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

Ulcère de jambe d'origine veineuse : vous pensez que la prise en charge peut être différente ? C'est le K.

Venous leg ulcer: you think the management may be different? This is the Kse!

Allaert F.A.[1]
d'après une communication au JNIL
de Pistorius M.A.[2] et de Philippe A.[3]

L'ulcère de jambe d'origine veineuse est une pathologie difficile pour le patient qui en souffre et pour le médecin et les soignants qui sont régulièrement confrontés à ces plaies qui tardent à cicatriser malgré les soins qu'ils prodiguent.

De nombreux progrès ont cependant été accomplis dans la prise en charge de l'ulcère tant au niveau des protocoles de soins qui aujourd'hui font consensus que des dispositifs médicaux (compression et pansement) utilisés pour obtenir sa cicatrisation. La prise en charge de l'ulcère repose impérativement sur le couple pansement et compression qui doivent agir de manière synergique en associant efficacité thérapeutique et confort du patient.

Leur connaissance et leur utilisation systématique sont indispensables à l'obtention d'une cicatrisation rapide et de qualité.

Le bilan de l'ulcère : l'importance de l'index de pression systolique (IPS)

Artériel ou veineux ?

La première étape de la prise en charge de l'ulcère est de bien identifier sa nature veineuse ou artérielle.

La clinique

- *Sur le plan clinique :* les éléments de différenciation sont assez peu marqués pour effectuer un diagnostic formel et ce d'autant plus que de très nombreux ulcères ont une étiologie mixte artérielle et veineuse.
- *Les localisations* peuvent orienter le diagnostic, l'ulcère veineux étant le plus souvent périmalléolaire interne alors que l'ulcère artériel est plus à distance souvent suspendu ou siégeant même au niveau du métatarse.
- *La douleur* est également plus marquée dans les ulcères artériels, sauf en cas de neuropathie diabétique associée, ce qui est fréquent.
- *Le caractère anfractueux, « creusant » de la plaie* s'inscrit également en faveur d'une composante artérielle de même que l'absence de palpation des pouls mais celle-ci peut être rendue difficile en cas d'œdème du membre inférieur qui, lui, s'inscrit en faveur d'une étiologie veineuse.

1. *François-André Allaert, professeur titulaire de la chaire d'évaluation médicale CEREN ESC and DIM CHU Dijon, Parc Mazen-Sully, Zone des biotechnologies, impasse Françoise Dolto, 21000 Dijon, France.*
2. *Marc-Antoine Pistorius, médecin vasculaire, CHU, 1 place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1.*
3. *Anne Philippe, infirmière consultante Plaies Cicatrisation, Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.*
E-mail : allaert@cenbiotech.com

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

Ulcère veineux

- Exsudatif et fibrineux
- Région périmalléolaire
- Non creusant
- Souvent de grande taille
- Non nécrotique
- Peu ou moyennement douloureux
- Peau péri-ulcéreuse remaniée : dermite ocre, lipodermatosclérose

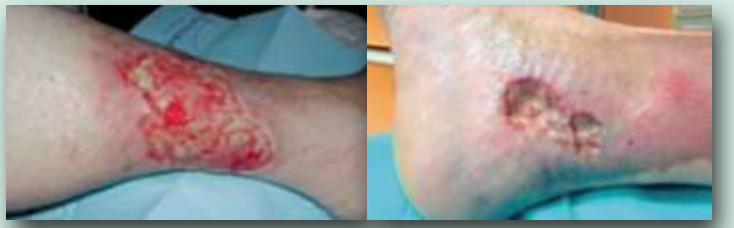


Ulcère artériel

- Très douloureux
- (sauf si neuropathie associée)
- « Suspendu » ou distal
- Petit ou rapidement extensif
- Nécrotique parfois
- Peau péri-ulcéreuse sèche et dépilée
- Abolition des pouls périphériques



Ulcère mixte



La mesure de l'index de pression systolique (IPS) à la cheville

Finalement, à côté de ces signes cliniques d'orientation, le moyen le plus simple pour déterminer avec certitude l'étiologie de l'ulcère est la mesure de l'index de pression systolique (IPS), qui consiste à faire le rapport de la mesure de la pression artérielle systolique à la cheville par rapport à celle mesurée au niveau huméral.

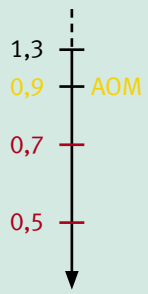
Une altération du réseau artériel par des lésions athéroscléreuses entraîne une diminution du débit de perfusion dans les artères jambières avec pour conséquence une diminution des pressions qui va se traduire par une diminution de l'IPS.

Un IPS entre 0,9 et 1,3 s'inscrit en faveur d'une étiologie veineuse essentielle, alors qu'une valeur inférieure à 0,7 traduit une participation artérielle prédominante.

Cette mesure de l'IPS est également fondamentale pour la décision de la prescription de la compression qui, dans le cas d'une artériopathie des membres inférieurs, peut aggraver la situation en diminuant l'apport sanguin aux extrémités, au risque de provoquer des nécroses tissulaires.

Les examens

- IPS
- Écho-Doppler artério-veineux recommandé en systématique
- En pratique, dépister l'artériopathie



Ulcère veineux pur
IPS = 0,9-1,3

Prédominance veineuse : 07-09

Part artérielle dominante si IPS < 0,7



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 bilan écho-Doppler

Il est également indispensable de faire réaliser un bilan écho-Doppler pour évaluer l'insuffisance veineuse et notamment identifier une éventuelle veine incontinente venant alimenter l'ulcère et qu'il conviendra alors de scléroser.

En cas d'ulcère survenant sur un terrain postphlébitique, une reperméabilisation de la voie veineuse obstruée peut être envisagée.

La prise en charge de l'ulcère veineux doit être globale

Bien choisir la compression

Au stade d'ulcère, la compression par bande est indispensable à la cicatrisation pour favoriser le drainage sanguin et éviter la stase.

Il existe 3 types de compression veineuse : les multitypes, les bandes à allongement long et les bandes à allongement court. En cas d'ulcère ouvert, les recommandations de la HAS préconisent l'utilisation des bandes de compression multitypes en première intention [1].



Les Multitypes

L'originalité du système de bande multitype **UrgoK2** est d'associer une bande de compression élastique allongement long et une bande à allongement court associée à un molletonnage afin de la rendre plus confortable.

Elle exerce ainsi des pressions de repos modérées et des pressions de travail fortes qui lui permettent de pouvoir être portée et rester active jour et nuit jusqu'à 7 jours sans avoir à l'enlever.

De plus, un marquage indiquant l'étirement optimal facilite sa pose et permet d'appliquer facilement la juste pression thérapeutique recommandée qui est de 30 à 40 mmHg.

Le système **UrgoK2** est remboursable en prescription de ville et, en tant que bandes multitypes citée dans les recommandations de la HAS, doit être appliqué en première intention dans les ulcères veineux ouverts.

Les bandes à allongement court

Les bandes à allongement court sont des bandes peu élastiques qui ne compriment pas la jambe mais forment un système de contention autour d'elle.

De ce fait, c'est à la marche, sous l'effet de la contraction des muscles du mollet, qui se heurte à cette contention, que se produisent les pressions sur le réseau veineux qui vont contribuer à faire remonter le sang de la périphérie vers le cœur.

Elles sont donc utilisables de préférence chez des patients ayant encore une marge d'autonomie en terme de mobilité.

Par contre, les pressions qu'elles exercent au repos sont relativement faibles et ces bandes peuvent être portées la nuit.

Leur pose requiert des personnes ayant été formées mais ces soins ne sont pas remboursés.

Les bandes à allongement long

Les bandes à allongement long sont des bandes de compression élastique qui exercent de fortes pressions lors du repos et qui ne sont pas beaucoup augmentées lors de la marche.

Du fait des fortes pressions qu'elles exercent au repos, il n'est pas souhaitable de les garder la nuit, surtout si l'IPS est un peu diminué, et il convient de les poser à nouveau chaque matin, ce qui nécessite la présence d'un soignant, d'où une observance souvent assez moyenne.

Ces bandes ont par contre l'avantage d'être efficaces chez des patients à faible mobilité.

Elles ne figurent pas dans les recommandations de la HAS dans la prise en charge de l'ulcère.

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

L'importance de la pose à la juste pression thérapeutique

La qualité de la pose des bandes conditionne l'efficacité de la compression.

Pas assez tendues, les pressions ne s'exercent pas suffisamment et les bandes ont tendance à descendre rapidement sur la cheville alors que, trop serrées, elles peuvent être source d'inconfort, voire même d'intolérance.

Un autre élément important du bon usage de la compression est de bien englober tout le pied depuis les orteils lors de la pose de la bande, au risque de voir apparaître un œdème au niveau de la partie distale du pied non recouvert.

Il est également impératif que la cheville fasse avec la jambe un angle de 90° lors de la pose de la bande afin de préserver la mobilité de l'articulation tibio-tarsienne.

La facilité de pose d'**UrgoK2**, son maintien en position jusqu'à 7 jours, son confort de port, sont aussi des éléments qui favorisent son acceptation par le patient, une condition majeure pour obtenir de bons résultats sur la cicatrisation de l'ulcère [2].

Bien choisir le pansement

Une grande attention doit être également portée au pansement situé sous la compression veineuse. On privilégiera un pansement aux propriétés démontrées d'accélération du mécanisme cicatriciel tel le pansement TLC-NOSF **UrgoStart**.

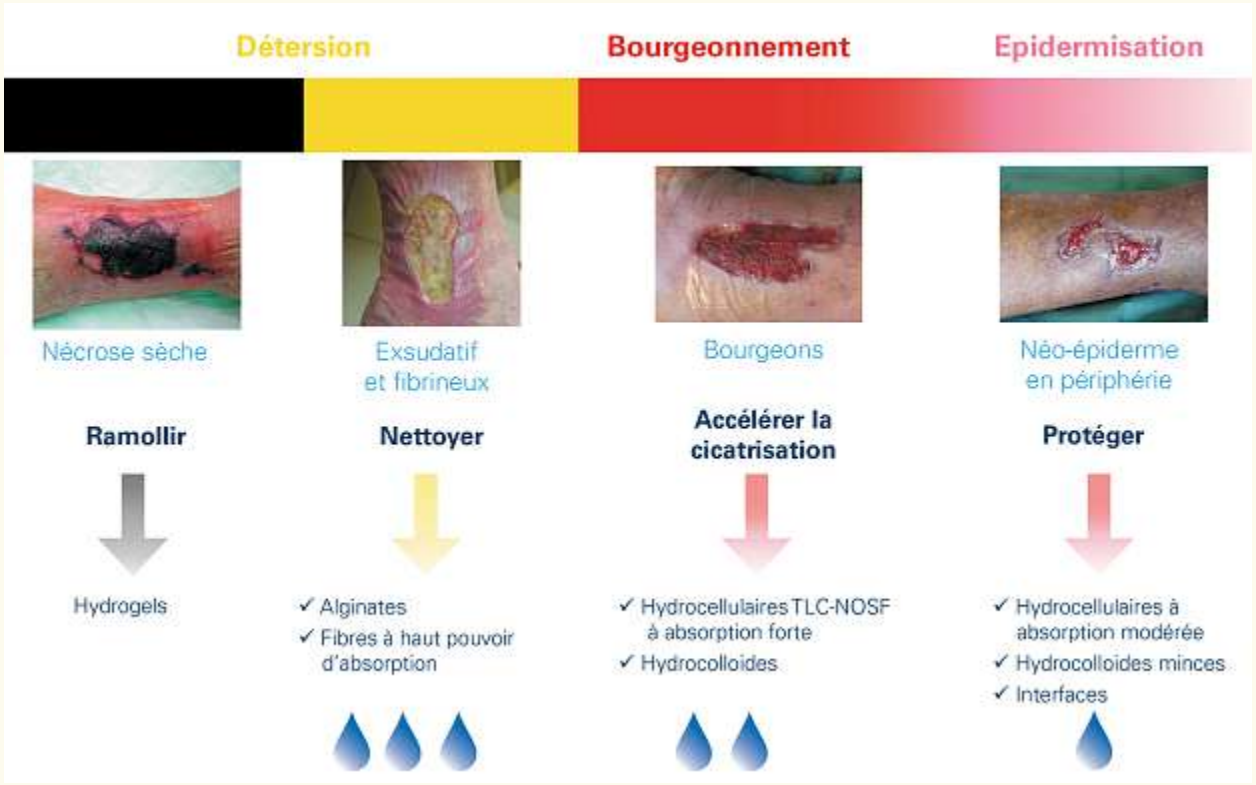
Chacune des 4 phases de la cicatrisation requiert des soins différents et donc des pansements adaptés.

Recommandation HAS sur la compression veineuse [1]

Selon les recommandations de la HAS, il convient d'utiliser en première intention dans les ulcères ouverts, des systèmes de bandes multitypes permettant d'exercer des pressions efficaces de l'ordre de 30 à 40 mmHg.



Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3mm (stade C2)	• bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg	➤ Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	• bas indiqués pour les varices • ou bandes sèches à allongement court	➤ 4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	• bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg • ou bandes sèches à allongement court ou long	➤ Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque
Pigmentation, eczéma veineux (stade C4a)	• bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg • ou bandes sèches inélastiques • ou à allongement court • ou bandes enduites	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (stade C4b)	• bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (ou stade chronique)	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	• bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou >36 mmHg • ou bandes sèches à allongement court	
Ulcère ouvert (stade C6)	• bandages multitypes en première intention • ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) >36 mmHg	➤ Jusqu'à cicatrisation complète



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

- *Lors de la phase de nécrose sèche*, il convient d'hydrater et les pansements à utiliser sont de type hydrogels.
- *Lors de la phase de détersion quand la fibrine est prépondérante ou lorsque la plaie est très exsudative*, il convient d'absorber les exsudats et de nettoyer la plaie pour la préparer à la phase de bourgeonnement et on aura alors recours aux pansements de type alginate ou aux pansements constitués de fibres à haut pouvoir absorbants de type **UrgoClean**™.

  La qualité de l'absorption par le pansement est déterminante pour limiter les fuites latérales d'exsudats et éviter de souiller trop rapidement la bande.

  À la phase de bourgeonnement, seul le pansement TLC-NOSF **UrgoStart** a montré à l'occasion d'une étude clinique contrôlée randomisée double aveugle [3] comparative *versus* pansement neutre, ses propriétés uniques d'accélération de la cicatrisation.

Le protocole UrgoK2/UrgoStart en pratique

Patient âgé de 68 ans présentant, depuis 8 mois, un ulcère de jambe veineux (IPS = 1,01) localisé au niveau du mollet récurrent (membre inférieur gauche), avec antécédent HTA traitée, polyarthrite rhumatoïde et arthrose.

La peau périlésionnelle est jugée saine et la surface est recouverte par 30 % de tissu fibrineux et 70 % de tissu de granulation.

Le patient est vu en consultation pour les soins de cet ulcère douloureux.

La plaie est d'une surface moyenne de 23,3 cm².



J0



S11 : cicatrisation

La cicatrisation totale est obtenue en 11 semaines en utilisant le pansement TLC-NOSF UrgoStart pour accélérer la cicatrisation et le système de compression veineuse UrgoK2.

Conclusion

La prise en charge d'un ulcère requiert d'avoir bien identifié son étiologie, d'exercer des pressions efficaces par l'utilisation d'un système de compression multitypes, comme recommandé par l'HAS et d'appliquer des pansements spécifiquement adaptés aux différentes phases de la cicatrisation avec l'objectif de cicatriser la plaie plus rapidement.

Références

1. HAS : bon usage : la compression médicale dans les affections veineuses chroniques. Décembre 2010.
2. Benigni J.-P., et al. Efficacy, safety and acceptability of a new two-layer bandage system for venous leg ulcers. J. Wound Care 2007 ; 16 (9) : 385-90.
3. Meaume S., et al. A randomized, controlled, double-blind prospective trial with a Lipido-Colloid Technology-Nano-OligoSaccharide Factor wound dressing in the local management of venous leg ulcers. Wound Repair and Regeneration 2012 (July/August); Vol. 20: 500-11.

UrgoK2 – Remboursable LPPR (Séc. soc. 60 % + mutuelle 40 %) dans le traitement de l'ulcère de jambe d'origine veineuse (IPS ≥ 0,8). Dispositif médical de classe I. Lire attentivement la notice avant utilisation.

UrgoStart – Intégralement remboursable LPPR (Séc. soc. 60 % + mutuelle 40 %) dans le traitement de l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). Dispositif médical de classe IIb (GMED). Lire attentivement la notice avant utilisation.

UrgoClean – Intégralement remboursable LPPR (Séc. soc. 60 % + mutuelle 40 %) dans le traitement des plaies chroniques très exsudatives en phase de détersion. Dispositif médical de classe IIb (G-MED). Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

L'avis des professionnels de santé

Professeur Marc Antoine Pistorius

Médecin vasculaire, CHU, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1

Le port d'un dispositif de contention est un élément essentiel dans la prise en charge thérapeutique d'un ulcère veineux, mais se heurte à deux problèmes en pratique : le défaut d'observance de la part du patient et l'insuffisance d'efficacité du dispositif mis en place. Les bandes multitypes permettant d'exercer des pressions efficaces de l'ordre de 30 à 40 mmHg constituent aujourd'hui le soin de référence dans la prise en charge des ulcères ouverts mais leur pose n'est pas toujours facile et prend du temps.

Face à la démographie insuffisante des soignants, pouvoir disposer d'une bande facile à poser, notamment grâce à ses repères graphiques d'extension, et susceptible de rester en place plusieurs jours, constitue un facteur de succès pour la cicatrisation et un confort majeur pour le patient.

Concernant la pose de la bande, l'objectif est d'obtenir la « juste pression » de jour comme de nuit pour éviter cette compression intermittente diurne/nocturne qui est encore trop souvent rencontrée aujourd'hui et qui, sans aucun doute, nuit à la cicatrisation de la plaie. La composition originale de la bande **UrgoK2** *associant allongement court et long et un molletonnage permet ce port continu diurne et nocturne tout en assurant un confort de port au patient. La difficulté est de bien poser la bande pour garantir à la fois sa bonne efficacité et sa bonne tolérance et c'est là tout l'intérêt de disposer des repères permettant de pouvoir appliquer les justes pressions.*

Enfin le choix de bandes adaptées à la morphologie des personnes est une nécessité absolue pour apporter le bon niveau de pression à toutes.



Mme Anne Philippe

Infirmière consultante Plaies Cicatrisation, Hôpital Saint Antoine, 184 rue du Faubourg Saint Antoine, 75012 Paris

L'observance du port de la compression par le patient est l'enjeu fondamental de la cicatrisation et l'infirmière a un rôle essentiel pour en convaincre le patient.

Ceci implique que soient réunis 3 éléments.

- *Le premier est l'information du patient sur la finalité de cette compression afin qu'il ne vive pas passivement ses soins mais devienne véritablement acteur de sa cicatrisation.*
- *Le second réside dans la qualité de la pose réalisée par l'infirmière qui doit respecter les bonnes recommandations de pose afin d'exercer la juste pression ; les indicateurs d'extension figurant sur la bande* **UrgoK2** *constituent un vrai apport à la qualité des pressions exercées.*
- *Le troisième élément est le confort du port par le patient offert par le molletonnage que comporte la bande* **UrgoK2** *mais aussi par la possibilité de porter cette dernière plusieurs jours sans aucune réfection du pansement.*

Ce port « 24h/24 » évite des contraintes d'organisation qui souvent suscitent le rejet du patient, et apporte une meilleure qualité de vie.

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

POUR **BIEN TRAITER** LES ULCÈRES VEINEUX



IL Y A 2 PRINCIPES CLÉS

- LA COMPRESSION PAR BANDAGE MULTITYPE EN **1ÈRE INTENTION**(1)
- **L'OBSERVANCE PATIENT**(2)

ET IL Y A UrgoK2



- **L'EFFICACITÉ** EN **2 BANDES** ET **LA SÉCURITÉ** DE POSE GRÂCE A SON **SYSTÈME D'ÉTALONNAGE EXCLUSIF**(3)
- **92 %** DES PATIENTS SONT **SATISFAITS** DU **CONFORT**(4)

Pour tout savoir sur UrgoK2, visitez notre site **www.ulcere-et-compression.fr**

Système de compression multi-couche bi-bandes étalonné pour compression forte indiqué pour le traitement des ulcères veineux de jambe et de l'oedème d'origine veineuse. Traitement du lymphoedème • Contre-indications : se référer à la notice • Remboursable LPPR (Séc.Soc. 60 % + Mututelle 40 %), dans le traitement de l'ulcère de jambe (IPS ≥ 0,8) • Dispositif Médical de classe I. Lire la notice avant utilisation.

(1) Bon usage des technologies de santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. HAS décembre 2010. (2) HAS. Bas, bandes et manchons de compression : de l'indication à la prescription. FOCUS - HAS Actualités & Pratiques 2011 ; 28. (3) Lazareth I. et al. Efficacy of two compression systems in the local management of venous leg ulcers: results of a european randomized clinical trial. J Wound Care (2012) 21(11) : 553-8. (4) Benigni J-P et al. Efficacy, safety and acceptability of a new two-layer bandage system for venous leg ulcers. J Wound Care (2007) 16 (9): 385-390. - 92 % de confort la nuit.

URGO MEDICAL
HEALING PEOPLE®
*Cicatriser avec vous, pour vous

EFFISCIENCE - 01/15 - Laboratoires URGO