

Compressions et troubles trophiques : l'allongement, c'est court, c'est long ?



Audrey Stansal
Service de médecine vasculaire
Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph



Cet intervenant :

- ✓ a déclaré ses liens d'intérêt
- ✓ estime qu'ils ne peuvent pas influencer sur cette présentation

Tous les orateurs ont reçu une déclaration de liens d'intérêt.

Terminologie

- **Allongement** = correspond au pourcentage d'étirement par rapport au repos. Il est mesuré en étirant la bande à son maximum.

Allongement long > 100%	Allongement court >10% < 100%	Inélastiques < 10%	Bandage multitype (multicouche avec au moins 2 bandes ≠)
Biflex® Mollelast® ...	Rosidal® Somos® ...	Elodur® Tensopress® ...	UrgoK2® Profore® Coban 2® ...



- **Bas de compression** = élastique

Troubles trophiques = ulcère de jambe

1) Ulcère veineux
(IPS entre 0,9 et 1,3)



2) Ulcère mixte
(IPS entre 0,6 et 0,9)



3) Ulcère artériel
(IPS $< 0,6$)



Compression et ulcères veineux

COMPRESSION vs PAS DE COMPRESSION dans les ULCERES VEINEUX

- Rubin 1990 : Essai randomisé

Compression versus pas de compression, taux de cicatrisation complète à 1 an :
18/19 vs 7/17

RR 2,3 IC 1,29 à 4,10 $p = 0,0047$

- O'Meara 2012 : Méta analyse Cochrane Library

8 essais cliniques randomisés : les ulcères veineux cicatrisent plus rapidement avec compression que sans compression.

➔ La compression est efficace dans les ulcères veineux.

Mais laquelle?

Compression et ulcères veineux

BEAUCOUP D'ETUDES COMPARANT LES SYSTEMES COMPRESSIFS ENTRE EUX

Compression élastique (caban) vs Compression inélastique (botte de UNNA)

Cicatrisation à 3 mois: 6/14 (43 %) vs 8/16 (50 %)

➔ Pas de différence significative entre ces 2 systèmes de compression.

Effectif faible (n=43).

Cordts PR, et al. A prospective, randomized trial of Unna's boot versus Duoderm CGF hydroactive dressing plus compression in the management of venous leg ulcers. J Vasc Surg 1992;15(3):480-6.

Compression et ulcères veineux

BEAUCOUP D'ETUDES COMPARANT LES SYSTEMES COMPRESSIFS ENTRE EUX

Méta analyse : 59 études randomisées

- Compression par bandages **multitypes** > compression par bandage monocouche
- Compression par bandages **multitypes 3 composants dont 1 bande élastique** > compression par bandes 3 composants sans bande élastique RR 1.83 (95% CI 1.26 to 2.67)
- Compression par bandages **multitypes à 4 composants** > compression par bande à allongement court. Délai de cicatrisation médian 4 bandes 90 jours vs allongement court 99 jours; HR1.31 (95% CI 1.09 to 1.58).
- Compression par **bas classe III** > compression par bande à allongement court; RR 1.62 (95% CI 1.26 to 2.10)

Compression et ulcères veineux

LES BAS FONT-ILS AUSSI BIEN QUE LES BANDAGES MULTICOUCHES ?

Superposition de 2 bas de compression vs bandage multitypes (4 bandes)

= 35-40 mmHg à la cheville dans les 2 groupe

453 participants : 230 bas superposés and 223 bandages multicouches

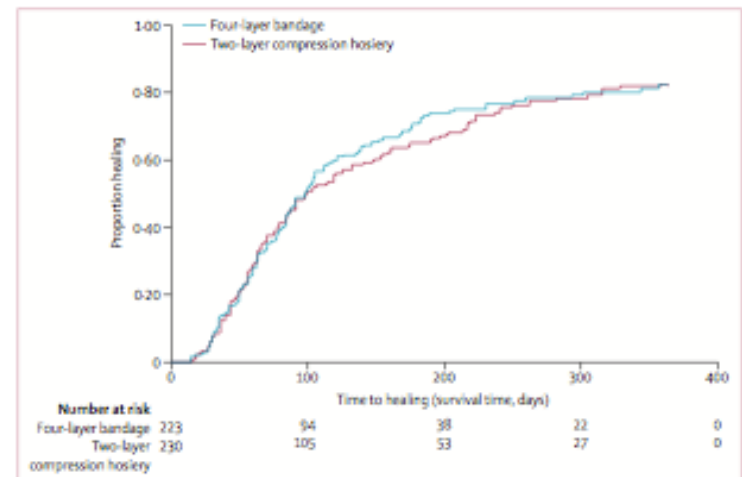
- **Délais de cicatrisation comparables**

99 jours dans le groupe 2 bas (95% CI 84-126)

vs 98 jours dans le groupe bandage (85-112)

- **Proportion d'ulcères cicatrisés comparable**

70.9% vs 70.4%; HR 0,99 (95% CI 0,79-1,25)



Ashby RL, et al. Clinical and cost-effectiveness of compression hosiery versus compression bandages in treatment of venous leg ulcers (VenUS IV): a randomised controlled trial. Lancet 2014 Mar 8;383(9920):871-9

La compression médicale dans les affections veineuses chroniques

1

Évaluer le stade

Les indications des dispositifs compressifs dépendent du stade de l'affection dans la classification clinique étiologique anatomique physiopathologique (CEAP).



- La compression médicale n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution des affections veineuses chroniques aux stades C0 et C1.
- À partir du stade C2 et jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère, en revanche, la compression veineuse est le traitement de base.

2

Prescrire en pratique

La prescription comporte le type de dispositif et sa pression en mmHg s'il s'agit d'un bas. La pression à retenir est la plus forte supportée par le patient. Il n'y a pas de différence d'efficacité entre chaussettes, bas-cuisse et collants.

Stade C2	Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	Stade C3	Stade C4a Pigmentation, eczéma veineux	Stade C4b Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche	Stade C5	Stade C6
Bas* de 15 à 20 mmHg, ou 20 à 36 mmHg, traitement au long cours.	Bas* indiqués à C2 ou bandes sèches à allongement court, pendant 4 à 6 semaines.	Bas* de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court ou long, traitement au long cours.	Bas* de 20 à 36 mmHg, bandes sèches inélastiques, bandes sèches à allongement court ou bandes enduites, traitement au long cours.	Bandes sèches inélastiques, bandes sèches à allongement court, bandes enduites, ou bas* de 20 à 36 mmHg (au stade C4b chronique), traitement au long cours.	Bas* de 20 à 36 ou > 36 mmHg, ou bandes sèches à allongement court, traitement au long cours.	Superposition d'au moins deux bandes de compression de types différents (bandages multitypes) en 1 ^{re} intention, bandes sèches inélastiques, bandes sèches à allongement court, bandes enduites, ou bas* > 36 mmHg, jusqu'à cicatrisation complète.

* Chaussettes, bas-cuisse ou collants.

3

Éduquer et suivre

- L'utilisation des dispositifs compressifs nécessite une éducation du patient. Les bas doivent être enfilés, le matin, dès le lever du patient. Il est conseillé de s'assurer à intervalles réguliers que le patient utilise bien le dispositif prescrit. Il peut avoir des difficultés par exemple à enfiler un bas de forte pression. Dans ce cas, la pose par une infirmière, l'utilisation d'un enfile-bas ou la superposition de plusieurs bas pour obtenir une pression efficace peuvent améliorer l'observance.
- En cas de traitement au long cours, il est nécessaire de réévaluer de manière régulière l'efficacité et le rapport bénéfices/risques.



Classification CEAP

Stade C0		Pas de signe clinique, éventuellement symptômes (douleurs, jambes lourdes, impatiences, prurit, sensation d'œdème vespéral...).
Stade C1		Télangiectasies ou varices réticulaires.
Stade C2		Varices > 3 mm.
Stade C3		Œdème permanent.
Stade C4		Troubles trophiques : pigmentation, eczéma, hypodermite.
Stade C5		Ulcère cicatrisé.
Stade C6		Ulcère non cicatrisé.

Compression et ulcères veineux

→ Une compression forte (> 30-40 mmHg)

par bas (si possible...)

ou par bandages multitypes (dont 1 bande élastique)

est la plus efficace dans les ulcères veineux

Compression et ulcères mixtes

Recommandations HAS

- **Si $IPS > 0,8$: compression forte autorisée** (seuil arbitrairement choisi dans les études sur les ulcères veineux)
- **IPS entre 0,6 et 0,8 : compression autorisée avec prudence**
- **Si $IPS < 0,6$: compression contre indiquée**

HAS, La compression médicale dans les affections veineuses chroniques, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Avril 2011

Compression et ulcères mixtes

ATTENTION AUX PATIENTS DIABETIQUES AVEC IPS FAUSSEMENT NORMAUX!!!

65 diabétiques consécutifs avec $IPS > 0.9$,

70% hommes, 69 ans, neuropathie = 70%, 103 membres inférieurs examinés

➔ **IPS normal 0.91-1.29: 35% artériopathie en Écho Doppler**
(au moins 1 sténose $>70\%$)

➔ **IPS > 1.3 : 63% artériopathie en Écho Doppler**

En laser doppler, sensibilité de l'IPGO $< 0.7 = 89.6\%$, Spécificité = 71.7%

Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le patient diabétique : quelles méthodes ?

E . Touati, I. Lazareth, U. Michon Pasturel, S. Bonhomme, P. Priollet

Compression et ulcères mixtes

**LA COMPRESSION EST ELLE CONTRE-INDIQUEE DANS LES ULCERES MIXTES
AVEC IPS < 0,6 ?**

Ces recommandations HAS reposent sur 1 étude :

Questionnaire envoyé à 154 chirurgiens Ecossais en 1987

portant sur le nombre d'ulcères ou de nécroses vus lors des 5 dernières années qui étaient considérés comme induits ou aggravés par une compression:

32 % des chirurgiens rapportaient au moins un accident de ce type

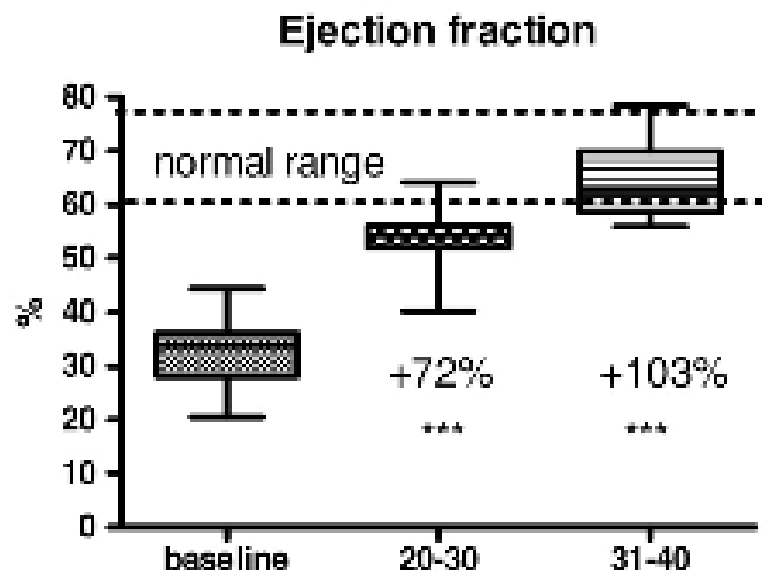
ni la sévérité de l'AOMI ni la force de la compression appliquée n'était précisées

Callam MJ, Ruckley CV, Dale JJ, Harper DR. Hazards of compression treatment of the leg: an estimate from Scottish surgeons. BMJ. 1987; 295: 1382-1385.

Compression et ulcères mixtes

LA COMPRESSION EST ELLE CONTRE-INDIQUEE DANS LES ULCERES MIXTES ?

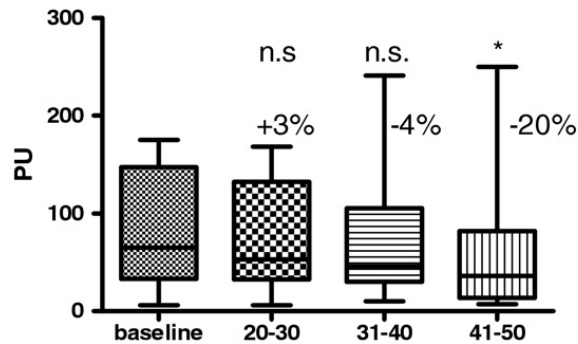
25 patients avec **ulcères mixtes** ($P^\circ \geq 60$ mmHg, PGO > 30 mmHg IPS entre 0,5 et 0,8)
compression par **bandage peu élastique 20-30, 31-40, 41-50 mmHg**



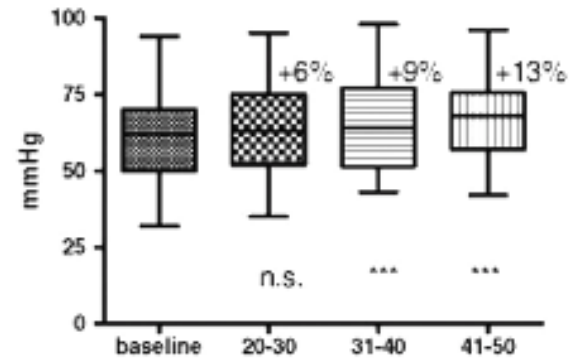
➔ La compression permet une augmentation de la fonction de pompe veineuse (pléthysmographie)

Mosti G, et al. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. J Vasc Surg 2012 Jan;55(1):122-8.

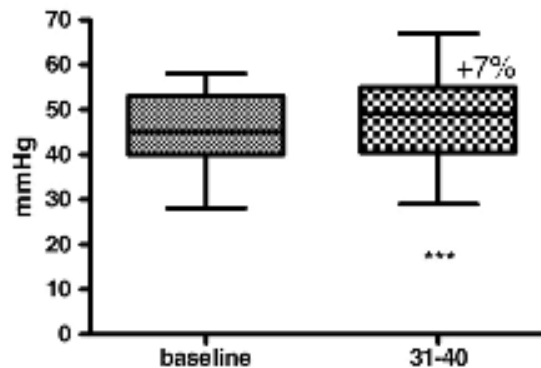
Laser Doppler flux distal to the bandages (toe)



Toe pressure



TcPO2



➔ La compression par bandes peu élastiques (<40 mmHg) pourrait également augmenter le flux artériel dans les ulcères mixtes avec IPS > 0,5

Mosti G, et al. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. J Vasc Surg 2012 Jan;55(1):122-8.

Compression et ulcères mixtes

- ➔ **IPS > 0,8 : autorise une compression forte**
- ➔ **IPS entre 0,5 et 0,8 : la compression peut être utilisée allégée, bande à étirement court (compression légère au repos) sous surveillance médicale et en informant le patient qu'en cas d'aggravation des douleurs le bandage doit être retiré.**
- ➔ **Attention aux patients diabétiques (PGO)**

Compression et ulcères mixtes

→ Précautions +++ lors de la pose de la compression



Compression et ulcères artériels



Compression et troubles trophiques

- ✓ OUI pour les ulcères veineux et les ulcères mixtes
- ✓ Laquelle ?
 - niveau de pression adapté à la perfusion artérielle
 - modalité de la compression la plus adaptée au patient (morphologie, compliance, pansement, mode de vie, tolérance...)