

Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe : Mise à jour 2006

PAR Cathy Burrows, IA, BScN; Rob Miller, MD, FRCP (c); Debbie Townsend, IA; Ritchie Bellefontaine BSc, RVT; Gerald MacKean, MD, FRCS (c), Heather L. Orsted, IA, BN, ET, MSc; David H. Keast, MSc, MD, FCFP

Résumé

Les ulcères veineux demeurent le type le plus courant d'ulcération des membres inférieurs, survenant chez environ 70 % des personnes souffrant d'ulcères de la jambe. Cette incidence s'élève avec le vieillissement. La référence en gestion des ulcères veineux continue d'être le traitement par compression. Toutefois, il existe de nouvelles approches à ce traitement qui augmentent les chances de guérison.

En 2001, l'Association canadienne du soin des plaies a élaboré les Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe. Ces recommandations ont été présentées comme consensus d'opinions d'experts, appliquant les preuves disponibles à la gestion des ulcères veineux de la jambe. Les recommandations devaient servir d'aide à la pratique pour les clini-

ciens en soin des plaies. Aujourd'hui, combinant cet article avec la Ligne directrice de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2004)¹ sur l'évaluation et le traitement des ulcères veineux, l'Association canadienne du soin des plaies est en mesure de lier leurs recommandations aux preuves. Également, les Recommandations révisées des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe discuteront d'une révision récente de la littérature pour identifier tout nouveau changement à la pratique et procurer les preuves telles qu'identifiées par les Lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour étayer chaque recommandation.

Introduction

Les ulcères veineux de la jambe (UVJ) sont un problème chronique et récurrent qui peut être très coûteux au système de santé et qui peut nettement affecter la qualité de vie de ceux qui souffrent de la maladie. Les ulcères des membres inférieurs surviennent chez 1 % à 2 % des adultes, dont 70 % des ulcères de la jambe sont d'étiologie veineuse.^{1,2,3,4} Le Secrétariat des services consultatifs médicaux signale que la prévalence des ulcères des membres inférieurs allait de 0,12 % à 0,32 % dans la population générale, ce qui se traduit par environ 50 000 à 500 000 Canadiens. Dans une vaste région canadienne, on signale que c'est 1,8 pour 1 000 pour la population âgée de plus de 25 ans. Harrison *et al.* (2005) dans leur étude sur la mise en œuvre d'un protocole fondé sur l'expérience clinique dans un contexte communautaire ont identifié que la plupart des patients avaient plus de 65 ans; près des trois quarts avaient trois autres affections ou plus. Plus des

deux tiers avaient souffert d'un ulcère de la jambe pendant de nombreux mois. La moitié de la population affectée avaient des antécédents d'ulcères de la jambe s'étendant sur cinq à 10 ans; le tiers dépassait 10 ans.⁵ Les renseignements tirés de leur profil ont révélé une population complexe en termes de problèmes de santé et de défis de soins. Une étude de coûts de quatre semaines a estimé que 192 personnes recevant des soins consommeraient annuellement 1 million de dollars en services de soins infirmiers et 260 000 \$ en fournitures de soins des plaies. Dans une étude par Harrison *et al.* (2005) les taux de guérison à trois mois ont plus que doublé entre l'année précédant la mise en œuvre (23 %) et l'année suivante (56 %). Le nombre de visites d'infirmières par cas a décliné, d'une médiane de 37 à 25; le coût médian de fournitures par cas a baissé de 1923 \$ à 406 \$.⁵ Ces statistiques ahurissantes représentent la maladie veineuse comme une préoccupation importante et coûteuse pour le système de santé. Les

cliniciens qui s'occupent de cette population de patients devraient connaître les meilleures pratiques pour la prise en charge et le traitement des patients qui souffrent d'ulcères veineux.

Le but de cet article est de procurer aux cliniciens un outil pratique de prise en charge et de traitement des ulcères veineux par une mise à jour de l'article² sur les Pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe de l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) appuyées par les preuves présentées dans la Ligne directrice de 2004 de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), l'évaluation et le traitement des ulcères veineux de la jambe.¹ Ce document portera sur une approche systématique et multidisciplinaire à l'évaluation et au traitement des ulcères veineux de la jambe (Figure 1).

Une recherche des bases de données a été faite à l'aide des moteurs de recherche suivants : Medline, Medscape, Pub Med, CINAHL, Cochrane Library et Google pour retrouver le matériel pertinent après l'année 2001. Les mots-clés comprenaient : *ulcères veineux, soin des plaies, ulcères des membres inférieurs, lignes directrices de meilleure pratique, lignes directrices fondées sur l'expérience clinique, et lignes directrices de pratique clinique*. Le groupe d'experts de la Ligne directrice de l'AIIAO a mené une étude extensive de la littérature, tel qu'identifié dans l'Annexe A de la Ligne directrice de l'AIIAO et leur ligne directrice est la principale source de preuves pour cet article :

1. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2004). Évaluation et traitement des ulcères veineux. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [En ligne] Disponible : www.mao.org

Niveau des preuves

Le niveau des preuves, tel que défini par l'AIIAO, sera attribué aux recommandations courantes ayant des classifications de A, B ou C (Tableau 1).

Identifier et traiter la cause

Recommandation 1 : (Niveau de preuve : C)

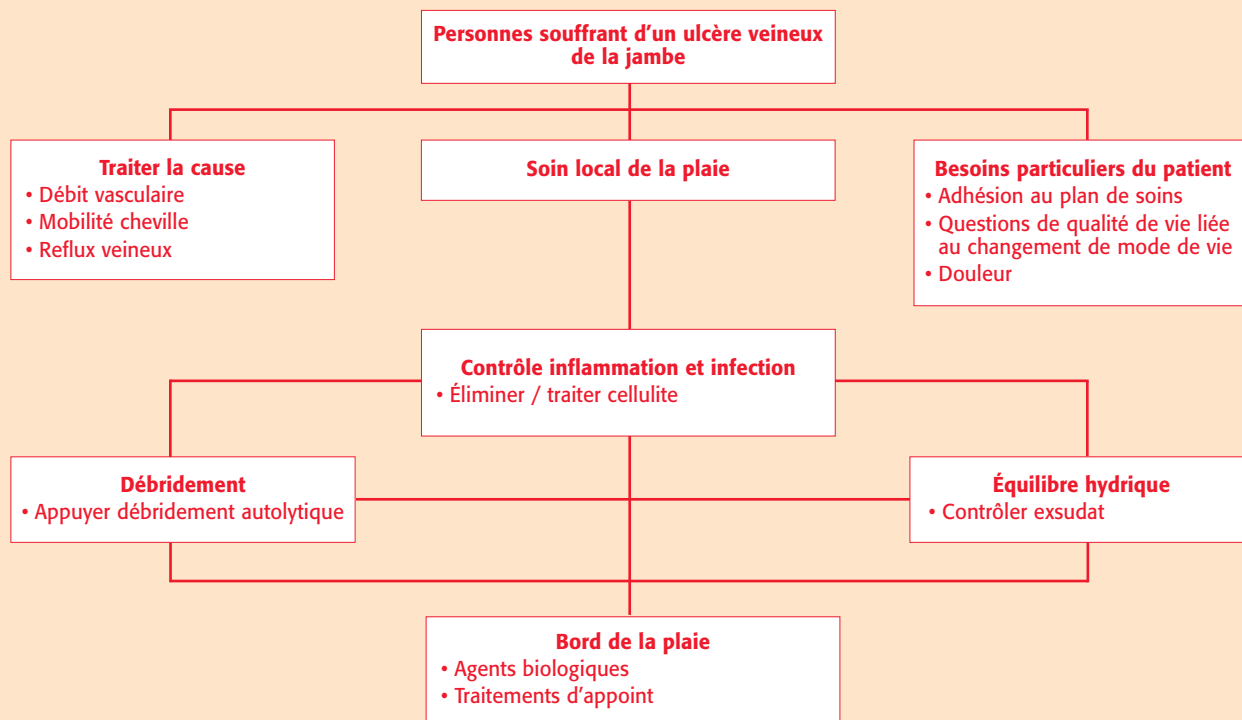
Obtenir une anamnèse détaillée pour déterminer les caractéristiques veineuses et éliminer d'autres diagnostics. Évaluer la douleur et identifier les facteurs systémiques et locaux qui peuvent affecter la guérison de la plaie.

Discussion

Une anamnèse et un examen physique complets sont essentiels à la détermination du diagnostic des ulcères veineux de la jambe. Une évaluation par des professionnels de la santé qualifiés et expérimentés est nécessaire pour déterminer l'étiologie. Une anamnèse sert à identifier les facteurs de risque associés à la maladie veineuse : âge, sexe,

FIGURE 1 :

Cheminement de l'évaluation / traitement des personnes souffrant d'ulcères veineux de la jambe



D'après : Sibbald, Orsted, Schultz, Coutts, & Keast. (2003).⁶

TABLEAU 1 :

Guide de référence rapide

N°	Recommandations	Directive de l'AIIAO	Niveau de preuve
Identifier et traiter la cause			
1	Obtenir une anamnèse complète pour déterminer les caractéristiques veineuses et éliminer d'autres diagnostics. Évaluer la douleur et identifier les facteurs systémiques et locaux qui peuvent gêner la cicatrisation des plaies.	1-7, 13-14	C
2	Faire une évaluation physique. Cela comprend une évaluation bilatérale des membres inférieurs de même qu'un test de l'indice de pression tibio-brachiale (IPTB) chez tous les patients qui ont des ulcères veineux pour aider à éliminer la présence d'une maladie artérielle.	9-12	A
3	Déterminer la/les cause(s) de l'insuffisance veineuse chronique (IVC) selon l'étiologie : anomalie valvulaire (reflux), obstruction ou insuffisance de la pompe du mollet.	1-4	C
4	Recourir à un traitement de compression approprié.	48	A
5	Administer un traitement médical si indiqué pour l'IVC (thrombose superficielle ou profonde, fibrose ligneuse).	Non disponible	C
6	Envisager un traitement chirurgical s'il existe une maladie veineuse superficielle ou perforante en l'absence d'une maladie profonde étendue.	Non disponible	A
Évaluer les besoins particuliers du patient			
7	Communiquer avec le patient, sa famille et ses soignants pour établir des attentes réalistes face à la guérison et procurer des renseignements sur les soins et la gestion de la maladie veineuse. La présence ou l'absence d'un système de soutien social est importante pour le traitement et la prévention des ulcères de la jambe.	6, 7	C
Procurer des soins locaux de la plaie			
8	Évaluer la plaie	5	B
9	Procurer des soins locaux de la plaie : optimiser le milieu local de cicatrisation de la plaie par le débridement, l'équilibre bactérien et l'équilibre hydrique. Envisager des traitements adjuvants appropriés.	44-47	A
Fournir un soutien organisationnel			
10	Consulter les disciplines appropriées pour maximiser et personnaliser le plan de traitement pour s'attaquer aux facteurs et aux co-facteurs qui peuvent affecter la cicatrisation (p. ex., mobilité et nutrition)	49-52	A

antécédents familiaux, tabagisme, obésité, grossesses, une occupation qui exige de longues périodes en position debout ou assise, traumatisme, chirurgie arthroscopique qui causerait une fixation de la hanche, du genou ou de la cheville menant à la perte de la pompe musculaire du mollet, thrombose veineuse profonde (TVP) et anomalies congénitales du système veineux.^{1,2} Déterminer s'il y a douleur, sa qualité et son début. La douleur peut indiquer la présence d'une maladie artérielle. Les patients qui éprouvent de la douleur à la marche ou en position couchée sont susceptibles de souffrir d'une maladie artérielle périphérique. La douleur accompagnant la maladie veineuse est souvent associée à une sensation de lourdeur et de fatigue surtout en fin de journée. L'élévation du membre inférieur provoquera de la douleur dans la maladie artérielle. La douleur dans la maladie veineuse est soulagée par l'élévation. Les facteurs systémiques peuvent comprendre la malnutrition et les carences en vitamines, le diabète, les maladies du collagène et les traitements médicaux comme les glucocorticoïdes et la chimiothérapie.² Les épreuves diagnostiques devraient consister en FSC, électrolytes, BUN, créatinine, protéine C-réactive, complément 3 et 4, sérum-albumine, HgbA1C et ANA.²

Ligne directrice de l'AIIAO (2004), les Recommandations 1-7, 13, 14, identifient les composantes de l'anamnèse, de l'examen physique et de l'évaluation de la douleur. Voir l'Annexe G pour des exemples d'outils de gestion de la douleur.

TABLEAU 2 :

Niveau des preuves

Niveau des preuves	Preuve
Niveau A	Preuve issue d'au moins une étude contrôlée randomisée ou d'une méta-analyse d'une étude contrôlée randomisée.
Niveau B	Preuve issue d'une étude contrôlée bien conçue, sans étude contrôlée randomisée.
Niveau C	Preuve issue de rapports de comités d'experts ou d'opinions d'experts et/ou de l'expérience clinique ou d'autorités reconnues et respectées. Indique l'absence d'études de bonne qualité directement applicables.

Recommandation 2 : (Niveau de preuve : C)

Faire une évaluation physique. Cela comprend une évaluation des membres inférieurs de même qu'un test de l'indice de pression tibio-brachiale (IPTB) chez tous les patients souffrant d'ulcères veineux pour aider à éliminer la présence de maladie artérielle.

Discussion

L'évaluation physique devrait commencer par prendre la tension artérielle et le pouls du patient. Surveiller les irrégularités du pouls qui peuvent indiquer des anomalies cardiaques. Évaluer les deux membres pour l'œdème, la température et la présence de poils. Des jambes et des pieds froids, de même que la perte de poils au niveau du pied, peuvent indiquer une insuffisance artérielle. D'autres signes cliniques de maladie veineuse comprendraient : varicosités, hyperpigmentation ou coloration par l'hémossidérine, atrophie blanche, dermatite, œdème et lipodermatosclérose (une texture ligneuse de la peau). Les Lignes directrices de l'AlIAO (2004), l'Annexe D procurent un échantillon de formulaire d'évaluation de l'ulcère de la jambe.

Dans les Lignes directrices de l'AlIAO (2004), les Recommandations 9-12 préconisent une évaluation diagnostique de la maladie veineuse. On doit faire un test de l'indice de pression tibio-brachiale (IPTB) pour déterminer la présence de maladie artérielle qui peut compromettre les interventions thérapeutiques comme la thérapie par compression. Le test d'IPTB ne doit être fait que par des professionnels de la santé qualifiés. Les cliniciens devraient savoir que le fait d'obtenir un IPTB est une partie de l'évaluation globale et qu'il doit être incorporé dans tous les aspects de l'anamnèse et de l'examen physique. Moffatt (1995) et Vowden (2001) avertissent que les pouls pédiéux palpables sont insuffisants pour éliminer une maladie artérielle.^{1,2,7,8} Si un patient a un IPTB < 0,8, on doit effectuer d'autres examens comme un T_{CPO_2} et une exploration ultrasonographique Doppler par un spécialiste en maladies vasculaires. La consultation systématique d'un chirurgien vasculaire est recommandée si l'IPTB est < 0,8, et une consultation urgente est requise si l'IPTB est < 0,5.¹ L'AlIAO renvoie à l'Annexe C.¹

Obtenir un Indice de pression tibio-brachiale

- Le patient doit s'étendre en décubitus dorsal pendant 15 minutes.
- On obtient la tension artérielle brachiale dans les deux bras, et on se sert de la tension systolique la plus élevée des deux.
- Placer le brassard de tension artérielle autour de la cheville au-dessus de la malléole.
- Appliquer du gel pour ultrasons sur le dos du pied pour obtenir un pouls dorsal pédiéux, et à l'échancrure sous la malléole interne pour obtenir le pouls tibial postérieur.
- Placer la sonde à un angle de 45° pour obtenir un pouls audible.
- Gonfler le sphygmomanomètre jusqu'à ce que le pouls soit bloqué.
- Relâcher lentement le brassard jusqu'à ce que pouls soit audible. Utiliser la lecture la plus élevée des deux pouls (dorsal pédiéux et tibial postérieur) sur chaque jambe pour la tension de la cheville.
- Diviser la tension systolique de la cheville par la tension systolique brachiale.

Ce nombre est l'IPTB.

$$\frac{\text{tension systolique de la cheville}}{\text{tension systolique brachiale}} = \text{IPTB} \quad \frac{100 \text{ (cheville)}}{140 \text{ (brachiale)}} = 0,71 \text{ IPTB}$$

Interprétation de l'IPTB

- > 0,9-1,2normal (1,2 ou > devraient indiquer une calcification)
- 0,80-0,9ischémie légère (une maladie du remplissage peut être présente)
- 0,50-0,79ischémie modérée
- 0,35-0,49ischémie modérément grave
- 0,20-0,34ischémie grave
- < 0,20ischémie probablement critique, mais on doit considérer la pression absolue et le tableau clinique.

Mise en garde :

- Le test de l'Indice de pression tibio-brachiale doit être fait par du personnel qualifié.
- Les IPTB peuvent être faussement élevés chez les diabétiques.

Recommandation 3 : (Niveau de preuve : C)

Déterminer la/les cause(s) de l'insuffisance veineuse chronique selon l'étiologie : Valvules anormales (reflux), obstruction ou défaillance de la pompe musculaire du mollet.

Discussion

Une fois que l'anamnèse est prise, on peut déterminer si la cause de l'insuffisance veineuse est liée à une ou plusieurs des trois étiologies communes. La maladie veineuse chronique peut être congénitale ou acquise. La dysfonction valvulaire peut être due à une faiblesse congénitale ou acquise secondaire à des épisodes antérieurs de thrombophlébite. Les valvules peuvent aussi être endommagées en raison d'un traumatisme ou d'une infection antérieure. Une obstruction de la vidange, comme une augmentation de la pression locale, peut résulter de l'obésité ou de la grossesse. Des lésions du système veineux proximal, spécialement dans le système pelvien, peuvent provenir de malignités ou de la radiothérapie.⁹

Comme il est mentionné dans l'article de 2000, la moins signalée des causes d'hypertension veineuse sont les changements musculo-squelettiques qui peuvent mener à la défaillance de la pompe musculaire du mollet. La dynamique de la pompe musculaire du mollet peut être affectée de façon négative par les changements qui accompagnent souvent les blessures majeures, la maladie neurologique, l'insuffisance vasculaire, la myosite, ou la douleur osseuse et articulaire.² Les muscles du mollet se dégradent rapidement et s'affaiblissent avec l'inactivité. Même le changement de démarche lié à un ulcère douloureux peut exacerber l'hypertension veineuse et causer une atrophie du muscle du mollet par inactivité. Un mouvement de marche normal consiste en une dorsiflexion du pied dépassant la position de 90°, qui peut être requise pour la pleine activation fonctionnelle de la pompe musculaire du mollet.^{2,10}

Recommandation 4 : (Niveau de preuve : A)

Mise en œuvre d'une thérapie par compression appropriée.

TABLEAU 3 :

Systèmes élastiques

Pression	Caractéristiques	Exemples
Faible	Couche simple	Comprilan ^{MC}
Élevée	Compression élevée	Surepress ^{MC}
Élevée	Quatre couches	Profore ^{MC}

TABLEAU 4 :

Systèmes inélastiques

Pression	Caractéristiques	Exemples
Faible	Souple cohésif + rembourrage*	Coban ^{MC} + plâtre rembourré Rolflex ^{MC}
Faible	Pansement d'oxyde de zinc + gaze	Botte Unna
Modérée	Pansement d'oxyde de zinc +/- gaze + cohésif	Botte Duke modifiée (Viscopate ^{MC} + Coban ^{MC})
Modérée	Système Velcro	Circaid ^{MC}
Modérée à élevée	Système à faible compression	Comprilan ^{MC}

* Alors que les pansements cohésifs ont une certaine compression, ils sont davantage considérés comme des systèmes inélastiques.

Discussion

La thérapie de compression demeure la pierre angulaire des soins de l'ulcère veineux de la jambe en l'absence de maladie artérielle. Kunimoto *et al.* signalent qu'une thérapie par compression élevée ne devrait être appliquée qu'avec un IPTB \geq 0,8 et seulement si elle n'est pas contre-indiquée par des maladies comme « l'insuffisance cardiaque globale non contrôlée ». ² Dans la Ligne directrice de l'AIIAO (2004), les Recommandations 34-43 discutent de l'application de la thérapie par compression pour le traitement des ulcères veineux. Une compression élevée est le choix de traitement initial, mais en présence de diabète, d'arthrite, d'infection et de maladie artérielle légère (IPTB 0,8-0,6), ou chez la personne âgée, la compression devrait être modifiée. ¹ L'application d'une compression modifiée devrait tenir compte de l'état physique du patient (fonction cardiaque et rénale) et de la tolérance à la douleur. Voir la Ligne directrice de l'AIIAO, Annexe K pour une classification des pansements compressifs. Le degré de pression sous le pansement peut être théoriquement calculé en utilisant la loi de La Place :

$$P \text{ (pression sous le pansement)} = \frac{N \text{ (nombre de couches)} \times T \text{ (tension)} \times C \text{ (une constante)}}{C \text{ (circonférence du membre)} \times L \text{ (largeur du pansement)}}$$

Selon la Ligne directrice de l'AIIAO « ... le traitement de la stase veineuse exige l'utilisation à vie d'une compression thérapeutique ». ¹ Un essai randomisé contrôlé (ERC) mené par Partsch et Horakova (1994) a démontré que les personnes portant des bas de compression élevée guérissaient à 84 % (n=25) en trois mois comparativement aux per-

sonnes du groupe des bas peu extensibles qui guérissaient à 52 % (n=25). ¹¹ La prescription de bas de compression graduée exige que les cliniciens aient une pleine compréhension des principes de thérapie par compression. La mesure correcte et le degré de pression à prescrire sont nécessaires pour éviter tout effet indésirable de la compression (Tableaux 2 et 3). Les patients doivent savoir que les taux de récurrence peuvent être plus élevés quand ils ne portent pas leurs bas. Nelson *et al.* (2003) ont examiné 19 bases de données, y compris le Groupe de plaies Cochrane pour déterminer s'il y a une pression ou un type de compression optimal pour prévenir la récurrence d'ulcères veineux. Il n'y a pas eu d'essais qui ont comparé les taux de récurrence avec ou sans compression, et il n'y a pas de preuve qui suggère qu'une compression élevée soit meilleure qu'une compression modérée. Dans la même étude, on signale que l'observance du traitement était meilleure chez les patients portant une compression modérée par rapport à la compression élevée. Les réviseurs ont conclu qu'il est recommandé de prescrire aux patients la compression la plus élevée qu'ils peuvent tolérer pour prévenir la récurrence. ¹²

La compression pneumatique intermittente (CPI) pour traiter les ulcères veineux de la jambe ou l'œdème de la jambe est recommandée par Kunimoto *et al.* ² Dans la Ligne directrice de l'AIIAO (2004), la Recommandation 48 suggère que la compression pneumatique est indiquée dans les cas d'insuffisance chronique. ¹ Toutefois, Mani *et al.* (2004) avancent qu'il y a très peu de preuves à l'appui que la CPI augmente la guérison des ulcères veineux de la jambe. En fait, les deux études signalées n'ont pas trouvé la preuve d'un bienfait pour la CPI plus compression comparativement à la compression seule, et les auteurs concluent que « d'autres études étaient nécessaires pour déterminer si la CPI augmente la guérison dans les ulcères veineux de la jambe ». ¹³

La revue Cochrane (2005) énonce : « La compression augmente les taux de guérison des ulcères comparativement à l'absence de compression. Les systèmes à couches multiples sont plus efficaces que les systèmes à couche simple. La compression élevée est plus efficace que la compression faible, mais il n'y pas de différence claire dans l'efficacité de différents types de compression élevée ». ¹⁴

Mise en garde :

- Un traitement par compression élevée ne devrait être appliqué qu'en l'absence de maladie artérielle, IPTB > 0,8.
- L'application d'un traitement par compression élevée ne devrait être faite que par des praticiens qualifiés.

Recommandation 5 : (Niveau de preuve : C)

Mettre le traitement médical en œuvre si indiqué pour les complications liées à l'insuffisance veineuse chronique.

Discussion

Les Lignes directrices de l'AIIAO offrent peu d'encadrement sur le traitement médical des complications de l'insuffisance veineuse chronique. La complication connexe la plus commune est la dermatite de stase. La fuite de liquide et de macromolécules dans les tissus crée

une réponse inflammatoire avec érythème, desquamation et prurit intense. Le grattage mène souvent à un bris cutané et est souvent le facteur déclenchant d'une ulcération veineuse. Comme le problème est lié à l'insuffisance veineuse chronique, la clé du traitement est le contrôle de l'œdème grâce à une thérapie par compression appropriée. Dans les cas graves, le traitement initial peut comporter l'utilisation de pansement à la pâte d'oxyde de zinc plus des bandages compressifs pour réduire l'œdème et la réponse inflammatoire. Dans les cas plus légers, l'utilisation de bas de compression correctement portés pour contrôler l'œdème de la jambe peut aider à prévenir une dermatite de stase. L'utilisation judicieuse de corticostéroïdes topiques de puissance faible à modérée peut être un adjuvant utile à ce traitement mais ils ne doivent pas être utilisés seuls. Les personnes qui souffrent d'œdème de stase ont souvent essayé une multiplicité de lotions et de potions sur leurs jambes et nombre d'entre eux ont peut-être développé une sensibilisation à l'une ou l'autre composante de ces agents topiques. Tous les agents topiques doivent être arrêtés.¹⁵ Une amélioration de la pompe musculaire du mollet et un mélange raisonnable de marche et d'élévation de la jambe sont aussi importants dans le contrôle de l'œdème de la jambe.⁹ On devrait envisager une consultation auprès d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute pour instaurer un programme d'exercices efficace qui va maximiser l'action de la pompe musculaire du mollet.

Il n'y a pas de preuve à l'appui de l'utilisation des diurétiques pour le traitement de l'œdème de stase veineuse pur. La réduction du volume intravasculaire s'attaque aux problèmes sous-jacents du reflux veineux causé par l'insuffisance valvulaire et/ou la dysfonction de la pompe musculaire du mollet. Il y a cependant de multiples pathologies causant un œdème périphérique qui peut répondre en tout ou en partie à un traitement par diurétique. Le clinicien doit toujours démêler le diagnostic différentiel de l'œdème périphérique pour éliminer d'autres causes, qui peuvent comprendre l'insuffisance cardiaque globale, l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, le lymphœdème, les fistules artérioveineuses et les masses obstructives intra-abdominales.

La pentoxifylline a été utilisée pour réduire la fibrose ligneuse associée à une insuffisance veineuse de longue date (Niveau de preuve : A) et améliorer la guérison de la plaie dans les ulcères veineux difficiles de la jambe. Une revue Cochrane en 2002¹⁶ a examiné un total de neuf essais qui comprenaient un total de 572 adultes. Les essais comprenaient la pentoxifylline ou un placebo avec compression et sans compression. Les résultats ont été une amélioration de la guérison avec la pentoxifylline plus compression par rapport au placebo et la compression. Les auteurs ont conclu que la pentoxifylline semble être un adjuvant efficace aux bandages de compression pour le traitement des ulcères veineux. La dose usuelle est de 400 mg TID. Falanga¹⁷ signale que l'utilisation de la pentoxifylline à double dose a également été efficace dans un essai randomisé contrôlé. Peu de patients, toutefois, sont capables de faire face aux effets secondaires gastriques à cette dose.

Recommandation 6 : (Niveau de preuve : A)

Envisager un traitement chirurgical s'il existe une maladie veineuse

TABLEAU 5 :

Signes physiques

Maladie veineuse	Maladie artérielle
<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères habituellement superficiels et humides • Située sur la partie inférieure de la jambe • Œdème • Eczéma • Couronne phlébectasique • Lipodermatosclérose • Varices • Hyperpigmentation • Atrophie blanche 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères d'apparence « à l'emporte-pièce » • Base de la plaie mal perfusée, pâle, sèche • Jambes/pieds froids (dans un environnement chaud) • Peau brillante et tendue • Rougeur décline • Pieds pâles ou bleus • Orteils gangréneux

Reproduit avec la permission de l'AAIAO.¹

superficielle ou perforante significative en l'absence d'une maladie profonde extensive.

Discussion

Dans une revue Cochrane, Hardy *et al.* ont évalué deux essais qui comparaient « ... la valvuloplastie externe utilisant la plicature antérieure limitée (PAL) en association avec la ligature (L) des veines superficielles incompétentes (L+PAL) à la ligature seule (L) »¹⁸ et la valvuloplastie externe et la ligature (V+L) des veines superficielles incompétentes à la ligature seule (L). Les participants à l'essai souffraient d'insuffisance valvulaire primaire avec symptômes légers ou modérés mais pas d'ulcères veineux. L+PAL a entraîné une amélioration importante de la pression veineuse ambulatoire (PVA). Les valeurs de PVA post-opératoires sont demeurées relativement élevées. Neuf des onze valvules réparées sont demeurées compétentes après un suivi de deux ans. Aucune complication n'est survenue. Le score global moyen des résultats cliniques a été de +2 (amélioration modérée) dans le groupe L+PAL par rapport à +1 (amélioration légère) dans le groupe L. Les patients dont la dynamique clinique s'était détériorée au cours des cinq années précédant la chirurgie ont eu un taux nettement plus élevé d'amélioration de leur état dans le groupe V+L par rapport au groupe L (81 % contre 51 %) après un suivi de sept ans. Les patients dont la dynamique clinique préopératoire était stable ont affiché un taux semblable d'amélioration dans les deux groupes (96 % contre 90 %). Les PVA n'ont pas été prises.¹⁸ Les auteurs concluent que les résultats indiquent que la ligature et la valvuloplastie peuvent avoir entraîné une amélioration modérée et soutenue pendant sept à 10 ans après l'intervention chez les patients souffrant d'IVP légère ou modérée causée par une incompétence valvulaire primaire. Cependant, il manque de preuves pour recommander le traitement à ce sous-groupe de patients, car les essais étaient petits, utilisaient différentes méthodes de valvuloplastie et différentes méthodes d'évaluation.

Baker *et al.*, dans un Questionnaire d'évaluation de la santé SF-36,

ont mené une enquête auprès de « ...150 patients à la suite d'une chirurgie des veines et 89 % ont répondu. Les résultats signalent que les symptômes globaux s'étaient améliorés ($p < 0,01$) après un mois et s'étaient améliorés davantage après six mois ».¹⁹

Évaluer les besoins particuliers du patient

Recommandation 7 : (Niveau de preuve : C)

Communiquer avec les patients, la famille, les soignants pour établir des attentes réalistes relativement à leur plan de traitement et fournir de l'information pour les soins et la gestion de la maladie veineuse. La présence ou l'absence d'un système de soutien social est importante pour le traitement et la prévention des ulcères veineux de la jambe.

Discussion

Lockyear (2004), dans une revue de la littérature récente, illustre l'importance des perceptions du patient, de l'empathie du médecin, du style de communication et du ton de la voix.²⁰ Les patients souffrant de maladie veineuse souffrent souvent de malaise affectif et physique. Les plaies chroniques qui ne guérissent pas affectent la qualité de vie (QdV) en raison de l'isolement, de l'incapacité à travailler, et de la crainte d'une perte de membre imminente. Dans ces conditions stressantes, les patients ne comprennent pas ou n'acceptent pas toujours leur maladie, leur plan de traitement et leur pronostic. Des bas de compression graduée sont un engagement pour la vie dans le traitement et la prévention de la récurrence des ulcères veineux. Il est impératif que les cliniciens communiquent

de l'empathie quand ils insistent sur l'importance de la thérapie par compression. Les patients qui sentent que leurs soignants leur manifestent de l'empathie sont beaucoup plus susceptibles de se conformer au port des bas de compression. La perception du patient sur la santé et la qualité de vie est influencée par des facteurs personnels, environnementaux et sociaux.¹ Certains patients n'ont pas les moyens de s'offrir des bas compressifs ou sont peut-être incapables de les mettre. Le fait d'avoir la contribution d'un travailleur social dans la prise en charge des patients souffrant d'ulcères veineux est essentiel dans le cadre de leurs soins. Les cliniciens qui n'ont pas accès à un travailleur social devront avoir une bonne connaissance des ressources disponibles auxquelles accéder pour les soins. Les familles des patients ont besoin d'orientation vers ces ressources. Une bonne aptitude à communiquer invite les patients et leurs familles à participer davantage aux soins. L'éducation du patient, des familles, des soignants non professionnels et des cliniciens est essentielle pour obtenir des résultats cliniques optimaux dans la gestion des ulcères veineux. Ligne directrice de l'AIIAO (2004), Recommandations 6 et 7.¹

Procurer des soins locaux de la plaie

Recommandation 8 : (Niveau de preuve : B) Évaluation de la plaie.

Discussion

Les ulcères veineux se présentent le plus souvent au bas de la jambe (tiers moyen distal) et aux régions malléolaires.² Les ulcères des membres inférieurs qui surviennent dans le mollet, le tibia ou la partie

TABLEAU 6 :

Pansements avec propriétés d'absorption

Pansement	Principaux usages	Absorption	Contre-indication(s)
Hydrogels amorphes (a) gaufrés (g)	<ul style="list-style-type: none"> Hydratation des plaies sèches Soutient l'autolyse Sites de donneurs (greffes) Épithélialisation 	+	<ul style="list-style-type: none"> Plaies au drainage excessif Plaies infectées (g)
Hydrocolloïdes	<ul style="list-style-type: none"> Formation de tissu de granulation Soutient l'autolyse 	+	<ul style="list-style-type: none"> Plaies infectées Plaies au drainage excessif
Alginates de calcium	<ul style="list-style-type: none"> Absorption de l'exsudat Hémostase Plaies infectées 	++	<ul style="list-style-type: none"> Plaies superficielles Plaies sous épithélialisation
Hydrofibres	<ul style="list-style-type: none"> Absorption de l'exsudat dans les fibres (dynamique) 	+++	<ul style="list-style-type: none"> Plaies sous épithélialisation
Hydrofibres avec argent	<ul style="list-style-type: none"> Absorption de l'exsudat des plaies critiquement colonisées ou infectées 	+++	
Mousses adhésives (a) non-adhésives (n)	<ul style="list-style-type: none"> Plaies au drainage excessif Absorption non-dynamique 	+++	<ul style="list-style-type: none"> Plaies infectées (a)
Mousses non adhésives avec argent	<ul style="list-style-type: none"> Plaies infectées au drainage excessif 	+++	

D'après Kunimoto 2001²

inférieure de la jambe sont probablement le signe d'une blessure traumatique. Les plaies sont généralement superficielles avec des bords irréguliers. Le lit de la plaie peut être le siège d'une nécrose humide, l'équivalent d'une escarre hydratée.² Le tissu de granulation, ou bourgeons de granulation, devrait être visible dans la plaie. En raison de l'œdème de la jambe associé à la maladie veineuse, les ulcères veineux sont très exsudatifs et cet exsudat peut causer une macération autour de la plaie et des changements eczémateux. Le Tableau 3 compare les signes physiques qui distinguent la maladie veineuse de la maladie artérielle. Ligne directrice de l'AIIO (2004), Recommandation n° 5 et Annexe E.

Les plaies réfractaires qui ne répondent pas aux pratiques exemplaires après trois mois de traitement devraient être évaluées pour d'autres co-morbidités comme le cancer, l'anémie et la mauvaise nutrition. Les plaies à bords roulés et d'apparence nodulaire exigent des examens plus poussés pour une malignité par biopsie-poinçon. Cela doit se faire aux bords de la plaie pour inclure du tissu de la plaie ainsi que du tissu autour de la plaie.²

Recommandation 9 : (Niveau de preuve : A)

Procurer des soins locaux de la plaie : Optimiser l'environnement local de guérison de la plaie par débridement, équilibre bactérien et équilibre hydrique. Envisager des traitements adjuvant appropriés.

Discussion

Le débridement de la plaie est requis pour enlever le tissu dévitalisé et les exsudats, réduire le risque d'infection, préparer le lit de la plaie et favoriser la guérison.¹ Les différents types de débridement comprennent le débridement autolytique, mécanique, enzymatique et par chirurgie au scalpel ou aux ciseaux. La forme la plus commune de débridement dans les ulcères veineux est le *débridement autolytique*. Le choix d'une technique de débridement exige une combinaison du choix du patient et du niveau de compétence du clinicien. Le débridement chirurgical est une compétence avancée qui devrait être effectuée par un médecin ou son délégué.

Mise en garde :

- Le débridement tranchant ou chirurgical est effectué par des médecins, leurs délégués ou des professionnels de la santé qualifiés et expérimentés. Les infirmières devraient connaître les politiques et procédures de leur établissement.
- Ne débrider que s'il y a un apport sanguin suffisant!

Dans les plaies chroniques, il est important de déterminer la charge microbienne. Selon le *Royal College of Nurses (RCN)* (1998) cité dans la Ligne directrice de l'AIIO (2004), l'écouvillonnage de la plaie n'est pas normalement recommandé sauf en présence de signes cliniques d'infection.¹ L'infection est définie dans deux études récentes menées par Gardner (2004).^{21,22} *Staphylococcus aureus* est nettement lié au nombre de pathogènes par gramme de tissu et il se retrouve dans 50 % des plaies chroniques.^{21,22} Les signes cliniques traditionnels de l'infection comprennent l'inflammation, une douleur

accrue, des exsudats purulents, une détérioration rapide de la plaie et la pyrexie.¹ La littérature récente énonce aussi que les indicateurs précoces d'infection comprennent : augmentation de l'exsudat associée à l'inflammation, et l'érosion à l'intérieur du lit de la plaie.²³ Une infection est cliniquement indiquée en présence de $>10^5$ bactéries/gramme de tissu.¹ On doit traiter une infection par antibiotiques systémiques. On doit éviter les antibiotiques et les antiseptiques topiques car ils entraînent souvent une sensibilisation.^{1,2} Voir la Ligne directrice de l'AIIO (2004), Recommandations 27-32. (Annexe E, Annexe H, Annexe I de l'AIIO).¹

Les agents antibactériens topiques, tels les antiseptiques, les antibiotiques topiques et les nouveaux pansements antimicrobiens, de même que les antibiotiques systémiques, peuvent servir à traiter les plaies critiquement colonisées ou infectées. Voir le Tableau 4 et la Ligne directrice de l'AIIO, (2004) Annexe H.¹

Mise en garde :

Éviter la guérison d'une plaie en milieu humide si le débit sanguin est insuffisant pour guérir la plaie.

La sélection du pansement le plus approprié tient compte du but du traitement (guérison ou entretien), la quantité d'exsudat, le lit de la plaie, le choix du patient et la rentabilité. On doit identifier les pansements par catégories (voir le Tableau 4 et un tableau plus élaboré dans l'article Préparation du lit de la plaie, en page 73) et les choisir en fonction des caractéristiques de l'ulcère, des facteurs de risque du patient et des caractéristiques du pansement. Selon la Ligne directrice de l'AIIO (2004), il n'y a pas « ...suffisamment de preuves pour déterminer si un pansement en particulier augmente la guérison ou atténue la douleur des ulcères veineux ». Les facteurs les plus importants dans la sélection du pansement devraient être qu'il soit approprié au patient selon leur action, le confort du patient et la rentabilité.¹

Traitements d'appoint

Les traitements adjuvants ou complémentaires devraient être envisagés comme options pour la prise en charge des plaies récalcitrantes. Les traitements adjuvants comme le traitement topique par pression négative, les agents biologiques, le tissu cutané vivant, la stimulation électrique, l'oxygène hyperbare et les ultrasons thérapeutiques peuvent offrir des solutions de rechange pour stimuler la guérison lorsque la malignité est éliminée.¹ Voir la Ligne directrice de l'AIIO (2004), Recommandations 50-52.¹

Le rapport du Canadian Consensus Group VAC Therapy (CCGVT) recommande le mini VAC pour *certain*s ulcères veineux de la jambe utilisant une pression continue à 50 mm Hg avec une augmentation à 75 mm Hg s'il n'y a pas signe de douleur.²⁴ Ils suggèrent que le pansement soit changé aux 48 heures suivi par l'utilisation d'un bandage inélastique.

Recommandation 10 : (Niveau de preuve : A)

Consulter les disciplines appropriées pour maximiser et personnaliser

le plan de traitement pour s'attaquer aux facteurs et aux co-facteurs qui peuvent affecter la guérison (p. ex., la mobilité et la nutrition).

Discussion

Tous les facteurs et co-facteurs identifiés durant l'anamnèse et l'évaluation du patient qui peuvent affecter la guérison doivent être retirés ou modifiés pour favoriser la guérison. Un mode de vie sédentaire peut exacerber l'œdème de la jambe et il faut prescrire aux patients un programme d'exercices réguliers de même que des modifications du mode de vie. L'élévation des jambes au-dessus du niveau du cœur en position couchée ou assise de même que la marche (utilisation efficace de l'action de la pompe musculaire du mollet) peut augmenter le retour veineux. Voir la Ligne directrice de l'AIIAO, recommandation 49.¹ Des praticiens qualifiés qui peuvent surveiller la tolérance cardiovasculaire devraient superviser un programme d'exercices. En cas de perte de mobilité ou de la souplesse des articulations, les exercices doivent être modifiés par un physiothérapeute ou un ergothérapeute.¹⁰

Si on pense qu'une carence nutritionnelle est assez significative pour entraver la guérison de la plaie, on doit consulter un nutritionniste ou un diététiste. Les carences en apport de protéines et de vitamines sont courantes chez la personne âgée. La prise en charge de ces carences peut faire une différence entre une plaie qui guérit et une qui ne guérit pas, même en présence de pratiques exemplaires.²

Conclusions

Comme la Ligne directrice de l'AIIAO est une directive de nursing et que cet outil se veut interprofessionnel, les recommandations 8 et 9 ont des implications médicales et chirurgicales pour s'attaquer de front aux besoins du patient souffrant d'un ulcère veineux de la jambe. L'élaboration d'un plan de soins de pratiques exemplaires pour la prise en charge des ulcères veineux de la jambe exige une approche multidisciplinaire de même qu'un leadership fort de la part des cliniciens qui comprennent les concepts de changement planifié, de planification et évaluation de programme et d'utilisation de la recherche qui comprend l'adoption officielle de la ligne directrice. Les Lignes directrices de l'AIIAO étendent leurs recommandations au-delà de la pratique clinique en faisant d'autres recommandations relatives aux changements éducationnels et organisationnels, de même que des conseils de recommandation qui devront intégrer les pratiques exemplaires pour les ulcères veineux de la jambe dans le contexte clinique.

L'article sur les Recommandations de l'ACSP pour la pratique : Prévention et traitement des ulcères veineux de la jambe, contient des recommandations que l'on peut appliquer aujourd'hui. Les Lignes directrices de l'AIIAO (2004), Évaluation et traitement des ulcères veineux de la jambe, ont fourni des preuves pour faire la mise à jour et la validation des Recommandations de l'ACSP pour la pratique : Prévention et traitement des ulcères veineux de la jambe. Nous espérons qu'en attachant les preuves aux recommandations nous avons fourni une version conviviale qui appuie la pratique exemplaire au chevet du patient. 🐾

Références

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline:*

Assessment and Management of Venous Leg Ulcers. Toronto: RNAO. 2004. Available online at www.mao.org/bestpractices/.

2. Kunimoto B, et al. Best practices for the prevention and treatment of venous leg ulcers. *Ostomy/Wound Management*. 2001;4(2):34-50.
3. Berard A, et al. Risk factors for the first-time development of venous ulcers on lower limbs: The influence of heredity and physical activity. *Angiology*. 2002;53(6):647-657.
4. Nicolaidis AN, et al. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement. *Circulation*. 2000;102(20):E126-163.
5. Harrison M, Graham I, Lorime K, Friedberg E, Pierscianowski T, Brandys T. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ*. 2005;172;(11). Available online at www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/11/1447.
6. Sibbald RG, Orsted HL, Schultz GS, Coutts P, Keast D. Preparing the wound bed 2003. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(11):24-51.
7. Vowden P, Vowden K. Doppler assessment and ABPI: Interpretation in the management of leg ulcers. *World Wide Wounds*. March 2001. Available online at www.worldwidewounds.com/2001/march/vowden/doppler-assessment-and-ABPI.html.
8. Moffatt C, O'Hare L. Ankle pulses are not sufficient to detect impaired arterial circulation in patients with leg ulcers. *Journal of Wound Care*. 1995;4(3):134-138.
9. Nicolaidis AN, et al. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement. *Circulation*. 2000;102(20):E126-163.
10. Orsted HL, Radke L, Gorst R. The impact of musculoskeletal changes on the dynamics of the calf muscle pump. *Ostomy/Wound Management*. 2001;47(10):18-24.
11. Partsch H, Horakova M. Compression stockings in the treatment of lower leg ulcers. [German]. *Wien Med Wochenschr*. 1994;144(10-11):224-249.
12. Nelson EA, Bell-Syer SEM, Cullum NA. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2000;4:Art. No. CD002303. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
13. Mani R, Vowden K. Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers. 2004. Available online at www.medscape.com/viewarticle/485888?src=search.
14. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2001;2:Art. No. CD000265. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
15. Sibbald RG, Cameron J. Dermatologic aspects of wound care. In Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (eds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Third Edition. Wayne, PA: HMP Communications. 2001.
16. Jull AB, Waters J, Arroll B. Pentoxifylline for treating venous stasis ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2002;1:Art. No. CD001733. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
17. Falanga V, Fujitani RM, et al. Systematic treatment of venous leg ulcers with high dose pentoxifylline: Efficacy in a randomized placebo controlled trial. *Wound Repair Regen*. 1999;7(4):208-213.
18. Hardy SC, Riding G, Abidia A. Surgery for deep venous incompetence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2004;3:Art. No. CD001097. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
19. Baker DM, et al. How successful is varicose vein surgery? A patient outcome study following varicose vein surgery using the SF-36 Health Assessment Questionnaire. *Eur J Endovascular Surg*. 1995;9(3):299-304.
20. Lockyear P. Physician-patient communication: Enhancing skills to improve patient satisfaction. Medscape [Continuing Medical Education on the Internet]. December 2004. Available online at www.medscape.com/viewprogram/3679.
21. Gardner SE, Frantz RA. Obtaining wound specimens: Three techniques. *Advances in Skin and Wound Care*. 2004;17:64-65.
22. Gardner SE, Frantz RA, Saltzman CL, Dodgson K. *Staphylococcus aureus* is associated with high microbial load in chronic wounds. *Wounds*. 2004;16:219-225.
23. Cutting KF, White RJ. Criteria for identifying wound infection—revisited. *Ostomy/Wound Management*. 2005;51(1):28-34.
24. Sibbald RG, Mahoney J; Canadian Consensus Group. VAC Therapy. A consensus report on the use of vacuum-assisted closure in chronic, difficult-to-heal wounds. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(11):52-66.