportée dans les pays occidentaux comme étant la plus fréquente est veineuse, concernant plus de la moitié des sujets de moins de 70 ans, cette proportion étant moins élevée chez l'homme que chez la femme [10].

Les ulcères mixtes d'étiologie combinée artérielle et veineuse représentent de 12 à 18 % des cas, un peu plus fréquents chez l'homme **(Figure 2)**.

La prévalence de l'ulcère augmente notoirement avec l'âge, comme nous l'avons déjà mentionné. Cependant la proportion des ulcères veineux, même si plus nombreux en nombre absolu, diminue de fait chez le sujet âgé, d'autres causes devenant de plus en plus fréquentes.

Les vascularites deviennent une cause toujours plus importante d'ulcère de jambe chez le sujet âgé, passant de 6 % de la série de **Körber et al.** à 19 % après 70 ans [10] **(Figure 3)**.

Les étiologies plus rares correspondent respectivement à 11 % des ulcères de jambe chez la femme et 18 % chez l'homme [10].

Il s'agit de dermatoses diverses : nécrobiose lipoïdique, calciphylaxie, néoplasie, echthyma, réaction du greffon contre l'hôte, *pyoderma gangrenosum*, réaction médicamenteuse…

Certaines autres étiologies ne sont sans doute pas encore repérées, comme celle qui pourrait expliquer la prédominance d'hommes jeunes atteints d'ulcères de jambe dans les pays du Maghreb [11, 12].

Épidémiologie évaluative

Les coûts et les souffrances engendrés par l'ulcère veineux sont considérables, pouvant dépasser 2 % du budget de la santé publique.

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

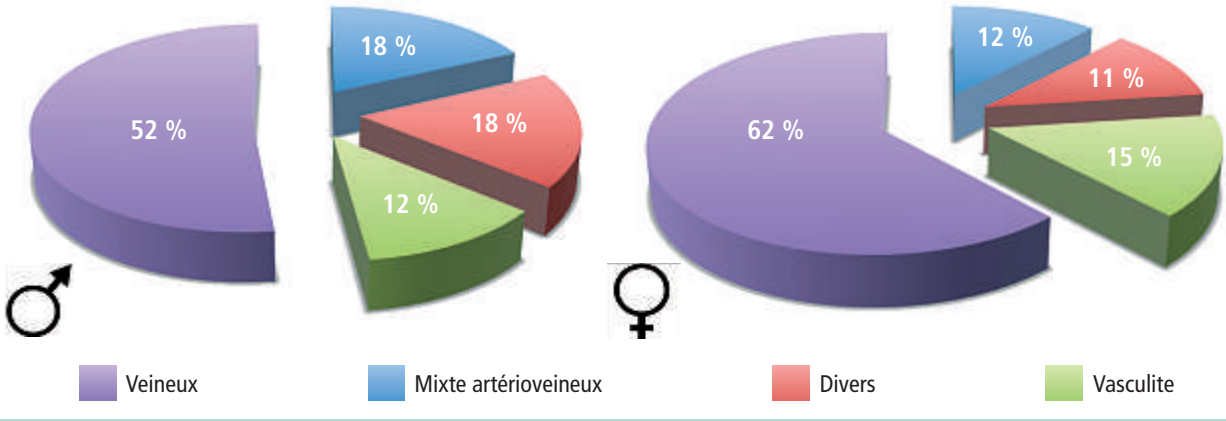

FIGURE 2 : L'étiologie de l'ulcère de jambe diffère chez l'homme et la femme. Ulcère veineux et vasculite plus fréquents chez la femme, ulcère mixte et ulcère d'origine non vasculaire plus nombreux chez l'homme. D'après Körber et al., adapté [10].

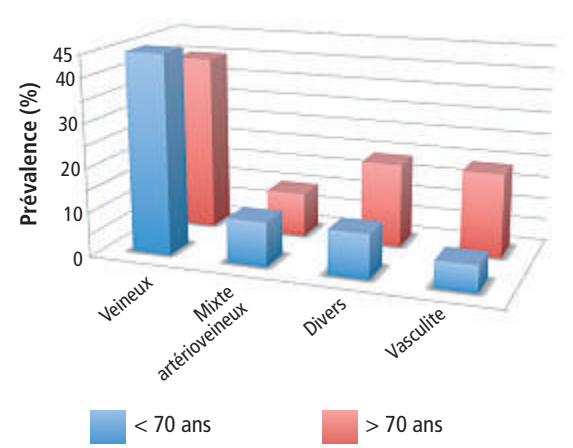

FIGURE 3 : Étiologie des ulcères de jambe avant et après 70 ans. D'après Körber et al., adapté [10].
La prévalence de l'ulcère augmente notoirement avec l'âge, comme nous l'avons déjà mentionné. Mais la proportion des ulcères veineux, même si plus nombreux en nombre absolu, diminue de fait chez le sujet âgé, d'autres causes devenant de plus en plus fréquentes. Les vasculites deviennent une cause de plus en plus importante d'ulcère de jambe chez le sujet âgé, passant de 6 % de la série de Körber et al. à 19 % après 70 ans [10].

Ces évaluations sont complexes et sujettes à caution.

Elles évoluent dans le temps et se fondent souvent sur des études de plus de 10 ans.

Une excellente revue de cet aspect économique a été publiée par **E. Rabe** et **F. Pannier** [13].

Pour la France, en 1991, **Lafuma** estimait les coûts de l'ulcère de jambe à 2,6 % du budget de la santé, soit 14,7 milliards de francs français.

Les arrêts de travail entraînaient 6,4 millions de jours de travail perdus, les patients âgés retraités n'étant pas pris en compte ! [14]

En Allemagne, une étude prospective en 2008 permettait de déterminer un coût moyen annuel par patient de 9 569 €, dont plus de 1 000 € supportés par le patient lui-même [13].

Une meilleure prise en charge des plaies chroniques a permis de diminuer le temps de guérison. Malgré cela, les dépenses liées au traitement des ulcères de jambe ont augmenté ces dernières années, imputables notamment aux arrêts de travail, aux salaires du personnel soignant, aux coûts des investigations, des interventions de soins infirmiers y compris la pose de la compression, des pansements, du coût de ceux-ci (dispendieux et dont l'efficacité n'est pas démontrée par les analyses de médecine factuelle) [15, 16, 17].

L'impact sur les soins ambulatoires est considérable. **Hampton**, en 2003, évalue à 22 % les infirmières de santé publique accaparées par le traitement des ulcères veineux [18].

Le taux de guérison d'un ulcère de jambe est de 75 % après 3 mois de traitement, mais il est influencé par la durée de l'évolution de l'ulcère : seulement 67 % des anciens ulcères contre 86 % des ulcères récents selon l'étude de **Lévy** [19]. Ces chiffres se retrouvent dans de grandes séries britanniques.

Dans les services continentaux, les ulcères résistants sont de plus en plus nombreux [20]. On ne peut plus se fier aux chiffres optimistes de la littérature, issus de services qui traitent des cas simples qui ne relèvent pas d'un établissement spécialisé.

La qualité de vie des patients souffrant d'ulcère de jambe n'a été prise en compte que tardivement. Son altération est considérable [21].

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

Une insuffisance veineuse chronique stade C5-C6 a été démontrée comme diminuant la qualité de vie dans une ampleur identique à une broncho-pneumopathie chronique obstructive, une polyarthrite rhumatoïde ou une maladie coronarienne [22].

Réflexions critiques issues de cette brève revue

L'augmentation des coûts de la santé nous livre aux mains de statisticiens et d'administrateurs déconnectés de la réalité clinique et le plus souvent sans formation adéquate pour appréhender les pathologies qu'ils entendent réformer.

Au plan économique, il est classique d'affirmer que la prévention et la prise en charge adéquates des TVP permettraient une diminution de la prévalence des ulcères veineux avec corrélativement une diminution des coûts. C'est exact.

Mais, comme la majorité des ulcères veineux est consécutive à la seule insuffisance veineuse superficielle, le traitement des varices et de l'hyperpression veineuse d'origine primaire devrait tout autant être pris en compte.

Les pays qui paraissent présenter le plus d'ulcères veineux, à lire les études consacrées à leur traitement, sont aussi ceux dans lesquels l'accès au traitement des varices est le plus laborieux et le plus tardif.

Une étude clinique (ESCHAR) conclut que la correction chirurgicale de l'insuffisance veineuse superficielle n'accélère pas la cicatrisation des ulcères qu'elle induit, mais diminue le taux de récidives [23].

Thomas d'Aquin écrivait déjà au XIII^{e} siècle : « *Timeo hominem unius libri* ».

Comment peut-on cautionner les conclusions de cette étude isolée ?

Outre les inévitables biais de recrutement des ulcères, la pertinence des indications et la dextérité chirurgicale des auteurs ne sont pas évaluées.

Ce résultat discutable doit être confirmé par plusieurs autres études. À plus forte raison lorsque l'expérience nous mène à des conclusions diamétralement opposées, en traitant des patients aussi bien par ablation chirurgicale, thermique que chimique [24, 25, 26, 27, 28].

Comme les congrès se limitent souvent à des revues besogneuses de la littérature, sans mettre en question la sélection des malades, la compétence et l'adresse des opérateurs, et sans s'intéresser à l'expérience individuelle, un tel résultat devient incontournable, même si fort contestable, voire franchement erroné…

S'il fallait vous en persuader, relisez les conclusions de l'étude consacrée au nombre de décès de sujets sautant d'un avion avec ou sans parachute [29] ou celle qui prétend nous convaincre de la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique dans la chirurgie veineuse… [30]

Tout cela n'est qu'argutie, objecterez-vous…

Mais les économistes de la santé nous observent… puis décident… Il faut donc les informer que le traitement de la maladie veineuse chronique dès le stade C2 est essentiel, tant pour soulager les patients que pour prévenir de coûteuses complications tardives.

Au plan des études cliniques, il faut souligner les biais inacceptables, notamment en comparant des pathologies, des pronostics et des problématiques de cicatrisation différents. Il est non contributif d'étudier des groupes hétérogènes d'ulcère de jambe veineux, sans distinction entre les patients jeunes, d'âge moyen ou de plus de 50 ans.

Les études comportant des sujets de moins de 50 ans sont donc à rejeter fermement lorsqu'elles cherchent à démontrer des résultats thérapeutiques, en particulier à visée commerciale (médicaments veinoactifs, pansements…).

L'ulcère veineux est une pathologie polymorphe, difficile à appréhender, qui demande une grande expertise et un sens critique bien développé.

C'est sous ces conditions que nous pourrons assurer les meilleurs soins à nos patients, dont la souffrance est considérable.

Références

1. Ramelet A.A., Perrin M., Kern P., Bounameaux H. Phlébologie, 5^{e} édition. Paris : Masson ; 2006. 613 p.
2. Neumann H., Cornu-Thénard A., Jünger M., Mosti G., Munte K., Partsch H., et al. Evidence based (S3) guidelines for diagnostics and treatment of venous leg ulcers. JEADV 2015 ; in press.
3. Hafner J., Mayer D., Amann B., French L., Läuchli S., Hofer T., et al. Chronische Venöse Insuffizienz bei postthrombotischem Syndrom und Varikose. Praxis 2010 ; 99(20) : 1631-7.
4. Adam D.J., Naik J., Hartshorne T., Bello M., London N.J. The diagnosis and management of 689 chronic leg ulcers in a single-visit assessment clinic. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2003 ; 25(5) : 462-8.
5. Graham I.D., Harrison M.B., Nelson E.A., Lorimer K., Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. Adv. Skin & Wound Care 2003 ; 16(6) : 305-16.
6. Dzieciuchowicz L., Krasinski Z., Motowidlo K., Gabriel M. The aetiology and influence of age and gender on the development of advanced chronic venous insufficiency in the population of patients of semi-urban county outpatient vascular clinic in Poland. Phlebology 2011 ; 26(2) : 56-61.

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

7. Bradbury A.W. Epidemiology and aetiology of C4-6 disease. Phlebology 2010 ; 25 Suppl 1 : 2-8. Epub 2010/10/05.
8. Rabe E., Pannier-Fischer F., Bromen K., Schuldt K., Stang A., Poncar C., et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. Phlebologie 2003 ; 32(1) : 1-14.
9. Marklund B., Sulau T., Lindholm C. Prevalence of non-healed and healed chronic leg ulcers in an elderly rural population. Scand. J. Prim. Health Care 2000 ; 18(1) : 58-60. Epub 2000/05/16.
10. Körber A., Schadendorf D., Dissemond J. Genese des Ulcus cruris. Causes of leg ulcers. Analysis of the data from a dermatologic wound care center. Hautarzt 2009 ; 60(6) : 483-8.
11. Benchikhi H., Chiheb S., Khadir K., Lakhdar H. Male predominance of leg ulcer in Morocco. Ann. Dermatol. Vénéréol 1998 ; 125(5) : 339-40. Epub 1998/09/25. Les ulcères de jambe prédominent chez l'homme au Maroc.
12. El Fekih N., Chtourou O., Fazaa B., Zouari B., Kamoun M.R. Les ulcères de jambe sont rares chez la femme tunisienne. [Leg ulcers are rare in Tunisian women]. Med. Trop. (Mars) 2010 ; 70(2) : 199-200.
13. Rabe E., Pannier F. Societal costs of chronic venous disease in CEAP C4, C5, C6 disease. Phlebology 2010 ; 25 Suppl 1 : 64-7.
14. Lafuma A., Fagnani F., Peltier-Pujol F., Rauss A. La maladie veineuse en France : un problème de santé publique méconnu. J. Mal. Vasc. 1994 ; 19(3) : 185-9.
15. Blair S., Backhouse C., Wright D., et al. Do dressings influence the healing of chronic venous ulcers. Phlebology 1988 ; 3 : 129-34.
16. O'Meara S., Martyn-St James M. Foam dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD009907. Epub 2013/06/04.
17. Palfreyman S.J., Nelson E.A., Lochiel R., Michaels J.A. WITHDRAWN: Dressings for healing venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2014;5:CD001103. Epub 2014/05/08.
18. Hampton S. Jobst UlcerCARE compression hosiery for venous leg ulcers. Br. J. Comm. Nurs 2003 ; 8(6) : 279-83.
19. Levy E., Levy P. Les attitudes thérapeutiques des médecins français face à l'ulcère veineux de jambe : diversité et coûts induits : analyse d'une étude prospective médico-économique d'observation. J. Mal. Vasc. 2001 ; 26(1) : 39-44.
20. Chaby G., Viseux V., Ramelet A.A., Ganry O., Billet A., Lok C. Refractory venous leg ulcers: a study of risk factors. Dermatol. Surg. 2006 ; 32(4) : 512-9.
21. Hareendran A., Bradbury A., Budd J., Geroulakos G., Hobbs R., Kenkre J., et al. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. J. Wound Care 2005 ; 14(2) : 53-7.
22. Kahn S.R., M'Lan C.E., Lamping D.L., Kurz X., Berard A., Abenhaim L.A. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. J. Vasc. Surg. 2004 ; 39(4) : 823-8.
23. Barwell J.R., Davies C.E., Deacon J., Harvey K., Minor J., Sassano A., et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. Lancet 2004 ; 363(9424) : 1854-9.
24. Obermayer A., Gostl K., Walli G., Benesch T. Chronic venous leg ulcers benefit from surgery: long-term results from 173 legs. J. Vasc. Surg. 2006 ; 44(3) : 572-9.
25. Reeder S., de Roos K.P., de Maeseneer M., Sommer A., Neumann H.A. Ulcer recurrence after in-hospital treatment for recalcitrant venous leg ulceration. Br. J. Dermatol. 2013 ; 168(5) : 999-1002.
26. Buettiker U., Ramelet A.A., Borradori L. Foam Sclerotherapy of Refluxing Veins (Feeder Veins) is an Effective Treatment for Patients with a Venous Leg Ulcer C6 - Results in a prospective cohort of 23 patients. VASA 2012 ; 41(Suppl 83) : 26.
27. Cabrera J., Redondo P., Becerra A., Garrido C., Cabrera J. Jr., Garcia-Olmedo M.A., et al. Ultrasound-guided injection of polidocanol microfoam in the management of venous leg ulcers. Arch. Dermatol. 2004 ; 140(6) : 667-73.
28. Williamsson C., Danielsson P., Smith L. Catheter-directed foam sclerotherapy for chronic venous leg ulcers. Phlebology Epub 2013/09/28.
29. Smith G.C., Pell J.P. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2003 ; 327(7429) : 1459-61. Epub 2003/12/20.
30. Mekako A.I., Chetter I.C., Coughlin P.A., Hatfield J., McCollum P.T. Randomized clinical trial of co-amoxiclav *versus* no antibiotic prophylaxis in varicose vein surgery. Br. J. Surg. 2010 ; 97(1) : 29-36.