

Recommandations nord-américaines (2014) sur les ulcères veineux : que retenir ?

**Maxime CHAHIM
Hôpital Corentin - Celton .APHP**

**67^{èmes} Journées Internationales
Francophones d'Angéiologie 2015**



Ce rapport Nord Américain décrit globalement ce qui considèrent et retiennent comme

les bonnes pratiques diagnostiques

et thérapeutiques

dans la prise en charge des ulcères veineux.

Ce qui diffèrent peu de nos données et connaissances françaises et européennes.





La définition

Rappel anatomique



- perte de substance cutanée survenant dans une région soumise à une *augmentation de la pression veineuse* .
 - ***Rappel anatomique : nomenclature internationale***
- Sans tendance à la cicatrisation spontanée
 - Au moins d'un mois





Prévalence



- ulcères veineux de 1% de la population générale
- Prédominance féminine

-Elle concerne 1 à 2% de la population âgée de plus de 60 ans

3% de la population présentant une maladie veineuse chronique.

Entraine un coût majeur en terme de santé publique.

-
- Il n'y a ni registre ni de recensement systématique des ulcères de jambe.

225000 ulcères veineux

La femme est plus atteinte que l'homme (3 pour 1).



EVALUATION CLINIQUE



• *Classification CEAP*

Clinical*

- C₀ - No clinical signs
- C₁ - Small varicose veins
- C₂ - Large varicose veins
- C₃ - Edema
- C₄ - Skin changes without ulceration
- C₅ - Skin changes with healed ulceration
- C₆ - Skin changes with active ulceration

Etiology*

- E_C - Congenital
- E_P - Primary
- E_S - Secondary
(usually due to prior DVT)

Anatomy*

- A_S - Superficial veins
- A_D - Deep veins
- A_P - Perforating veins

Pathophysiology*

- P_R - Reflux
- P_O - Obstruction

“Early application of compression should be performed to correct swelling and progressive scarring and to initiate the healing process by improving the venous microcirculation.”

Kistner R. Specific Steps to Effective Management of Venous Ulceration. Supplement to Wounds June 2010.

*Fronek HS, Bergan JJ, et al. The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians. 2004. pg 151.

Clinical Classifications with examples



C₁ - telangiectasias or reticular veins



C₂ - varicose veins



C₃ - edema & corona



C₄ - lipodermatosclerosis and eczema



C₅ - ulcer scar



C₆ - active ulcer



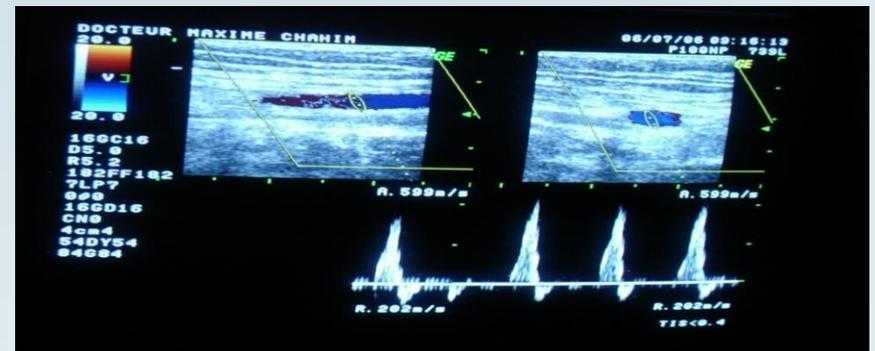
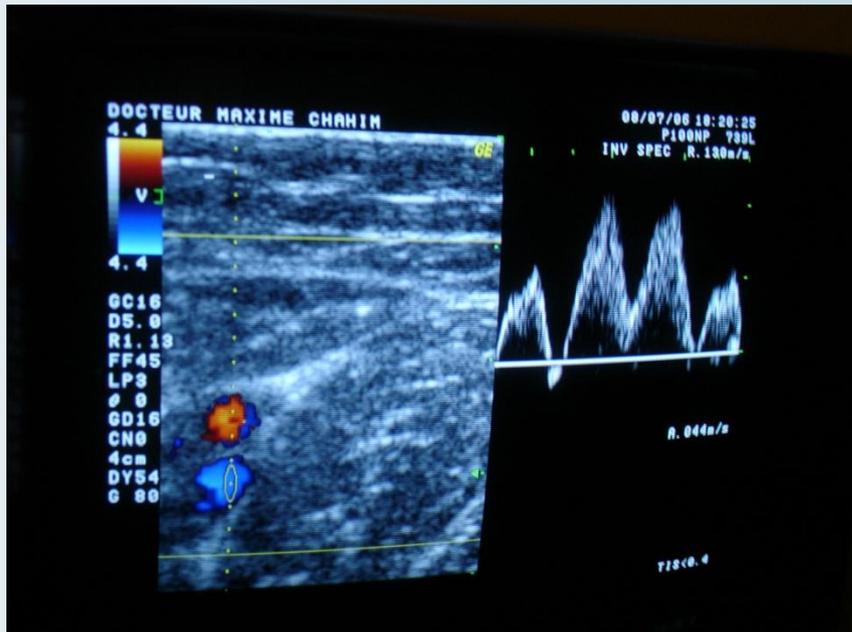
EVALUATION PARACLINIQUE



IPS

- Evaluation Echo-doppler artérioveineux.

- Ulcère veineux pure : IPS : 0,90-1,30
 - Ulcère mixte : entre 0,5 et 0,90
 - Ulcère artériel <0,5
-
- IPS<0.9 ACOMI
 - 0,8-0,9 ACOMI peu significative
 - >1,3 médicacalcose
 - ischémie critique <0,5





EVALUATION PARACLINIQUE



- **Biopsie cutanée** en l'absence d'évolution favorable en 4 à 6 semaines.

- « en cas de récurrence »,
- cancerisation,
- rebelle au traitement bien conduit

Etude prospective sur 150 ulcères de jambes rebelles à 3 mois de traitement optimal: dépistage précoce des carcinomes associés

Prévalence de 10%

P.Senet Malignancy and chronic leg ulcers. value of systematic wound biopsies.

Arch Dermatol 2012.





EVALUATION PARACLINIQUE



Prélèvement bactériologique en cas d'infection

Il est recommandé de ne pas réaliser de prélèvement bactériologique systématique des ulcères.....

- **Prélèvement en cas d'infection et pas des colonisations**

Ann Dermatol Vénérol 1997;124: 130_4

Ann Dermatol Vénérol 2000;127: 336_40





EVALUATION CLINIQUE ET PARACLINIQUE



- **Recherche de thrombophilie**

Evolution défavorable

chez les patients avec **antécédents de thrombose veineuse à répétition**

et **avec ulcères veineux de jambe récidivants** .

- Près de 40% des patients avec un ulcère veineux ont un trouble de la coagulation.
- Mackenzie RK, Ludlam CA, Ruckley CV, Allan PL, Burns P, Bradbury AW. The prevalence of thrombophilia in patients with chronic venous leg ulceration. *J Vasc Surg* 2002;35:718-22
- Un bilan d'hémostase se justifie de manière générale chez **tous les jeunes patients atteints d'un ulcère veineux ou chez les patients plus âgés ayant des antécédents personnels ou familiaux de thrombose**.
- Les principales anomalies retrouvées sont : la mutation du facteur V de Leiden, les anticorps lupiques et anticardiopline, les déficiences en protéines S, C et antithrombine et la mutation de la prothrombine G20210A.
- **L'hyperhomocystéinémie** est également très fréquente. Selon une récente étude, **40% des patients** auraient une hyperhomocystéinémie avec des taux sériques corrélés à la gravité de la maladie.
- Sam RC, Burns PJ, Hobbs SD, et al. The prevalence of hyperhomocysteinemia, methylene tetrahydrofolate reductase C677T mutation, and vitamin B12 and folate deficiency in patients with chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 2003;38:904-8.



LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX LA DÉTERSION



- la détersion et débridement : chimique , enzymatique ou mécanique indispensable .
- Favoriser les actions non traumatisantes et préparation du patient
- Anesthésie locale, loco-régionale ou générale en cas de lésions importantes de même que les débridements chirurgicaux si lésions étendues et nécrotiques

- **Analyse rétrospective, 312 744 ulcères ; 150 000 patients.**
- **-Plus les détersions sont rapprochées (< 1 semaine d'intervalle), plus délais de cicatrisation court.** *Wilcox JR. JAMA Dermatol 2013*



Détersion par des larves

- **Indication :**
- **Ulcères exsudatives chroniques, colonisés ,fibrineux....**

- **Contre indications**
- **Les plaies non exsudatives** : puisque les larves nécessitent un environnement humide pour leur croissance.
- **La proximité d'un gros vaisseau** doit rendre prudent avec le risque d'effraction de la paroi vasculaire par les enzymes digestifs larvaires.
- *Chan D, Fong D, Leung J, Patil NG, Leung G. Maggot debridement therapy in chronic wound care. Hong Kong Med J 2007;13(5):382-6.*

- **L'intérêt principal est la rapidité et l'importance de la détersion. 70% en 4 jours .**

- **sélectivité** de la détersion : tissus nécrosés, infectés, permet un respect du tissu sain sous jacent.

- *Kotb MM, Tantawi TI, Gohar YM et al. The medicinal use of maggots in the management of venous stasis ulcers and diabetic foot ulcers. Bull Alexandria Faculty Med 2002;38(2):205-14.*



Figure 3 : Larrey opérant sur le champ de bataille. Tableau de Charles-Louis Muller,



LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX

Place des antibiotiques.



- Si cellulite associée antibiothérapie. Si signes d'infections.
- Pas de prélèvements systématiques ni antibiothérapie.
- Antibiothérapie parentérale ou per os et non locale

- Per os ou IV, jamais par voie locale
- **Traitement des infections et pas des colonisations**
- Prise en charge d'un érysipèle:
 - - Pénicilline G (IV: 10 à 20 M/j) ou amoxicilline (PO: 3 à 4,5 g/j) ou Pyostacine (PO: 3 gr/j)
 - - 10 à 20 jours
 - Surveillance +++
 - Hospitalisation si diabète et/ou ischémie

Ann Dermatol Vénéréol 2000;127:336-40 Ann Dermatol Vénéréol 1997; 124:360-4



LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX PANSEMENTS LOCAUX INTERFACES



HAS 2006

- **Maintien d'un climat humide et chaud**, absorption des exsudats, protection de la peau péri-ulcéreuse
- Agents protecteurs, hydratant ou dermocorticoïdes, **éviction des AINS**
- Toutes phases confondues : **hydrocolloïdes**
- Déterision : **alginates**, **hydrogels**
- Bourgeonnement **interfaces**, **hydrocellulaires**
- Epidémisation : **interfaces**, **hydrocolloïdes**
- **Données de la littérature**
- **Consensus formalisé (accord fort)**
- Peau fragile: interface
- Plaie hémorragique: alginates
- Plaies malodorantes: charbon



LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX GREFFES DE PEAU



- Greffes de peau : si absence de cicatrisation et ulcère important.
- Mais souvent échec
- Non en première intention.
- *des ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse résistants aux traitements conventionnels depuis **plus de 6 mois** ou de **surface > 10 cm²**.*
- Les seules greffes ayant fait la preuve de leur efficacité **sont les peaux artificielles**, non disponibles actuellement en France. Les autres types de greffes n'ont pas fait l'objet d'essai comparatif randomisé.

HAS 2006



LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX
LA COMPRESSOTHERAPIE
NON NÉGOCIABLE GRADE 1A



- Monocouches ou multicouches.
- Préférer un traitement multicouche
-
- Dépistage de l'ACOMI (artériopathie chronique obstructive des membres inférieurs) IPS < 0,5
-
- Proposition de compression pneumatique intermittente si mode classique impossible.

- Préférer une compressothérapie à pression de repos quasi nulle .
- Ou multicouche





**LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX
LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE
VASTE DESCRIPTION ET RECOMMANDATIONS CHIRURGICALES**



- Au nombre de 17
 - IVS stade 6
 - IVS stade 5
 - IVS stade 2 en prévention
 - IVS superf post thrombotique
 - IV profonde post-thrombotique
- Le grand absent la sclérothérapie

Résultats visibles après sclérothérapie échoguidée



Prise en charge : sclérothérapie+ compressothérapie





Le bilan nutritionnel



- **Evaluation alimentaire** : problèmes de malnutrition.
-
- « Nous recommandons une évaluation de l'alimentation chez tous les patients présentant un ulcère veineux de jambe avec des signes de malnutrition et qu'une supplémentation soit instaurée si la malnutrition est confirmée »

-
-
- Préalbumine, Ferritine, Ac folique, Vit B12...CRP
-
- ***Vitamine C***
- 42 patients versus 37 témoins >65 ans,
- même centre
- ***Déficit sévère :5.4% Moderé78,4%***

Lazarethl.JMV2007;3é:96-9



Traitement par phlébotoniques et vasodilatateurs . + traitement compressif



Pour les ulcères veineux de jambe très anciens ou de grande taille, nous recommandons un traitement par ***pentoxifylline*** en association **avec le traitement compressif (Grade 1.B)**

- ***La pentoxifylline*** est un complément efficace au bandage de compression pour le traitement des ulcères veineux.
- La majorité des effets indésirables ont été des troubles gastro-intestinaux.
- Effet anti-thrombotique et fibrinolytique.
- ***Jull AB, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD001733. DOI: 10.1002/14651858.CD001733.pub3***
-
-



Traitement par phlébotoniques + traitement compressif



Pour les ulcères veineux de jambe très anciens ou de grande taille, nous recommandons un traitement fraction purifiée micronisée flavonoïde en association **avec le traitement compressif (Grade 1.B)**

-
- ***l'accélération et l'importance de l'amélioration des symptômes*** grâce au traitement par la ***FFMP*** lorsque celle-ci est prescrite en ***association au traitement local et à la compression*** chez les patients souffrant d'***ulcères veineux chroniques***.
- ***Plus efficaces Si*** ***Ulcères :***
 - ***d'une taille inférieure ou égale à 10 cm***
 - ***datant de moins de 12 mois***
- ***Bénéfice thérapeutique de la fraction flavonoïde micronisée purifiée dans le traitement des symptômes associés aux ulcères de jambe veineux : une méta-analyse***
- ***10.1002/14651858.CD001733.pub3 . P.-D. Coleridge-Smith ^[1], C. Lok ^[2], A.-A. Ramelet ^[3]***

Kinésithérapie



Nous suggérons l'exercice physique supervisé pour améliorer la fonction musculaire du mollet et réduire la douleur et l'œdème chez les patients avec ulcères veineux de jambe



Etude australienne : 12 semaines/ auto-rééducations. 44 patients/témoins /60 ans réduction de 20% de la taille des ulcères

- *Testing the effectiveness of a self-efficacy based exercise intervention for adults with venous leg ulcers: protocol of a randomised controlled trial.*
- [O'Brien JA1, Finlayson KJ, Kerr G, Edwards HE.](#)
- [BMC Dermatol. 2014 Oct 3;14:16. doi: 10.1186/1471-5945-14-16.](#)
- Mobilisations des articulations tibio-tarsiennes ;Prévention des fléxums des genoux.



La prévention primaire



- Prévention et traitement de l'IVS
- Traitement compressif
- Traitement des TV (HBPM/AVK) erreur d'évaluation HBPM > AVK
- Education et informations des patients .
- Chirurgie des varices .

- **Traitement des dysmorphies plantaires /podologique.**
- *Foot static disorders : a major risk factor of CVD ? Uhl J.F, Gillot C., Chahim, M. Phlebology 2012, 27 :13-18.*
- *Compression versus inner sole for venous patients with foot static disorders: a prospective trial comparing symptoms and quality of life. Uhl J.F, Chahim M. Allaert FA. Phlebology 2013 DOI: 10.1177/0268355513505508*
- **L'absent de marque la sclérothérapie .**



CONCLUSION

le tiercé GAGNANT



- 1- Soins locaux : **detersions, milieu humide....**
- 2* **Comprésothérapie efficace inamovible de préférence.....+mobilisation de l'ATT (cheville) la marche**
- 3* **Prise en charge de l'IVS : Sclérothérapie/chirurgie si possible (sujet physiologiquement âgé)**



Prise en charge : sclérothérapie+ compressothérapie

