

ORDONNANCE

CONSEIL

IATROGENIE

Les ulcères de jambe veineux

Evaluez vos connaissances

	VRAI	FAUX
1 L'ulcère de jambe peut survenir à la suite d'une plaie minime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 L'ulcère de jambe est le plus souvent d'origine veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pour traiter l'ulcère veineux, la compression doit être portée seulement jusqu'à cicatrisation de la plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Les bandes de compression sont indiquées en début de traitement car plus facile à poser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Les hydrogels sont utilisés dans les plaies très exsudatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Les antiseptiques sont indiqués lorsqu'on suspecte une surinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Il faut encourager les exercices musculaires comme la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses page 15

SOMMAIRE

PRESCRIPTION A LA LOUPE 2

Un patient âgé avec une plaie au pied

Par Vanessa Bloch, maître de conférences en pharmacie clinique, faculté de pharmacie Paris-5, et Marie-Claude Guelfi, pharmacien chef à l'hôpital Sainte-Périne, Paris

PATHOLOGIE 6

Les ulcères de jambe veineux en 6 questions

Par Christine Julien, pharmacienne, en collaboration avec Olivier Dereure, dermatologue au CHU de Montpellier et responsable du DU « Plaies et cicatrisations » de Montpellier

THERAPEUTIQUE 8

La prise en charge de l'ulcère de jambe veineux

Par Chrystelle Rey, pharmacien hospitalier au CHU de Grenoble

Point de vue

Par le D^r Sylvie Meaume, dermatologue-gériatre, présidente de la SFFPC 13

CONSEILS AUX PATIENTS 14

Par Christine Julien, pharmacienne

DOCUMENTEZ-VOUS 15

CE QU'IL FAUT RETENIR 16

Un patient âgé avec une plaie au pied

Ce que vous savez du patient

► Monsieur A., 77 ans, est un fidèle client de l'officine. Depuis une quinzaine de jours, il présente une plaie derrière la malléole interne du pied gauche après avoir heurté une chaise. Monsieur A. n'a pas prêté attention à cette blessure. Sa femme, ancienne infirmière à la retraite, inquiète devant cette plaie qui ne guérit pas, le pousse à prendre rendez-vous avec son médecin traitant.

Ce que lui a dit son médecin

► Les soins de cette plaie sont spécifiques : désinfection avec la Bétadine puis application de gel recouvert d'un pansement. Celui-ci doit être changé tous les trois jours. Madame A. se chargera de faire les pansements dans un premier temps. Mais le médecin a précisé qu'en cas de difficulté, monsieur A. devait sans hésiter reprendre contact avec lui afin qu'il fasse une prescription pour qu'une infirmière vienne à domicile. Il veut revoir son patient dans 15 jours. Si la plaie n'est pas cicatrisée, il adressera alors monsieur A. à un spécialiste.

Ce dont le patient se plaint

► Monsieur A. pense que sa femme panique pour un petit bobo qui ne lui fait, par ailleurs, pas mal du tout. Il trouve que ce sont des soins bien compliqués pour pas grand chose.

DÉTECTION DES INTERACTIONS

► Il n'y a pas d'interaction entre les différents produits prescrits.

ANALYSE DES POSOLOGIES

Les posologies ne posent pas de problème particulier. Il faut insister sur le renouvellement régulier du

pansement, mais tous les trois jours seulement.

AVIS PHARMACEUTIQUE Stratégie thérapeutique

► La coprescription d'hydrogel et d'un pansement hydrocolloïde extramince est tout à fait logique dans certains types de plaie chronique. L'hydrogel hydrate et ramollit les

zones de nécrose sèche ou draine la fibrine sèche pour déterger la plaie. En recouvrant ce gel par un pansement hydrocolloïde occlusif, l'humidité est maintenue. La transparence du pansement permet un contrôle visuel de la plaie.

► D'après les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS, juin 2006), un ulcère de jambe est défini comme une plaie de la jambe ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois. Le délai de 15 jours est trop court pour poser le diagnostic mais la suspicion est grande. Le médecin a donc prescrit à Monsieur A. des pansements spécifiques pour la prise en charge d'une plaie chronique et lui a donné rendez-vous dans 15 jours pour faire le point. Il y a une forte probabilité pour que la plaie de monsieur A. soit un ulcère d'origine veineuse. En effet, cette étiologie (de loin la plus fréquente parmi les autres types d'ulcère) peut être évoquée chez monsieur A. en raison de son âge, de la localisation malléolaire de sa plaie, de l'absence de douleur et de son obésité : son IMC est de 30.

► Dans la prise en charge des plaies chroniques (par opposition aux plaies aiguës), il est aujourd'hui admis qu'une colonisation bactérienne est normale et qu'il ne faut



D^r Gérard Latour
Généraliste

15 mars 2007

35 rue des Tilleuls
26000 Valence
Tél. : 08 25 15 12 41
26 1 99999 8

Monsieur A.,
77 ans, 85 kg 1,68 m

Désinfecter avec Bétadine sol. dermique
Duoderm Hydrogel tube de 15 g
Duoderm Extra-Mince 10 x 10,
1 boîte de 16
Changer le pansement tous les 3 jours

Traitement pour 15 jours

autres par chèque est accepté.



J.-P. GLATIGNY/MSANU

pas s'opposer à celle-ci. L'antiseptique (Bétadine) prescrit dans le cadre d'une plaie chronique peut déséquilibrer la flore en sélectionnant les germes les plus résistants. Par ailleurs, cet antiseptique par son pouvoir oxydant cytotoxique va détruire les cellules et facteurs de croissance qui favorisent la cicatrisation.

En revanche, il n'y a pas lieu de s'enquérir d'une éventuelle réaction antérieure d'intolérance à des produits de contraste iodé ou à des fruits de mer. Il n'y a pas d'allergie croisée avec un produit iodé en application locale.

Intervention pharmaceutique

► La prescription de Bétadine qui ne semble pas justifiée sur l'ordonnance de monsieur A. mérite donc un appel au prescripteur. Celui-ci, joint par téléphone, précise qu'il a voulu prendre en considération un éventuel risque infectieux. Il propose de diluer la Bétadine dermique au tiers, de la faire couler sur la plaie et de rincer soigneusement après application. Cette opération s'effectue à chaque changement de pansement. Il ajoute qu'il craint que monsieur A. ne souffre d'un ulcère débutant.

► Dans cette situation d'attente de

diagnostic, le premier but recherché est de ne pas nuire. La simple prescription d'un pansement gras, non adhésif (type Jelonet) et recouvert par une compresse, ou encore d'un pansement type Urgotul Duo qui réunit les deux composants (interface + compresse), le tout maintenu par une bande type Nylex, aurait pu être un meilleur choix.

► Par ailleurs, le médecin laisse à l'épouse de monsieur A. le soin d'effectuer les changements de pansement dans un premier temps. Le pharmacien doit insister pour que le couple fasse appel à une infirmière à la moindre difficulté.

SUIVI DU TRAITEMENT

► L'expérience montre que les délais de cicatrisation sont réduits lorsque les pansements sont réalisés par une personne qualifiée.

► Il est par ailleurs tout à fait justifié que le médecin surveille l'évolution de la plaie au bout de 15 jours et qu'il propose alors une orientation vers un spécialiste : il peut s'agir d'un généraliste qui s'est spécialisé dans ce domaine ou d'un angiologue (qui a le mérite de pratiquer les écho-Doppler), d'un phlébologue ou d'un dermatologue qui s'investit dans la prise en charge des plaies chroniques,

Les médicaments prescrits

Bétadine dermique 10 % (Povidone iodée)

Antiseptique local de la famille des oxydants.

- Indiqué dans l'antiseptie des plaies ou brûlures superficielles et peu étendues.
- Mode d'emploi : s'utilise pur (en badigeonnage de la peau) ou dilué. Pour le lavage des plaies, diluer la solution au 1/10 avec de l'eau ou du sérum physiologique stérile. Pour l'irrigation des plaies, dilution à 2 %.

Duoderm hydrogel tube de 15 g

- Hydrocolloïde dispersé dans un gel à forte teneur en eau. Produit stérile.

- Propriétés : hydratation, désincrustation des débris nécrotiques ou fibrineux. Maintient l'humidité.

- Indiqué dans le ramollissement des zones de nécrose (plaque noire) et dans la détersion des plaies chroniques fibrineuses et /ou nécrotiques.

- Modalité d'emploi : Duoderm hydrogel doit être renouvelé en cas d'écoulement. En moyenne, il est recommandé de le renouveler tous les 3 jours ou à chaque changement de pansement (au moins tous les 7 jours).

Duoderm Extra-Mince 10 x 10 cm

- Pansement hydrocolloïde stérile constitué d'une couche externe en polyuréthane imperméable aux bactéries et aux liquides, et d'une couche interne adhésive à base d'hydrocolloïde (carboxyméthylcellulose).

- Indiqué dans le recouvrement des plaies peu exsudatives chroniques (ulcères, escarres) ou aiguës (brûlures légères, abrasions, lacérations, plaies postopératoires).

- Modalité d'emploi : ne doit pas rester en place plus de 7 jours.

ou encore d'un médecin exerçant dans une consultation hospitalière soit de médecine vasculaire, soit de plaies chroniques (présentes plus souvent dans les hôpitaux gériatriques).

► Si cette plaie ne guérit pas dans les 15 jours, il faudra en identifier la cause (veineuse et/ou artérielle) et pour cela des explorations complémentaires seront nécessaires (écho-Doppler veineux, index de pression systolique, pouls périphériques...). Les facteurs de risque associés (HTA, tabagisme, hypercholestérolémie, obésité) seront recherchés

CONTACTER LE MEDECIN

La prescription d'un antiseptique ne semble pas justifiée. Le médecin conseille de l'utiliser dilué et de bien le rincer.

une prescription à la loupe

et pris en charge. L'évaluation de l'état nutritionnel par la mesure de l'albuminémie est également systématique : l'ulcère comme toute plaie chronique entraîne un hypercatabolisme provoquant une augmentation des besoins nutritionnels de base, notamment en protéines. Un apport insuffisant est un obstacle à la cicatrisation.

CONSEILS AU PATIENT

À la demande du médecin, Monsieur A. doit penser à vérifier dans son carnet de vaccination qu'il est bien protégé contre le tétanos.

Vis-à-vis du traitement

Le pharmacien doit prendre du temps pour expliquer à M. et M^{me} A. comment utiliser et appliquer les différents produits prescrits.

Ces références répondent en effet à un mode d'emploi très précis qu'il faut impérativement respecter sous peine d'agresser la peau périlésionnelle : l'hydrogel peut ramollir les berges de la plaie et ralentir la cicatrisation, et l'adhésif du pansement extramine est susceptible d'être traumatisant au moment du retrait du pansement.

Bétadine dermique

► Pour une dilution au tiers, mettre la valeur d'un demi-flacon de Bétadine dermique dans 125 ml d'eau du robinet. Il suffit de faire couler cette solution sur la plaie en mettant un récipient sous le pied puis de rincer avec de l'eau tiède.

► Il faut insister sur trois points : bien rincer la Bétadine, jeter la solution diluée de Bétadine restant après utilisation et ne pas utiliser un autre antiseptique en raison du risque d'incompatibilité entre antiseptiques. Un flacon de Bétadine correspond à deux changements de pansement. Donner le nombre de flacons nécessaire.

► Une fois ouverte, la Bétadine dermique se conserve 1 mois à

l'abri de la chaleur.

Duoderm Hydrogel

► Il faut appliquer une couche d'au moins 0,5 cm directement sur la plaie. L'hydrogel doit être placé strictement sur la plaie sans déborder sur la peau périlésionnelle, qui peut en effet être ramollie par l'hydrogel. La macération qui en résulte ne peut que retarder la cicatrisation.

► Un tube entamé peut se conserver une semaine à condition de bien le refermer après utilisation.

Duoderm Extra-Mince

► Le pansement doit dépasser d'au moins 3 cm les berges de la plaie. Comme le médecin a prescrit une taille 10 x 10, cela signifie que la plaie mesure moins de 4 cm de diamètre. Il convient de s'assurer que la taille du pansement correspond à celle de la plaie.

► Pour faciliter le retrait du pansement sans abîmer la peau périlésionnelle, il est conseillé de ne pas décoller le pansement verticalement mais de casser la masse adhésive en étirant le pansement

parallèlement à la plaie.

Renouvellement du pansement

► Le médecin a prescrit un renouvellement tous les trois jours. Il faut néanmoins indiquer au patient que si le gel coule et déborde du pansement, celui-ci doit être changé sans attendre ce délai. L'ancien pansement retiré, le gel restant doit être éliminé avec la solution de Bétadine diluée puis la plaie rincée abondamment à l'eau tiède. Aucune trace de l'antiseptique ne doit persister pour ne pas nuire à l'efficacité du pansement. Le pourtour de la plaie sera ensuite séché – par exemple à l'aide d'une compresse stérile, pour garantir la bonne adhérence du Duoderm Extra-Mince.

Reconsulter dans 15 jours

Monsieur A. ne doit pas prendre cette plaie à la légère et doit impérativement revoir son généraliste au bout de 15 jours. Si le diagnostic de l'ulcère est posé une compression au long cours devra être envisagée. ⁿ

INDEX DE PRESSION SYSTOLIQUE (IPS)




Rapport de la pression au bras sur la pression à la cheville.

POULS

PERIPHERIQUES

La présence des pouls poplités et pédieux confirme que l'ulcère n'a pas de composante artérielle.

Réalisation des pansements

Bétadine dermique		Pansement à changer tous les trois jours ou plus souvent si exsudats importants
Duoderm Hydrogel		
Duoderm Extra-Mince		
Diluer la Bétadine dermique au tiers et faire couler cette solution sur la plaie. Rincer à l'eau tiède et sécher. Appliquer Duoderm Hydrogel sur la plaie sans déborder. Recouvrir du pansement Duoderm Extra-Mince.		

Les ulcères de jambe veineux en 6 questions

L'ulcère de jambe se définit comme une perte de substance cutanée chronique sans tendance spontanée à la cicatrisation et intéressant l'épiderme, le derme et éventuellement l'hypoderme. Par « chronique », on entend une plaie qui n'a pas cicatrisé 1 mois après son apparition. Plus ou moins étendue, elle siège le plus souvent sur le tiers inférieur de la jambe.

LES CHIFFRES

- ▶ Ulcère : 1 à 2 % des plus de 60 ans.
- ▶ Ulcère d'origine veineuse ou mixte à prédominance veineuse : 70 % des ulcères de jambe.
- ▶ La fréquence de la pathologie augmente avec l'âge.
- ▶ Sex-ratio : 1,2 à 2 femmes pour un homme.
- ▶ Age médian des patients : 70 à 75 ans.

VARICES

Dilatation permanente d'une veine, siégeant en général au niveau du réseau superficiel des membres inférieurs. Le diamètre est supérieur à 3 mm en position debout.

COMMENT SE FORME UN ULCÈRE ?

L'ulcère apparaît souvent après un traumatisme même minime.

L'ulcère veineux

Un ulcère veineux pur est lié à une hyperpression veineuse à la marche : en station debout immobile, la pression sanguine au niveau du pied est d'environ 90 mmHg aussi bien chez l'insuffisant veineux que chez le sujet normal. A la

marche, elle descend normalement à moins de 30 mmHg : c'est la pression veineuse ambulatoire ou PVA. En cas d'obstacle sur la voie de retour et en cas de reflux, la PVA reste supérieure à 30 mmHg. Le risque d'ulcère est d'autant plus élevé que la PVA est élevée.

▶ **Les causes de l'hyperpression :** cette hyperpression peut être secondaire à un reflux dans les veines superficielles (varices) et/ou à un reflux ou une obstruction dans les

veines profondes (insuffisance valvulaire primitive ou syndrome post-thrombotique associé ou non à une obstruction des veines profondes) et/ou à une déficience de la pompe musculaire du mollet (paralysie, amyotrophie, raideur de la cheville).

▶ **Les conséquences de l'hyperpression :** elle conduit à des anomalies de la microcirculation (microangiopathies cutanées) dont la physiopathologie est mal élucidée. Conséquences : modifications biochimiques et hémodynamiques avec stase vasculaire, production de radicaux libres, apparition d'un manchon leucocytaire puis fibreux autour des petits vaisseaux. Les échanges gazeux et nutritionnels sont ainsi gênés entre les vaisseaux et les cellules, conduisant à une ischémie progressive et à la disparition des cellules les plus superficielles.

Intérêt de l'index de pression systolique

L'index de pression systolique (IPS) est le rapport entre la pression systolique mesurée en un site du réseau artériel du membre inférieur (cheville) et la pression systolique brachiale (artère humérale). L'index de pression systolique oriente vers l'étiologie veineuse ou artérielle de l'ulcère. Il diagnostique une artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) sous-jacente, susceptible d'expliquer ou d'aggraver l'ulcère, et permet d'adapter le traitement (contention veineuse).

- ▶ une valeur d'index de pression systolique comprise entre 0,9 et 1,3 signe en général un ulcère veineux pur,
- ▶ un taux compris entre 0,7 et 0,9 correspond à un ulcère mixte à prédominance veineuse.

L'IPS permet aussi d'adapter le traitement. Un IPS supérieur à 0,8 autorise une compression à haut niveau de pression (30 à 40 mmHg à la cheville). En cas d'IPS inférieur à 0,9 ou supérieur à 1,3 (artères incompressibles, chez le sujet âgé ou diabétique notamment), un écho-Doppler artériel est réalisé pour confirmer l'artériopathie et la compression doit être allégée (moins de 30 mmHg).

En pratique : la mesure de l'index de pression systolique bras-cheville peut être réalisée à l'aide d'un Doppler de poche au cabinet du médecin généraliste ou, à l'occasion du bilan veineux, par un écho-Doppler.

L'ulcère mixte à prédominance veineuse

Il s'agit d'un ulcère de mécanisme préférentiellement veineux associé à une artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) modérée – qui n'explique pas à elle seule la symptomatologie. Il se rencontre surtout chez les personnes âgées où pathologies veineuses et artérielles s'associent fréquemment.

QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES ?

- ▶ **Localisation :** l'ulcère veineux

siège le plus souvent au niveau de la cheville, de 2,5 cm sous la malléole jusqu'au tiers inférieur du mollet. Le plus souvent unique, il peut aussi être multiple et gagner une partie de la jambe.

► **Aspect** : l'ulcère veineux est habituellement superficiel, exsudatif, aux bords irréguliers. La peau péri-ulcéreuse est fréquemment le reflet des complications cutanées de la maladie sous-jacente : veines réticulaires, couronne phlébectasique, varices, eczéma, hyperpigmentation, atrophie blanche, dermite ocre. Aucun de ces signes ne suffit cependant à lui seul à déterminer l'origine veineuse d'un ulcère. Des signes d'insuffisance veineuse (œdème) sont parfois retrouvés. Un aspect fibrineux, sale, peut évoquer une possible surinfection.

► **Douleur** : les ulcères veineux sont dits non ou peu douloureux, mais certaines études prouvent le contraire.

COMMENT SE FAIT LE DIAGNOSTIC ?

Il repose sur un examen clinique, et des examens complémentaires.

► **L'examen clinique** détermine les caractéristiques de l'ulcère et de la peau péri-ulcéreuse, évalue les conditions circulatoires générales (pouls périphériques, varices, facteurs de risque vasculaire, auscultation des artères des membres et du cou) et le degré de handicap moteur (ankylose de la cheville, gonarthrose).

► **Les examens complémentaires** sont constitués par la mesure de l'index de pression systolique et par la réalisation d'un écho-Doppler veineux qui confirme le diagnostic d'insuffisance veineuse en précisant le mécanisme (reflux et/ou obstruction) et la topographie. Réalisé chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs, il est complété par un écho-Doppler artériel en cas de suspicion d'atteinte artérielle.

► **Éléments orientant vers une origine veineuse de l'ulcère** : des antécédents personnels ou familiaux de varices, de thrombose veineuse profonde et/ou superficielle, d'embolie pulmonaire, de traumatisme important ou de chirurgie des membres inférieurs ou d'ulcère veineux.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

Ils se confondent avec ceux de la pathologie sous-jacente responsable : antécédents personnels et familiaux d'ulcère ou de thrombose veineuse, existence d'un obstacle mécanique ou néoplasique au retour veineux, maladies hématologiques modifiant la rhéologie (viscosité) sanguine. La surcharge pondérale et la sédentarité sont également des facteurs favorisants.

QUELLE EST L'ÉVOLUTION ?

Sous réserve d'un traitement étiologique et local bien conduit, un ulcère survenant sur un terrain d'insuffisance veineuse essentielle (d'origine souvent familiale) guérit favorablement en quelques semaines. L'ulcère postthrombotique est plus rebelle et récidive fréquemment, parfois sur des dizaines

d'années (l'ulcère est dit « invétéré »).

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ?

► **Surinfection** : un ulcère peut se surinfecter, notamment s'il est de grande taille et/ou présent depuis plus d'un an. La prévention du tétanos est de rigueur.

► **Lésions ostéoarticulaires** : elles peuvent aboutir à l'ankylose de la cheville, d'autant plus fréquemment que le patient est âgé et que les douleurs sont intenses.

► **Des dermatites et des traumatismes cutanés** voire d'authentiques dermatites de contact allergique peuvent survenir en cas d'utilisation d'antiseptique pur ou en mélange, ou être favorisées par l'emploi répété de topiques locaux (baume du Pérou, lanoline, néomycine, éosine, Biafine, colophane...). Des adhésifs sur une peau fragilisée ou une contention mal posée peuvent causer de nouvelles lésions.

► **Cancérisation** : rare mais non exceptionnelle (0,3 à 0,7 %). Elle doit être évoquée devant certains signes : chronicité malgré un traitement bien conduit, apparition de douleurs, bourgeonnement excessif.

► **Autres** : phlébite, lymphangite, hémorragie (rupture bénigne

VEINES

RETICULAIRES

Veines sous-dermiques bleutées, dilatées, sinueuses, d'un diamètre de 1 à 3 mm

COURONNE

PHLEBECTASIQUE

Signe précoce d'insuffisance veineuse chronique. Disposition en éventail de nombreuses petites veines intradermiques.

ATROPHIE BLANCHE

Petit infarctus cutané lié à l'occlusion d'une artériole. Lésion cutanée localisée, blanchâtre, étoilée, atrophique.

DERMITE OCRE OU DERMITE PIGMENTÉE PURPURIQUE

Pigmentation rouge-brun liée à l'extravasation des hématies dans le derme sous l'effet de l'hyperpression veineuse.

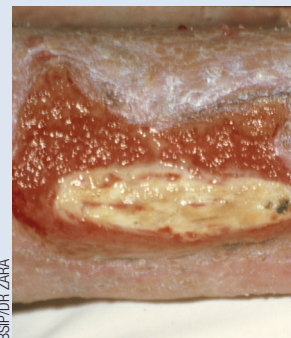
Plaies ulcéreuses



Ulcer veineux avec peau périphérique macérée et dermite ocre.



Ulcer veineux partiellement détergé avec dermite ocre périphérique.



Ulcer mixte avec tendon visible.

La prise en charge de l'ulcère de jambe veineux

Le traitement repose avant tout sur la prise en charge de la pathologie vasculaire à l'origine de la formation de l'ulcère. Le traitement local de la plaie avec des soins et des pansements adaptés s'y associe.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Il vise à corriger les troubles hémodynamiques veineux à l'origine de l'ulcère pour favoriser la cicatrisation et prévenir le risque de récurrence.

Compression veineuse

► **Objectif** : la compression veineuse permet de lutter contre l'œdème et l'insuffisance veineuse en limitant le reflux par un effet mécanique. L'objectif est d'obtenir une diminution des pressions veineuses à la marche et en orthostatisme. Elle doit être portée de façon définitive pour prévenir les récurrences. Un haut

niveau de compression est nécessaire, entre 30 et 40 mmHg à la cheville (classe 3 à 4), dans la mesure où le patient la supporte. En cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) associée, la compression doit être inférieure à 30 mmHg. Si nécessaire, elle peut être obtenue en superposant des bas ou des bandes à faible niveau de pression (les pressions s'additionnent). La pression appliquée est dégressive depuis la cheville jusqu'au haut de la jambe.

► **En pratique** : la compression peut être appliquée 24 heures sur 24 ou du lever, avant de mettre le pied par

terre, jusqu'au coucher. Dans le premier cas, la préférence va aux bandes peu élastiques à étirement court, bien tolérées la nuit. La pression exercée par les bandes élastiques à étirement long est plus importante. Les bandes sont souvent recommandées en début de traitement car plus facilement ajustables du fait de la présence du pansement ou d'un œdème. Les orthèses tubulaires (Tubulcus, inscrit sur la LPPR) sont spécifiquement indiquées dans le traitement de l'ulcère veineux. Elles assurent une compression constante de 30 à 40 mmHg, non ajustable contrairement aux bandes, mais présentant l'avantage d'une mise en place plus facile par le patient (références avec enfileur). Par la suite, une fois la pathologie stabilisée, le choix peut se porter vers des bas, plus esthétiques.

► **La compression multicouche** : en cas d'utilisation de bandes, la superposition de plusieurs d'entre elles de même nature ou de nature différente, est considérée actuellement comme la plus efficace et doit être préférée à une compression monocouche (recommandations HAS, juin 2006).

Dans tous les cas, le système de compression choisi, sa facilité de mise en place et l'observance du patient sont déterminants pour la réussite du traitement. En cas de mauvaise observance, l'adaptation de la technique de pose et/ou un niveau de pression plus faible peuvent être proposés par le médecin.

Les différentes méthodes de compression

Produits	Caractéristiques	Utilisation
Bandes peu élastiques à étirement court		
Medica 315 (coton) Flexidéal Somos standard...	Étirement inférieur à 120 % de la taille initiale Exercent une pression basse au repos qui augmente au cours de l'activité musculaire	Bien tolérées la nuit. Compression 24 h/24 possible
Bandes élastiques à étirement long		
Dupraflex Forte Veinopress Force 3 Flexobande Forte Biflex 17...	Étirement supérieur à 120 % de la taille initiale Exercent une pression au repos et lors de l'activité musculaire	Difficilement tolérées la nuit. Compression du lever au coucher. Une bande de 4 mètres assure un bandage jusqu'au pli de flexion du genou dans la majorité des cas
Bas élastiques de compression		
Venoflex Sigvaris Varisma...	Superposition des bas possible	En relais de la bande une fois la pathologie stabilisée (disparition de l'œdème et plaie refermée)
Kit multicouche		
- Profore 18-25 : circonférence de cheville inférieure à 25 cm - Profore 25-30 : circonférence de cheville inférieure à 30 cm	Kit constitué d'une interface et de 3 ou 4 bandes de compression à superposer	Protection de la plaie à l'aide de l'interface ou de tout autre pansement prescrit. Maintien possible durant 7 jours Mise en place par une infirmière ou une personne qualifiée

Source : HAS, OCP.

Chirurgie

La sclérothérapie et la chirurgie veineuse superficielle (ligature, crossectomie ou stripping) peuvent être associées à la compression veineuse pour faciliter la cicatrisation de l'ulcère et prévenir sa récurrence. L'objectif est de supprimer les points de reflux au niveau de la ou des veines responsables.

La crossectomie présente l'avantage de pouvoir être réalisée chez le patient âgé sous anesthésie locale. Le recours à la chirurgie veineuse profonde (valvuloplastie, pontage veineux...) est indiqué dans les cas d'ulcères non cicatrisés ou récidivants malgré une compression veineuse efficace.

Traitement médicamenteux

La pentoxifylline (Torental), vasodilatateur périphérique, peut être utilisée hors AMM (recommandations HAS, juin 2006) à une posologie de 1 200 ou 2 400 mg par voie orale ou intraveineuse, en complément de la compression veineuse ou lorsque celle-ci est impossible. Les principaux effets indésirables (nausées, diarrhées) sont modérés.

Les veinotoniques et l'aspirine n'ont pas montré d'efficacité dans la cicatrisation des ulcères veineux.

Mesures associées

► **Exercice physique et kinésithérapie** : l'objectif est de lutter contre l'atrophie musculaire et d'entretenir la mobilité des chevilles et des pieds pour stimuler la pompe veineuse musculaire. Marcher plusieurs fois par semaine est souhaitable.

► **La prise en charge des comorbidités associées est primordiale** : diabète, HTA, maladie articulaire, dénutrition ou surcharge pondérale.

► **Vaccination antitétanique** : elle doit être systématiquement vérifiée. En cas de doute, le patient sera revacciné.

► **Douleurs** : l'origine de la douleur doit être recherchée : œdème, eczéma, irritation liée au panse-

ment, douleurs liées aux soins... Le recours aux antalgiques par voie générale, en respectant les paliers habituels, peut être nécessaire. Anxiolytiques ou antidépresseurs peuvent être associés.

TRAITEMENT LOCAL DE LA PLAIE

Le pansement a pour rôle de maintenir un milieu humide, d'absorber l'excès d'exsudat et de protéger la plaie d'infections secondaires.

Les pansements disponibles

Les hydrogels

Essentiellement composés d'eau, ils renferment aussi d'autres composants : de la CMC, un alginate et parfois de la pectine (pouvoir absorbant) ou du propylène-glycol (action sur la viscosité). Ils sont à la fois absorbants et hydratants. Ils doivent être recouverts d'un pansement secondaire peu absorbant pour que la phase aqueuse imbibent la nécrose. Ils existent sous forme de compresses, de plaques ou de gel.

Les hydrocolloïdes

Ils sont composés de carboxyméthylcellulose (CMC) sodique. Au contact des exsudats la CMC forme un gel, souvent malodorant, qui va maintenir un milieu chaud et humide favorable à la cicatrisation. Les hydrocolloïdes adhèrent sur la peau saine mais non sur la peau lésée. Les produits fins absorbent moins les exsudats car ils sont plus minces. En revanche, ils sont transparents pour une meilleure visualisation de la plaie. Les hydrocolloïdes ne doivent pas être utilisés sur une plaie infectée.

Les hydrocellulaires

Ils sont constitués d'une mousse de polyuréthane permettant l'absorption des exsudats et maintenant un environnement humide, perméable aux échanges gazeux et imperméable aux bactéries. Contrairement aux hydrocolloïdes, ils ne se délitent pas au contact de la plaie et

Mise en place d'une bande de compression

La mise en place des bandes est plus complexe que celle des bas. Elle doit être expliquée aux patients et être, si nécessaire, effectuée par une infirmière.

► Position allongée prolongée avant la mise en place.

► Protection, si nécessaire, de certaines zones (crêtes tibiales, malléoles...), notamment chez les personnes dénutries, ou protection du pansement lui-même par des compresses de mousse (Elastomousse, Coussins Varico n° 0 à 5 et Plaque-mousse NN à découper...).

► Application d'un étirement constant de la bande pour avoir un gradient de pression qui diminue de la cheville vers le genou. Les références étalonnées aident au positionnement correct de la bande : impression d'un rectangle à étirer en carré (bande Biflex) ou d'un ovale à étirer en cercle (Dupraflex). Plus le chevauchement est important, plus la compression est forte.

► Port de chaussures à pointure adaptée.

► Respecter la fréquence de renouvellement des bandes selon les recommandations du fabricant.

ne dégagent pas d'odeur désagréable. Les formes compresses adhèrent à la peau saine mais non à la plaie. Ils ne doivent pas être utilisés sur des plaies infectées.

Les alginate

Ce sont des extraits d'algues marines très absorbants (10 à 15 fois leur poids) et aux capacités hémostatiques. Ils détergent la plaie et « contrôlent » la prolifération bactérienne par piégeage physique. Ils sont parfois associés à de la CMC. Ils ne se délitent pas dans la plaie et le retrait est non douloureux. Ils ne doivent pas être utilisés sur des plaies peu suintantes ou sèches.

Les hydrofibres

Les hydrofibres sont des hydrocolloïdes particuliers dont le seul repré-

CROSSECTOMIE OU STRIPPING

Ablation chirurgicale par incision au niveau de la jambe d'une partie de la veine saphène interne.

SCLEROTHERAPIE

Injection dans une veine d'un agent spécifique pour obstruer de manière définitive la veine concernée.

sentant est Aquacel. En fibre de CMC absorbant 30 fois son poids, il a une capacité d'absorption supérieure aux alginates et est donc indiqué dans les plaies très exsudatives où il se transforme en gel.

Les pansements au charbon

Le charbon est un absorbant des bactéries et des odeurs. Se présentant sous forme de compresses de taille variable, le charbon est recouvert d'une enveloppe de non-tissé, non adhérente à la peau. Ces pansements sont indiqués dans les plaies infectées ou malodorantes.

Les pansements à l'acide hyaluronique

L'application d'acide hyaluronique (constituant de la matrice extracellulaire du derme) sous forme de crèmes ou de pansements vise à faciliter la prolifération et la migration cellulaire pour stimuler les plaies à cicatrisation difficile.

Les pansements gras neutres et interfaces

Ce sont des tulles ou des interfaces qui drainent les exsudats grâce aux corps gras qui imprègnent le tissu (généralement de la vaseline). Les formulations impré-

gnées d'antiseptiques ou d'antibiotiques sont à proscrire. De même, il faut éviter les produits allergisants comme la lanoline, le baume du Pérou, la colophane... Les interfaces, dont le maillage est plus fin, ont pour intérêt de ne pas adhérer à la plaie.

Les films dermatiques (ou films polymères)

Ce sont des produits en polyuréthane transparents permettant un contrôle visuel de la plaie. Imperméables aux liquides et aux bactéries, ils favorisent le maintien de l'humidité mais ne sont pas absorbants. Non adhérents à la plaie, ils s'utilisent en pansement primaire ou secondaire.

Les pansements à l'argent

Ils sont constitués d'argent pur (Acticoat) ou associé à d'autres actifs : du charbon (Actisorb Plus Ag), un hydrofibre (Aquacel Ag), un alginate (Askina Calgitol Ag) ou encore de l'acide hyaluronique (Ialuset Plus). L'argent présente une action antibactérienne à large spectre. Les pansements à l'argent sont utilisés dans les plaies souillées ou à risque d'infection. En outre, ils stimulent la cicatri-

sation en favorisant notamment la réépithélialisation.

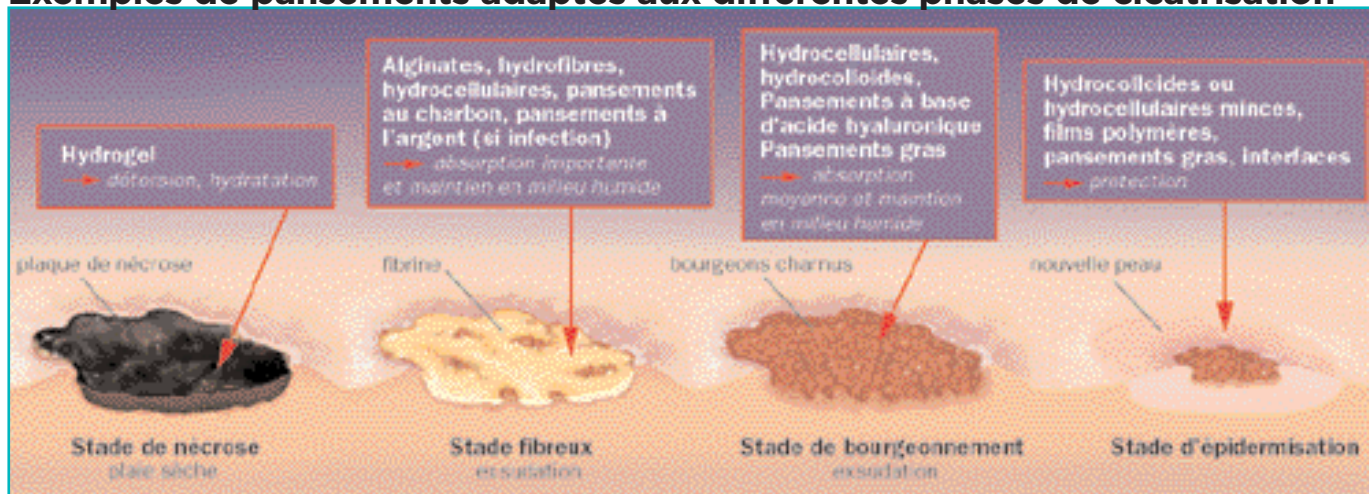
Les pansements à l'ibuprofène

Ils sont recommandés en cas de plaies douloureuses (Biatain-Ibu). La présence de signes inflammatoires est une contre-indication à leur emploi et ils ne doivent pas non plus être utilisés s'il y a un risque d'infection.

LA STRATÉGIE DE TRAITEMENT

La cicatrisation de l'ulcère passe par plusieurs phases successives. Le type de pansement et le rythme de changement dépendent du stade de l'ulcère et doivent donc être régulièrement réévalués. Le pansement d'un ulcère infecté, suintant ou nécessitant une déter-sion active doit être effectué quotidiennement. Au stade détergé et bourgeonnant, le pansement est laissé en place généralement plusieurs jours et changé à saturation. Il est préférable qu'il soit réalisé par une infirmière : les délais de cicatrisation sont augmentés quand le pansement est effectué par le patient ou par son entourage.

Exemples de pansements adaptés aux différentes phases de cicatrisation



Toute plaie évolue en plusieurs phases, parfois associées sur différentes zones. Le pansement doit être adapté au fur et à mesure de l'évolution de la plaie, en particulier en fonction de la quantité des exsudats.

Les différents types de pansements utilisés dans l'ulcère de jambe veineux

Composition	Exemples de produits	Propriétés/indications	Utilisation	Précautions d'emploi/contre-indications (CI)
HYDROGELS				
– Gel constitué d'eau ou de NaCl, isotonique de CMC* ou d'alginate, contenant au moins 75% d'eau – Existents sous forme de plaques translucides, compresses imprégnées ou gels	Askina Gel, Duoderm Hydrogel, Hydroclean Active, Hypergel, Intrasite Gel, Intrasite Conformable, Normigel, Nugel, Purilon Gel, Urgo Hydrogel	– Favorisent la détersion naturelle par ramollissement de la nécrose et hydratation de la plaie – Indication : plaies fibrineuses, sèches ou nécrotiques	Recouvrir d'un pansement secondaire (film polymère ou hydrocolloïde mince).	– Eviter l'association à un pansement très absorbant – Ne dispense pas d'une détersion mécanique – CI : plaies infectées ou très exsudatives
HYDROCOLLOÏDES				
– Couche interne absorbante de polymères de CMC – Existents sous forme de pansements ou de pâtes	Algoplaque HP, Algoplaque Film, Askina Biofilm, Comfeel Plus, Duoderm E, Duoderm Extra-Mince, Duoderm Signal, Sureskin, Suprasorb H, Urgomed	– Favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation de la plaie – Indication : plaies exsudatives	Utilisation possible comme pansement secondaire.	– Les plaques minces sont réservées aux plaies peu exsudatives – Risque de mauvaises odeurs – Risque de macération des berges de la plaie – CI : plaies infectées
HYDROCELLULAIRES				
Couche centrale de mousse très absorbante + couche externe semi-perméable (+/- adhésif)	Allewyn, Askina Transorbent, Askina Thinsite, Askina Touch, Biatain Ulcère, Biatain Contact, Cellosorb, Combiderm, Mepilex, Permafoam, Suprasorb P, Tielle	– Bon pouvoir absorbant – Indication : plaies exsudatives	Utilisation possible comme pansement secondaire.	CI : plaies infectées ou plaies sèches
ALGINATES/ALGINATES + CMC				
– Polysaccharides naturels extraits d'algues +/- CMC* – Existents sous forme de mèches ou de compresses	Algostéril, Askina Sorb, Seasorb, Sorbalgon, Urgosorb	– Fort pouvoir absorbant et pouvoir hémostatique – Indication : plaies bourgeonnantes, exsudatives à très exsudatives ou hémorragiques	Si besoin, humidifier les mèches au sérum physiologique lors de la pose et lors du retrait (sauf si exsudats très importants). Recouvrir d'un pansement secondaire non absorbant	– Utilisation possible sur les plaies infectées – CI : plaies nécrotiques ou sèches
HYDROFIBRES				
Fibres non tissées de CMC* se transformant en gel au contact des exsudats	Aquacel	– Fort pouvoir absorbant – Indication : plaies avec exsudats importants	Recouvrir d'un pansement secondaire	CI : plaies nécrotiques ou sèches
PANSEMENTS AU CHARBON				
Maille contenant du charbon actif +/- compresse absorbante	Alione, Askina Carbosorb, Carboflex, Carbonet	– Adsorbent les bactéries et limitent les mauvaises odeurs – Indication : plaies infectées et/ou malodorantes	Peut servir de pansement secondaire	Si plaie peu exsudative, appliquer un pansement gras sous le pansement au charbon
PANSEMENTS À BASE D'ACIDE HYALURONIQUE				
– Acide hyaluronique – Existents sous forme de compresses imprégnées, crèmes, mèches	Effidia, Hyalofill F, laluset	– Stimulent le bourgeonnement et l'épidermisation – Indication : plaies à cicatrisation difficile	Recouvrir d'une gaze stérile puis d'un bandage	CI : antécédent d'allergie à l'acide hyaluronique
PANSEMENTS GRAS ET INTERFACES				
Gaze de coton, tissu de viscose ou tulle de polyester enduit de vaseline	Adaptic, Hydrotul, Jelonet, Mepitel, Physiotulle, Tulle gras Solvay, Urgotul, Vaselitulle	– Non absorbants, maintiennent l'humidité et favorisent le bourgeonnement – Indication : plaies bourgeonnantes et peu exsudatives	Appliquer sur la plaie puis recouvrir d'une compresse puis d'un adhésif ou d'une bande	– CI : Plaies très exsudatives
FILMS POLYMÈRES				
Film de polyuréthane enduit d'un adhésif hypoallergénique	Askina Derm, Dermafilm, Hydrofilm, Opsite, Suprasorb F, Tegaderm	– Transparents, souples et semi-perméables – Aucun pouvoir d'absorption – Favorisent l'épidermisation	Utilisation possible comme pansement secondaire des hydrogels ou alginates ou pansement primaire pour les plaies superficielles non exsudatives	CI : plaies exsudatives

* CMC : carboxyméthylcellulose

Changer les pansements selon la quantité d'exsudats (3 à 7 jours maximum).

Les formes non adhésives sont recommandées si la peau périphérique est endommagée ou fragile.

thérapeutique

Le nettoyage

La plaie est nettoyée à chaque changement de pansement avec de l'eau ou du sérum physiologique. Les antiseptiques locaux ne doivent pas être utilisés ou nécessitent d'être rincés soigneusement au sérum physiologique ou à l'eau, sous peine de détruire l'écosystème bactérien nécessaire à la cicatrisation. L'utilisation d'antibiotiques locaux est à proscrire en raison du risque de sélection de souches bactériennes résistantes et d'allergie de contact.

La détersion

La détersion a pour objectif l'élimination des débris fibrineux et/ou nécrotiques.

La détersion mécanique est réalisée à la curette, au bistouri ou au ciseau sous couvert d'une prémédication par antalgiques ou anesthésiques locaux (crème Emla lidocaïne-prilocaine) à appliquer 30 minutes à 1 heure avant les soins, généralement par l'infirmière. Elle est complétée par la détersion chimique due aux pansements.

Les pansements utilisés

Les hydrogels permettent la détersion des zones sèches, nécrotiques (plaie à prédominance noire) ou fibrineuses (plaie à prédominance jaune). Ils favorisent leur ramollissement.

Si la plaie est exsudative, on a recours selon le cas aux hydrocolloïdes, aux hydrocellulaires, aux alginates ou aux hydrofibres. Les alginates ou hydrofibres peuvent être associés à des hydrocellulaires dans les plaies très exsudatives.

Le bourgeonnement

Cette phase se caractérise par l'apparition d'un aspect granuleux rouge vif au fond de l'ulcère. L'objectif est de protéger le tissu de granulation, en maintenant un environnement humide favorable au bourgeonnement de la peau et en évitant le risque de macération.

Les pansements utilisés

A ce stade, la plaie étant souvent moins exsudative, on emploie des hydrocolloïdes ou des hydrocellulaires en plaque mince, en diminuant la fréquence de changement des pansements. Les pansements gras, les interfaces et les pansements à l'acide hyaluronique sont également utilisés.

L'épidermisation

L'épidermisation qui achève la cicatrisation est favorisée par l'application des mêmes pansements que ceux utilisés en phase de bourgeonnement ou par l'application de films polymères pour maintenir la plaie humide.

En cas de signes cliniques d'infection (inflammation, douleur, exsudat purulent, fièvre...), des prélèvements bactériologiques sont réalisés et le recours à une antibiothérapie

par voie générale est la règle (oxacilline, macrolides).

Les autogreffes cutanées, qui utilisent la peau du sujet lui-même, sont indiquées pour les ulcères résistant aux traitements conventionnels ou les ulcères de grande taille. Elles peuvent être réalisées à tous les stades de la cicatrisation.

PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

► La greffe de peaux artificielles associant du collagène bovin et des éléments cellulaires favorisant la cicatrisation a montré son efficacité mais elle n'est pas disponible à ce jour en France.

► L'amélioration de la correction des anomalies circulatoires à l'origine de la pathologie ulcéreuse et l'accélération du processus de cicatrisation restent des voies de recherche ouvertes pour l'avenir.

point de vue

« Porter la compression de façon définitive »



D^e SYLVIE MEAUME
Dermatologue, gériatre, présidente de la Société française et francophone des plaies et cicatrisations.

Quel est le rôle du pharmacien ?

Il a un rôle important à jouer dans l'observance, la prévention des récurrences mais aussi d'alerte. Tout traumatisme chez une personne âgée qui n'évolue pas favorablement en une semaine doit être montré au médecin. Un ulcère de jambe diagnostiqué suffisamment tôt peut guérir rapidement. Reste ensuite à convaincre le patient que la compression, qui est le traitement de l'ulcère, doit être portée de façon définitive. Il faut l'encourager, lui donner des conseils et assurer un suivi.

Les antiseptiques ou antibiotiques locaux peuvent-ils être recommandés en cas de suspicion de surinfection ?

Certainement pas de façon systématique. Les recommandations actuelles sur le traitement de l'ulcère de jambe ne vont pas dans ce sens. Si on craint une surinfection, il faut laver plus souvent la plaie à l'eau et au savon, augmenter la fréquence de changement des pansements, favoriser la détersion de la plaie. Eventuellement, une antibiothérapie orale sera prescrite s'il existe des signes généraux

(érysipèle). L'usage d'un antibiotique local comme l'Antibiotulle doit être oublié en raison du risque de sélection des germes, de son efficacité incertaine et de fréquentes manifestations allergiques. La crainte d'un risque infectieux peut amener à prescrire un pansement à l'argent, produit qui limite la prolifération bactérienne sans créer d'allergie ni de sélection de germes, mais on attend encore le résultat des études contrôlées randomisées apportant la preuve de leur efficacité.

conseils aux patients

Inciter les patients à consulter

► Le dépistage précoce de l'insuffisance veineuse et la mise en place des moyens de lutte contre cette pathologie (mesures hygiéno-diététiques et port d'une compression adaptée au stade de l'insuffisance) peuvent éviter l'apparition des ulcères.

► Les thromboses veineuses profondes induisent un ulcère de jambe dans un délai moyen de 5 ans chez environ 1 patient sur 10. Ceci justifie le port d'une contention adaptée, dans un but préventif, après une phlébite.

► 50 à 60% des patients porteurs d'ulcères de jambe évolutifs se soigneraient eux-mêmes sans recourir aux structures sanitaires. Or, la cicatrisation n'est souvent obtenue qu'au prix d'une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse impliquant parfois divers acteurs (généraliste, dermatologue, angiologue, infirmier, kiné...).

Prévenir les récurrences

► Dans la grande majorité des cas, les récurrences sont le fait d'une surveillance médicale insuffisante, souvent par découragement du patient. L'éducation des patients est essentielle pour améliorer la compliance au long cours et la qualité de la compression, d'autant que la cicatrisation de l'ulcère est parfois difficile à obtenir voire impossible.

► Recommander les mesures hygiéno-diététiques classiques : éviter la station debout prolongée, la position assise jambes pendantes, les bains chauds et les changements brutaux de température. Insister pour se reposer jambes surélevées, en plaçant si possible le membre atteint au-dessus du plan cardiaque, lutter si nécessaire contre la surcharge pondérale.

► La prévention des traumatismes et le traitement précoce de toute plaie (eczéma, érosions par bandes

ou adhésifs) sont primordiaux.

► Encourager la mobilité et les exercices musculaires qui favorisent les mouvements de la cheville, notamment la marche et la natation une fois la plaie cicatrisée (30 minutes de marche, à un bon rythme, trois fois par semaine est recommandé).

► La dénutrition est un obstacle à la bonne cicatrisation d'un ulcère. Demander s'il n'y a pas eu de perte de poids et veiller à des apports alimentaires équilibrés. Les apports protidiques doivent être suffisants : 1 g par kg de poids corporel. Une dénutrition nette ou sévère (albumine inférieure à 30 ou 35 g) doit être compensée par une supplémentation. Une personne avec surcharge pondérale peut avoir des apports protidiques insuffisants.

Rechercher la douleur

La douleur est généralement maximale le matin au lever, en fin de journée ou après détersion. Une douleur à type de brûlure, de lancement est fréquente et peut être particulièrement invalidante pour la bonne continuation des activités. Demander au patient s'il souffre et à quel moment afin de renseigner les soignants. Le recours aux antalgiques peut être nécessaire.

Informé sur la compression

La compression est l'arme essentielle de la prise en charge de l'ulcère veineux. Un port correct est associé à un taux de non-récurrence de 90 %, alors que le non-respect se traduit par une récurrence de 97 % à 6 mois !

Expliquer le rôle de la compression au patient et lui rappeler que ce traitement, contraignant et peu esthétique, est aussi important que le pansement lui-même.

En cas de port intermittent, la compression doit être mise en place tous les matins avant de mettre le pied par terre. Préconiser si besoin de protéger la peau

avec une bande en coton (type Velpeau), proposer des matériaux de comblement (Elastomousse, Cousins Varico...). Expliquer qu'il faut s'habituer à la compression : mieux vaut une compression moins forte au début pour s'y habituer. Elle sera resserrée par la suite, souvent d'ailleurs à la demande du patient lui-même.

Si le patient met sa compression lui-même, il faut l'inciter à faire vérifier par une personne qualifiée sa bonne mise en place au cours de la journée. Orienter vers une superposition de contention 2 sur une contention 1 si le port d'une classe 3 est mal supportée.

Valider le choix du pansement

Lors de la délivrance des pansements, s'assurer qu'ils sont toujours adaptés au stade de cicatrisation de la plaie.

Informé de la nocivité des antiseptiques locaux et des pansements adhésifs sur une peau déjà fragilisée. Conseiller au patient de prendre soin de la peau de ses jambes et l'inciter à protéger la peau périulcéreuse : proposer d'appliquer du cérat de Galien ou du cold-cream en cas de sécheresse cutanée.

Une peau inflammatoire nécessite toujours un avis médical car il peut s'agir d'un eczéma ou d'un érysipèle.

Encourager la kinésithérapie

L'ulcère veineux à tendance à s'entourer d'une zone d'inflammation chronique et de fibrose pouvant entraîner le blocage de l'articulation de la cheville. Le patient marche alors de moins en moins souvent. Le fonctionnement de la pompe du mollet diminue tandis que la stase veineuse s'accroît. C'est la kinésithérapie qui permet de déverrouiller l'articulation de la cheville. n

documentez-vous



LES LIVRES

L'ulcère de jambe chez la

personne âgée

Par Sylvie Meaume, Clélia Debure, Isabelle Lazareth et Luc Téot, collection « Pathologie Science Formation », éditions John Libbey Eurotext, 2002.

Écrit par d'éminents spécialistes des plaies chroniques et de l'ulcère de jambe – ils ont participé aux groupes de travail, de lecture et d'organisation de la dernière conférence de consensus sur la prise en charge de l'ulcère veineux de la Haute Autorité de santé –, ce livre décrit dans une première partie la démarche rigoureuse clinique pour déterminer l'étiologie de l'ulcère avant d'aborder la thérapeutique. La clarté des explications, la richesse des conseils et l'abondante iconographie permettent d'avoir une vision globale de l'ulcère de jambe, dans un livre pourtant destiné aux cliniciens.



SITES INTERNET

www.sffpc.org

La Société française et francophone des plaies et cicatrisations (SFFPC), fondée en 1996, regroupe des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des plaies aiguës ou chroniques. Elle organisera en janvier 2008 la Journée nationale de la plaie.

Outre un calendrier recensant tous les prochains congrès et formations sur les plaies, on trouve également sur le site Internet des informations sur les DU « Plaies et cicatrisations ». Une base de connaissance permet d'accéder à de nombreuses informations sur les ulcères, les escarres, les brûlures, la contention élastique, le pied du diabétique ou encore les différents types de pansements disponibles.



DOCUMENT

« Prise en charge de l'ulcère

de jambe à prédominance veineuse hors pansement »

www.has-sante.fr

La Haute Autorité de santé a édité en juin 2006 un dossier sur la prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement (téléchargeable sur le site). Il aborde des recommandations professionnelles sur la prise en charge médicale (hors soins locaux) et chirurgicale de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse. Sont recensés, entre autres, les éléments de diagnostic, les méthodes de compression, la chirurgie, la prise en charge de la douleur, de l'infection, la prévention des récurrences... En annexe figurent des indications sur les modalités pratiques de mise en place d'une compression (bandes et bas).

Evaluez vos connaissances 1. vrai ; 2. vrai ; 3. faux ; 4. vrai ; 5. faux ; 6. faux ; 7. vrai.

NOUVEAUTÉ

Pour aller plus loin sur www.moniteurpharmacies.com

- ▶ une fiche de conseils pour vos patients
- ▶ un test d'auto-évaluation en 10 questions
- ▶ et toujours tous nos « Cahiers Formation » et leur bibliographie sur notre site

Chaque « Cahier Conseil » est systématiquement relu avant parution par un membre du comité scientifique du « Moniteur des pharmacies ».

COMITE SCIENTIFIQUE : Jean-Luc Audhoui, pharmacien d'officine (Versailles) et membre de l'Académie nationale de pharmacie ; Geneviève Chamba, professeur de pharmacologie (Lyon) ; Jean-Pierre Dupeyron, ex-maître de conférences en pharmacie clinique, praticien hospitalier (Paris-V) ; Thérèse Dupin-Spriet, maître de conférences en pharmacie clinique (Lille) ; Jeanne Elie, pharmacienne adjointe (Verneuil-sur-Seine) ; Jean-Marie Gazengel, secrétaire général du Collège français des pharmaciens et conseillers maîtres de stage, maître de conférences en chimie thérapeutique (Caen) ; Jacques Labescat, médecin généraliste (Nogent-sur-Marne) ; Arnaud Lecerf, pharmacien adjoint (Sucy-en-Brie) ; Robert Pujol, pharmacien d'officine (Saint-Béat), président de la formation continue de Midi-Pyrénées ; Denis Richard, praticien hospitalier (Poitiers) ; Claire Sevin, pharmacienne d'officine (Clamart) ; Michel Vaubourdolle, pharmacien biologiste des hôpitaux (Paris) ; Vivien Veyrat, pharmacien adjoint (Gargenville), professeur associé (Paris-XI) ; Patrick Wierre, pharmacien d'officine (Jeumont), professeur associé (Lille).

le Moniteur
des pharmacies

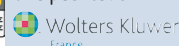
1, rue Eugène-et-Armand-Peugeot,
92856 Rueil-Malmaison Cedex
www.moniteurpharmacies.com

ÉDITEUR : Groupe Liaisons SA, au capital de 6 400 000 €
1, rue Eugène-et-Armand-Peugeot,
92856 Rueil-Malmaison Cedex

- Directeur général : Fabrice Deschamps
- Directeur de la publication : Jean-Paul Novella
- Directeur de l'Infocentre pharmacie : Gilles Braud, pharmacien
- Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas.
- N° de la commission paritaire : 0607 T 81808
- Dépôt légal : à parution.
- ISSN : 0026-9689 • Prix du numéro : 6,64 €
- Tarif annuel (48 numéros + 3 hors-séries) :
- France : 210 € (titulaires) - Etudiants : 99 €
- Etranger : 276 € (par avion : 337 €)
- DOM-TOM par avion : 271 €.



Une publication





Ce qu'il faut retenir

► L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée chronique sans tendance spontanée à la cicatrisation.

► Les ulcères de jambe d'origine veineuse sont principalement liés à une insuffisance veineuse.

► L'index de pression systolique, rapport entre la pression systolique à la cheville et la pression

systolique brachiale, oriente le diagnostic : étiologie veineuse pure ou existence d'une composante artérielle (artériopathie oblitérante des membres inférieurs).

► Le traitement repose sur une compression à haut niveau (supérieure à 30 mmHg) en l'absence de composante artérielle et dans la mesure où le patient la supporte. Elle doit être

portée de manière définitive. En cas d'utilisation de bandes, la compression par bandage multicouche est recommandée.

► La cicatrisation de la plaie fait appel aux différents types de pansements disponibles. Les recommandations actuelles excluent les antiseptiques et antibiotiques locaux.

Délivreriez-vous ces ordonnances ?

Ordonnance 1

Docteur Frédéric Pierre

Médecin généraliste
5, boulevard Fontaine
25000 Besançon
Tél. : 03 41 29 75 78
25 1 99999 8
Sur rendez-vous

Le 4 janvier 2007
M. Albert D.,
60 ans, 75 kilos

Diprosone crème : appliquer sous les genoux, sur les parties rouges, la crème 1 fois par jour pendant 8 jours, puis, les jours pairs, pendant 8 jours, puis les lundi, mercredi et vendredi pendant 8 jours.

Biatain : appliquer sur l'ulcère, Biatain non adhésif 10 x 10, traitement pour 1 mois.

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Ordonnance 2

Docteur Annick Lateur

Médecin généraliste
5, avenue de la Paix
55800 Neufchâteau
Tél. : 03 41 29 75 78
55 1 99999 8
Sur rendez-vous

Le 21 février 2007
M^{me} Joséphine P.,
85 ans, 69 kilos

Traitement pour 3 semaines
Appliquer sur l'ulcère infecté du sérum physiologique stérile puis Suprasorb P.

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Ordonnance 1 : OUI. Mais l'imprécision de la prescription quand il s'agit d'un pansement est malheureusement très fréquente (et ceci par opposition à la prescription du dermocorticoïde). Ce sera donc au pharmacien de donner toutes les informations qui manquent, même si ce pansement est réalisé par une infirmière : maintien de Biatain Ulcère par un pansement secondaire, changement du pansement dès que l'exsudat atteint le bord du pansement (ou au maximum au bout de 7 jours),

nettoyage de la plaie à l'eau savonneuse ou au sérum physiologique... Vérifier que le patient porte une bande de compression (si ulcère veineux).

Ordonnance 2 : OUI. Mais le médecin n'a précisé ni le modèle de Suprasorb qu'il désirait (adhésif ou non adhésif), ni la taille. Dans le cas d'un ulcère la peau périlésionnelle est très souvent fragilisée. Mieux vaut délivrer le modèle non adhésif.