



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Prise en charge de l'ulcère de jambe
à prédominance veineuse
hors pansement**

Recommandations

juin 2006

Service des recommandations professionnelles
Service évaluation économique et santé publique

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en juin 2006.

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé – 2006

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS.....	4
I. INTRODUCTION.....	4
I.1. Champ de la recommandation	4
I.2. Demandeur	4
I.3. Cibles	4
I.4. Méthode	4
I.5. Gradation des recommandations.....	5
II. DÉFINITION.....	5
III. ÉPIDÉMIOLOGIE ET CHARGE DE LA MALADIE	5
IV. DIAGNOSTIC.....	5
IV.1. Recherche d'arguments en faveur d'une origine veineuse.....	5
IV.2. Recherche d'arguments en faveur d'une AOMI associée.....	6
IV.3. Examens complémentaires	7
V. TRAITEMENT	8
V.1. Compression.....	8
V.2. Chirurgie.....	9
V.3. Place des techniques alternatives à la chirurgie.....	11
V.4. Ulcères mixtes	11
V.5. Traitement médicamenteux	11
V.6. Mesures associées	11
V.7. Greffes	12
V.8. Douleur	12
V.9. Infection.....	12
VI. PRÉVENTION DES RÉCIDIVES.....	13
VII. MODES DE PRISE EN CHARGE STRUCTURÉE.....	13
ANNEXE 1. MODALITÉS PRATIQUES DE MISE EN PLACE D'UNE COMPRESSION	14
ANNEXE 2. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	16
MÉTHODE	17
PARTICIPANTS	19
FICHE DESCRIPTIVE.....	22

RECOMMANDATIONS

Abréviations

- AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- IPS : index de pression systolique

I. INTRODUCTION

I.1. Champ de la recommandation

Les recommandations concernent la prise en charge des ulcères veineux ou à prédominance veineuse.

Les questions abordées sont :

- la **définition** d'un ulcère veineux ou à prédominance veineuse ;
- l'**épidémiologie** et la **charge de la maladie** ;
- les **signes cliniques et paracliniques** permettant de diagnostiquer un ulcère veineux ou à prédominance veineuse ;
- le **traitement étiologique** des ulcères à prédominance veineuse (compression, chirurgie, techniques de destruction veineuse non chirurgicales, traitements médicamenteux) ;
- les précautions à prendre en cas d'**artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) associée** ;
- les **mesures associées** (kinésithérapie, mesures d'hygiène de vie).

L'analyse de la littérature médicale et médico-économique concernant ces questions est consultable sur le site de la HAS à l'adresse www.has-sante.fr dans la partie « argumentaire ».

Les recommandations n'abordent pas :

- les ulcères mixtes à prédominance artérielle (IPS < 0,7) ;
- les soins locaux ;
- la prise en charge de l'insuffisance veineuse en dehors du contexte de l'ulcère ;
- la place des cures thermales ;
- les malformations veineuses congénitales ;
- les spécificités de la prise en charge en médecine du travail.

I.2. Demandeur

Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Société française de chirurgie vasculaire.

I.3. Cibles

Ces recommandations sont destinées aux professionnels de santé prenant en charge des ulcères des membres inférieurs. Sans que la liste soit limitative, elles sont susceptibles d'intéresser, parmi les médecins, les médecins généralistes, les médecins vasculaires, les dermatologues, les chirurgiens vasculaires, les internistes, les gériatres, les radiologues et les médecins de médecine physique, et, parmi les professionnels paramédicaux, les infirmières, les kinésithérapeutes ainsi que les auxiliaires de vie et les aides soignantes.

I.4. Méthode

Ces recommandations ont été réalisées selon la méthode RPC décrite dans le guide « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » (1999), disponible à l'adresse www.has-sante.fr. Cette méthode est fondée sur l'analyse explicite de la littérature et sur la prise en compte de l'avis des professionnels concernés par le thème au sein d'un groupe de travail multidisciplinaire.

I.5. Gradation des recommandations

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1), tels les essais cliniques comparatifs randomisés sans biais majeur, les méta-analyses d'essais randomisés, les analyses de décision basées sur des études de niveau 1.

Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), par exemple essais comparatifs randomisés comportant des biais, méta-analyses de méthodologie critiquable, études comparatives non randomisées bien menées ou études de cohorte.

Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme les études cas-témoins (niveau de preuve 3) ou les séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence de publications fiables, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

II. DÉFINITION

Un ulcère veineux pur est défini (accord professionnel) comme une plaie de la jambe :

- ne cicatrisant pas depuis **plus d'un mois** (sauf en cas de récurrence où le diagnostic peut être porté sans attendre ce délai) ;
- dont la **physiopathologie est une hyperpression veineuse ambulatoire** qui peut être secondaire :
 - à des reflux dans les veines superficielles, perforantes ou profondes,
 - et/ou à une obstruction dans les veines profondes,
 - et/ou à une déficience de la pompe musculaire du mollet ;
- pour laquelle il n'existe **pas de participation artérielle**.

L'ulcère mixte à prédominance veineuse est défini comme un ulcère de mécanisme préférentiellement veineux, mais s'accompagnant d'une AOMI modérée qui n'explique pas à elle seule la présence de l'ulcère.

III. ÉPIDÉMIOLOGIE ET CHARGE DE LA MALADIE

La prévalence de l'ulcère à prédominance veineuse en France n'a pas été évaluée. Les études de prévalence ont été réalisées à l'étranger et utilisaient des définitions de l'ulcère veineux variables d'une étude à l'autre. À titre indicatif, les prévalences rapportées sont comprises entre 0,045 % et 0,63 %. La prévalence augmente avec l'âge (0,1 % pour les patients âgés de moins de 60 ans ; 0,4 % pour les patients de 60 à 70 ans ; plus de 2 % pour les patients de plus de 80 ans). La maladie est plus fréquente chez les femmes (sex ratio M/F : 1/1,6), même si cette prédominance s'atténue dans les études ajustées sur l'âge.

La charge de la maladie est importante pour l'ensemble des pays occidentaux. En France, cette question n'a pas été évaluée.

IV. DIAGNOSTIC

IV.1. Recherche d'arguments en faveur d'une origine veineuse

IV.1.1. Patients à risque

Il est recommandé, chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs, de rechercher les antécédents pouvant orienter le diagnostic étiologique vers une origine veineuse partielle ou exclusive (accord professionnel) :

- antécédents personnels ou familiaux de varices traitées ou non ;

- antécédents de thrombose veineuse profonde et/ou de thrombose veineuse superficielle et/ou d'embolie pulmonaire. Ces antécédents peuvent être personnels ou familiaux, documentés ou simplement suspectés ;
- antécédents personnels de traumatisme important ou de chirurgie des membres inférieurs ;
- antécédents d'ulcère veineux.

IV.1.2. Signes cliniques

Il est recommandé, chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs, de rechercher les signes cliniques pouvant orienter le diagnostic étiologique vers une origine veineuse partielle ou exclusive (grade C) :

- caractère superficiel et exsudatif de l'ulcère ;
- localisation de la région périmaléolaire jusqu'au 1/3 inférieur du mollet ;
- signes associés (ces signes sont décrits en détail dans l'argumentaire) :
 - œdème de la cheville,
 - télangiectasies, veines réticulaires, couronne phlébectasique de la cheville ou du pied,
 - varices,
 - eczéma,
 - dermite ocre,
 - lipodermatosclérose (hypodermite scléreuse),
 - atrophie blanche,
 - limitation de l'amplitude de l'articulation de la cheville (accord professionnel),
 - cicatrice(s) d'ancien(s) ulcère(s) veineux.

Les données de l'examen clinique ont une sensibilité et une spécificité insuffisantes pour porter un diagnostic étiologique (ulcère veineux, ulcère mixte à prédominance veineuse ou artérielle, ulcère artériel) (grade C).

Il est recommandé de compléter l'examen clinique par des explorations complémentaires (IPS, écho-Doppler : cf. IV.2.2. et IV.3.).

IV.2. Recherche d'arguments en faveur d'une AOMI associée

Elle est justifiée car :

- une AOMI associée est susceptible d'expliquer ou d'aggraver l'ulcère et nécessite une prise en charge spécifique (cf. recommandation « Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs - Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation » - HAS, 2006) ;
- la compression doit être adaptée en cas d'AOMI associée (accord professionnel) (cf. V.4.2).

IV.2.1. Éléments d'orientations

Il est recommandé, chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs, de rechercher les signes pouvant orienter le diagnostic étiologique vers une origine artérielle partielle ou exclusive (accord professionnel) :

- existence de facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, diabète, tabagisme, hypercholestérolémie, âge > 60 ans) ;
- existence d'autres localisations athéromateuses ;
- existence de symptômes et de signes cliniques d'AOMI, notamment abolition des pouls périphériques.

IV.2.2. Index de pression systolique

L'index de pression systolique (IPS) est le rapport entre la pression systolique à la cheville et la pression systolique brachiale.

Ses modalités et ses limites de réalisation et d'interprétation sont détaillées dans un rapport de l'Anaes de 2002 (cf. rapport d'évaluation technologique : « L'échographie-Doppler dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs » - Anaes, 2002).

— *Indications*

Il est recommandé de mesurer l'IPS chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs car cette mesure clinique simple permet :

- de rechercher une AOMI associée, susceptible d'expliquer ou d'aggraver l'ulcère (grade B) ;
- d'adapter la compression (accord professionnel) (cf. V.4.2).

— *Modalité de mesure*

La mesure de l'IPS peut être réalisée lors de l'examen du patient si le praticien dispose d'une sonde Doppler continue. Elle peut également être réalisée lors de l'écho-Doppler veineux.

Il existe plusieurs façons de mesurer l'IPS. En accord avec le document de l'Anaes¹ de 2002, il est recommandé :

- d'enregistrer la pression artérielle brachiale à l'aide d'un brassard à tension et d'une sonde de Doppler continue de 8 à 10 Mhz ;
- d'enregistrer les pressions à la cheville à l'aide du même brassard et de la même sonde ;
- de mesurer la pression artérielle brachiale et les pressions à la cheville dans un intervalle de temps le plus bref possible ;
- d'effectuer la mesure, en routine, au niveau des artères tibiales antérieures (et/ou pédiées) et postérieures. La principale difficulté de réalisation dans le cadre de la prise en charge des ulcères est liée à l'extension de l'ulcère. Une prise de pression plus distale est alors possible.

Par précaution, dans la mesure où la valeur de l'IPS a une influence sur le choix du niveau de compression, il est recommandé de retenir la valeur la plus basse du membre inférieur porteur de l'ulcère rapportée à la pression la plus élevée au membre supérieur (accord professionnel).

— *Valeurs seuils*

Le groupe de travail propose de retenir les valeurs seuils indicatives suivantes :

- ulcère veineux pur : IPS compris entre 0,9 et 1,3 ;
- ulcère mixte à prédominance veineuse : IPS compris entre 0,7 et 0,9.

La principale limite à l'interprétation des valeurs de l'IPS est représentée par l'incompressibilité des artères en cas de médiacalcosse, notamment chez le sujet diabétique ou âgé, qui risque de faire sous-estimer ou méconnaître une AOMI. De ce fait l'IPS doit être confronté aux données de l'examen clinique (notamment à la palpation des pouls). L'incompressibilité est certaine en cas d'IPS > 1,3. En cas de discordance entre IPS et examen clinique ou d'IPS > 1,3, il est recommandé de prescrire un écho-Doppler artériel des membres inférieurs. Dans la suite du document, l'interprétation des valeurs d'IPS fournies doit tenir compte de cette limite et des résultats de l'écho-Doppler artériel lorsqu'il est indiqué.

IV.3. Examens complémentaires

Il est recommandé de réaliser un **écho-Doppler veineux** lors de la prise en charge de tous les patients présentant un ulcère des membres inférieurs, car l'écho-Doppler veineux permet de fournir des éléments ayant des conséquences sur le traitement. En effet, cet examen permet :

- de confirmer l'origine veineuse de l'ulcère (grade C) ;
- d'en préciser le mécanisme (reflux et/ou obstruction) (grade C) ;
- de préciser la localisation des reflux (veines superficielles et/ou profondes et/ou perforantes) et leur niveau anatomique (grade C).

L'examen fait partie du bilan préopératoire avant chirurgie veineuse superficielle (cartographie) (accord professionnel). Il présente également un intérêt dans le suivi postopératoire car il permet de suivre l'évolution des reflux veineux profonds et des veines perforantes après chirurgie veineuse superficielle (grade C).

Il est recommandé de compléter l'écho-Doppler veineux par un **écho-Doppler artériel** en cas (accord professionnel) :

- d'abolition des pouls périphériques ;
- de symptômes ou de signes cliniques d'AOMI ;
- d'IPS < 0,9 ou > 1,3 (artères incompressibles).

Dans les cas rares où une chirurgie veineuse profonde est envisagée, la phlébographie, la pléthysmographie et la mesure de la pression veineuse ambulatoire peuvent être utiles (cf. V.2.3).

V. TRAITEMENT

V.1. Compression

V.1.1. Définition

Les moyens de compression suivants seront distingués (accord professionnel) :

- 1- **Les bandes peu élastiques, à étirement court**, inférieur à 120 % de la taille initiale. Elles exercent une pression basse au repos, qui augmente lors de l'activité musculaire. Cet effet est souvent dénommé dans la littérature française sous le terme de contention. Elles sont bien tolérées la nuit.
- 2- **Les bandes élastiques, à étirement long**, supérieur à 120 % de la taille initiale. Elles exercent une pression au repos et lors de l'activité musculaire. Cet effet est souvent dénommé dans la littérature française sous le terme de compression. Elles sont difficilement tolérées la nuit.
- 3- **Les bandages multicouches** qui utilisent une superposition de plusieurs bandes de même nature ou de nature différente.
- 4- **Les bas élastiques de compression** (qui peuvent également être superposés).

En accord avec la littérature internationale, seul le terme de « compression » est utilisé dans ces recommandations. Il recouvre les deux mécanismes d'action (contention et compression).

La compression à haut niveau de pression est définie comme exerçant une pression supérieure à 30 mmHg à la cheville lors de la pose (accord professionnel). Elle peut être obtenue par l'utilisation de bas ou de bandes à haut niveau de pression ou par la superposition de bas ou de bandes à faible niveau de pression. Cette pression ne peut pas être mesurée sur le patient et il est recommandé de se référer à la notice des fabricants pour obtenir, autant que possible, la pression souhaitée.

V.1.2. Indication

Il est recommandé de **traiter par une compression à haut niveau de pression les ulcères veineux ou à prédominance veineuse avec un IPS entre 0,8 et 1,3** pour favoriser la cicatrisation (grade B).

V.1.3. Niveau de pression

Une pression comprise entre 30 et 40 mmHg à la cheville doit être obtenue (accord professionnel).

V.1.4. Dispositifs utilisables

Une compression à haut niveau de pression peut être obtenue avec l'utilisation de bandes ou de bas. En effet, aucune différence d'efficacité n'a été mise en évidence entre ces deux types de

dispositifs. En raison du pansement de l'ulcère ou de la présence d'un œdème, l'utilisation de bandes est souvent plus adaptée en début de traitement (accord professionnel).

En cas d'utilisation de bandes, il est recommandé d'utiliser une compression par **bandage multicouche** (grade A). Les bandages multicouches à étirement long et les bandages multicouches à étirement court n'ont pas montré de différence d'efficacité.

V.1.5. Règles de bonne pratique

Le groupe de travail insiste sur le respect des règles de bonne pratique suivantes (accord professionnel) :

- le système de compression choisi doit être adapté au cas par cas ;
- il est important que le praticien ait une bonne connaissance des bandages qu'il utilise afin d'obtenir la compression souhaitée ;
- le choix de la compression doit tenir compte de l'observance car cette dernière est un facteur déterminant de la réussite du traitement ;
- lorsque l'observance n'est pas satisfaisante, le choix de la compression doit être adapté individuellement. Des bandes de compression à plus faible niveau de pression superposées peuvent être utilisées de façon à tenter d'obtenir le maximum de compression tolérée jusqu'à 30-40 mmHg ;
- pour optimiser la compression, des moyens de répartition de la pression par des renforts ou des protections (coussinets, plaques, etc.) sont utiles ;
- la compression doit être appliquée soit du lever au coucher, soit 24 h/24 ;
- la compression appliquée 24 h/24 doit faire préférentiellement appel aux bandes à étirement court du fait de la possibilité d'une mauvaise tolérance nocturne des bandes à étirement long ;
- il est utile de contrôler ou de faire contrôler régulièrement le positionnement des bandes au cours de la journée (éducation du patient et de son entourage) ;
- le matériel de compression doit être entretenu selon les règles du fabricant et le changement adapté à l'usure du matériel. Le praticien doit s'assurer régulièrement de l'état du matériel utilisé et prescrire son renouvellement chaque fois que nécessaire ;
- une formation spécifique des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins) et une éducation des patients et de leur entourage sont souhaitables afin d'obtenir la meilleure observance et les meilleurs résultats possibles (accord professionnel).

Des modalités pratiques de mise en place d'un bandage ou d'un bas de compression sont disponibles en annexe. Elles sont fournies à titre d'exemple de bonne pratique (toutes les modalités possibles ne sont pas rapportées).

V.2. Chirurgie

V.2.1. Chirurgie veineuse superficielle

— *En l'absence de reflux profond associé*

La chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle en association au traitement par compression est recommandée chez les patients ayant un ulcère ouvert ou cicatrisé :

- **présentant un reflux superficiel documenté à l'écho-Doppler ;**
- **sans obstruction ni reflux des veines profondes ;**
- **et ayant un IPS > 0,85.**

En effet, l'étude ESCHAR¹ a montré que la crossectomie-stripping avec phlébectomie ou la crossectomie isolée diminuaient les récurrences à 1 an chez ces patients (niveau 1).

Pour un IPS entre 0,7 et 0,85, le groupe de travail considère que l'indication opératoire reste valide (accord professionnel) mais que la préservation du capital veineux doit être prise en compte.

Il n'existe pas de consensus pour déterminer à quel moment de la prise en charge le geste chirurgical doit être réalisé. Pour certains il peut intervenir précocement. Pour d'autres, il est nécessaire d'attendre l'amélioration de l'ulcère voire sa cicatrisation.

La chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle sera adaptée aux résultats de l'écho-Doppler, à la cartographie des reflux et au terrain (la crossectomie isolée est un geste chirurgical simple réalisable sous anesthésie locale, à envisager notamment chez le sujet âgé) (accord professionnel).

La compression appliquée en postopératoire sera adaptée en fonction du geste réalisé (caractère plus ou moins complet de l'éveinage), de l'existence ou non d'une insuffisance veineuse profonde associée et de la persistance de troubles trophiques (accord professionnel).

— *En cas de reflux profond associé :*

- si le reflux profond est segmentaire, il est recommandé de pratiquer également une chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle (accord professionnel) ;
- si le reflux profond est axial total, en l'état actuel des connaissances, la place de la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle ne peut pas être précisée.

V.2.2. Chirurgie des veines perforantes

Il n'est pas recommandé de pratiquer d'emblée une chirurgie des veines perforantes incontinentes lorsque l'incontinence des veines perforantes est associée à une incontinence des veines saphènes (grade C). En effet, l'incontinence des veines perforantes jambières régresse fréquemment avec le traitement de l'insuffisance veineuse superficielle.

Dans les cas rares d'incontinence isolée des veines perforantes, il est possible de pratiquer une chirurgie des veines perforantes (accord professionnel). Une chirurgie par voie endoscopique pourra être préférée en raison d'un taux de complications plus faible (grade C).

V.2.3. Chirurgie veineuse profonde

Seules des séries de cas concernant des patients en échec des autres traitements sont disponibles pour évaluer l'efficacité de la chirurgie veineuse profonde (valvuloplastie, auto-transplantation, transposition, pontage veineux ou prothétique, recanalisation endovasculaire avec stenting). Il n'est donc pas possible d'évaluer l'efficacité de ces techniques.

Par accord professionnel les recommandations suivantes sont proposées :

- le traitement chirurgical de l'insuffisance veineuse profonde n'est jamais indiqué en première intention pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère veineux. La prise en charge repose dans un premier temps sur la compression. En cas d'atteinte associée du réseau veineux superficiel cf. V.2.1. ;
- dans les cas d'ulcères qui ne cicatrisent pas ou récidivent malgré ces mesures, le recours à la chirurgie veineuse profonde peut être discuté, au mieux en consultation multidisciplinaire ;
- elle ne s'envisage que dans les atteintes valvulaires primitives ou dans les syndromes post-thrombotiques à prédominance obstructive sus-inguinale ;
- le bilan complémentaire et le choix du geste chirurgical seront discutés en service spécialisé.

¹ Barwell JR, Davies CE, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A, *et al.* Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363(9424):1854-9.

V.3. Place des techniques alternatives à la chirurgie

Aucune technique alternative à la chirurgie veineuse superficielle telle que sclérothérapie échoguidée, radiofréquence ou laser n'a fait l'objet d'études comparatives évaluant son efficacité dans le traitement des ulcères veineux (cicatrisation ou récurrence). L'utilisation de ces techniques au sein d'essais cliniques ayant pour comparateur la chirurgie conventionnelle doit être encouragée.

V.4. Ulcères mixtes

V.4.1. Prise en charge de l'AOMI

Il est recommandé de prendre en charge les patients souffrant d'ulcère mixte à prédominance veineuse comme des patients souffrant d'une AOMI.

Pour la prise en charge spécifique de l'AOMI et du risque cardio-vasculaire de ces patients, se référer à la recommandation « Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs - Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation » - HAS, 2006.

V.4.2. Adaptation de la compression

En cas d'AOMI associée à l'insuffisance veineuse, il est recommandé d'adapter la compression car le risque d'aggravation de l'AOMI par une compression à haut niveau de pression est possible, surtout lorsque l'AOMI est sévère (accord professionnel).

En cas d'IPS < 0,8 ou > 1,3 (cf. limites de l'IPS au IV.2.2) adapter la compression (accord professionnel) :

- diminuer le niveau de pression en dessous de 30 mmHg et en privilégiant les compressions à étirement court qui exercent une pression faible au repos ;
- exercer une surveillance médicale spécialisée ;
- informer le patient qu'en cas d'aggravation des douleurs, la compression doit être retirée ;
- s'assurer que le patient peut retirer la compression par lui-même.

V.5. Traitement médicamenteux

Il est possible d'utiliser la pentoxifylline, en complément de la compression dans le traitement des ulcères veineux, à la dose de 1 200 mg ou 2 400 mg *per os* ou intraveineuse (grade B) car des études de niveau 2 montrent une augmentation du taux de cicatrisation à 6 mois. Par extrapolation, le groupe de travail juge possible de l'utiliser dans les situations où la compression est impossible. La pentoxifylline n'a pas l'AMM dans l'indication du traitement des ulcères veineux en France.

Il n'y a pas d'argument pour recommander la fraction flavonoïde purifiée micronisée dans le traitement des ulcères veineux ou à prédominance veineuse des membres inférieurs car elle n'a pas fait la preuve de son efficacité sur la cicatrisation ou la prévention des récurrences.

V.6. Mesures associées

En association aux mesures précédentes, il est recommandé dans tous les cas où cela se justifie (accord professionnel) :

- de prendre en charge les **comorbidités** (diabète, HTA, pathologies ostéo-articulaires, surcharge pondérale, dénutrition, anémie, insuffisance cardiaque) ;
- de prendre en compte le **contexte social** et chez le sujet âgé, d'effectuer une **évaluation gériatrique** standardisée en cas de perte d'autonomie ;
- de favoriser la pratique d'**exercices physiques**, de mobilisation globale (notamment la marche) et de mobilisation articulaire des chevilles et des pieds par des moyens d'éducation et de rééducation. La kinésithérapie a sa place à ce niveau ;

- de pratiquer une ou plusieurs **biopsies cutanées** à la recherche d'un carcinome cutané en présence de signes suspects ou en l'absence de cicatrisation après 6 mois-1 an d'un traitement bien conduit et bien observé ;
- de mettre à jour les **vaccinations antitétaniques**.

En l'absence de carence avérée, aucun complément nutritionnel spécifique n'est recommandé pour la cicatrisation des ulcères.

V.7. Greffes

Par accord professionnel, il est recommandé d'envisager le recours aux greffes en pastilles ou en filet, dans le traitement des ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse résistants aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou de surface > 10 cm².

Des études cliniques d'efficacité (comportant une évaluation de l'effet antalgique) et des études pharmaco-économiques seraient souhaitables dans ce domaine. En effet, les études existantes rendent difficile l'évaluation de la place des greffes cutanées dans le traitement des ulcères veineux. Les seules greffes ayant fait la preuve de leur efficacité sont les peaux artificielles (niveau 1), non disponibles actuellement en France. Les autres types de greffes n'ont pas fait l'objet d'essai comparatif randomisé.

V.8. Douleur

Il est recommandé de **rechercher** systématiquement la douleur chez tous les patients et de **évaluer** (accord professionnel).

Il est recommandé de **rechercher la cause** de la douleur (détersion mécanique, pansements ou compression inadaptés, eczéma ou irritation de la peau périulcéreuse, œdème, hypodermite, infection, AOMI associée) et d'évaluer son retentissement (dépression, isolement) (accord professionnel).

En cas de douleur liée aux soins, il est possible d'avoir recours à une crème anesthésique et à la prescription d'antalgiques par voie générale.

En cas d'identification d'une autre cause, les mesures spécifiques adaptées à la cause doivent être appliquées (changement de pansement, adaptation de la compression, traitement local, antibiothérapie générale, traitement de l'AOMI).

En cas de douleur persistant en dehors des soins, il est recommandé de recourir aux traitements antalgiques en respectant les paliers habituels.

V.9. Infection

Il est recommandé de ne pas réaliser de prélèvement bactériologique systématique des ulcères (accord professionnel).

Il est recommandé de ne pas utiliser d'antibiotique local (accord professionnel).

Il n'existe pas de consensus sur l'opportunité et les circonstances de réalisation d'un prélèvement bactériologique car :

- une antibiothérapie probabiliste par voie générale peut être préférée en cas de signes cliniques d'infection ;
- l'interprétation des prélèvements bactériologiques est souvent difficile du fait :
 - de la présence normale de germes à la surface de tout ulcère,
 - de la présence fréquente de plusieurs germes sur le prélèvement, rendant difficile l'identification du germe pathogène.

VI. PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

Afin de prévenir les récurrences après cicatrisation, il est recommandé :

- de **recourir à la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle** dans les conditions définies au V.2.1 (grade A) ;
- lorsque la chirurgie n'est pas indiquée ou est refusée, de **prescrire au long cours la compression au plus haut niveau de pression pouvant être tolérée, tout en permettant une bonne observance** (au minimum > 20 mmHg, idéalement entre 30 et 40 mmHg) (grade B).

Aucun traitement médicamenteux spécifique n'est recommandé.

Les mesures d'accompagnement suivantes sont recommandées par accord professionnel :

- **éducation** et **suivi** régulier des patients pour :
 - améliorer l'**observance** au long cours et la **qualité de la compression**,
 - prévenir les **traumatismes**,
 - traiter précocement les **plaies**,
 - obtenir une **hygiène** satisfaisante,
 - encourager la mobilité et l'**exercice physique**,
 - entretenir la **mobilité de la cheville**,
 - obtenir, autant que possible, de lever le membre atteint au-dessus du plan cardiaque au repos (**drainage de posture**),
 - indiquer les **positions à éviter** (assis jambes pendantes ou croisées, piétinement) ;
- correction des **déséquilibres métaboliques** et **réduction pondérale** en cas de surpoids ;
- prise en charge du **contexte social** ;
- correction des troubles de la statique plantaire.

VII. MODES DE PRISE EN CHARGE STRUCTURÉE

À l'étranger, des organisations structurées de la prise en charge des ulcères à prédominance veineuse existent. Des études d'évaluation de ces organisations montrent à la fois une amélioration clinique et un intérêt économique résultant :

- d'une meilleure formation continue des personnels soignants ;
- d'un accès facilité à un avis d'expert ;
- de l'utilisation de référentiels validés ;
- du développement de programmes d'éducation des patients.

En France, le manque de données concernant à la fois l'épidémiologie de la maladie, la charge économique et les modalités organisationnelles de sa prise en charge est constaté.

Une identification des expérimentations de modes de prise en charge structurés en réseaux et leur recensement au niveau national sont nécessaires afin d'identifier des typologies de prise en charge structurée et de mettre en place des modalités d'évaluation clinique et organisationnelle.

ANNEXE 1. MODALITÉS PRATIQUES DE MISE EN PLACE D'UNE COMPRESSION

Rappel : la pression exercée par la compression dépend du rayon de courbure (inversement proportionnelle), du degré d'étirement et du nombre de couches superposées.

Principes généraux

- Conseiller la position allongée prolongée avant la mise en place de la compression (le matin pour les compressions retirées la nuit ou après la toilette pour les compressions gardées 24 h/24).
- Protéger la peau si besoin.
- Redonner au membre une forme de tronc de cône à l'aide de matériaux de comblement.
- Appliquer un étirement constant (qui assure sur le tronc de cône un gradient de pression qui diminue de la cheville au genou).
- Recommander un essai préalable du moyen de compression afin de s'assurer qu'il est adapté à la morphologie du membre du patient.

Bandes (à étirement court ou à étirement long)

- Choisir la longueur de la bande en fonction de la morphologie du segment de membre, au mieux par un essai préalable. Une bande de 4 m x 10 cm permet d'assurer un bandage efficace jusqu'au pli de flexion du genou dans la majorité des cas. Des bandes de 3 à 5 m sont disponibles.
- Protéger la peau si nécessaire (fragilité cutanée, plaies, protection du pansement), par exemple avec un jersey tubulaire.
- Mettre en place des matériaux de comblement (mousse, coton) si nécessaire (pansement épais, œdème rétromalléolaire).
- Débuter la mise en place de la bande à la racine des orteils par une bande oblique sur le dessus du pied, suivie d'une circulaire autour du métatarse ce qui permet une bonne tenue de la bande.
- Enrouler la bande sur le pied en remontant progressivement jusqu'à la cheville en recouvrant de 1/2 à 2/3 le tour précédent (en adaptant pour obtenir la pression souhaitée en fonction de la notice du matériel utilisé).
- Appliquer un étirement constant (pour les bandes à allongement long, l'utilisation de bandes étalonnées peut faciliter l'obtention de cet étirement constant).
- Positionner le talon au 1/3 moyen d'une largeur de bande pour assurer son maintien.
- Poursuivre la mise en place le long du membre soit en circulaire, soit en oblique, soit en demi-oblique (le choix de la modalité est lié à l'habitude du professionnel).
- Terminer le bandage 5 cm sous le pli de flexion du genou et ne jamais superposer les derniers tours de spire en cas d'excès de longueur (dans ce cas, recommencer le bandage en augmentant le niveau de chevauchement et en réduisant l'étirement).
- Recommander le choix de chaussures ayant une pointure adaptée (en général, une pointure au-dessus de la pointure habituelle).

Bas

- Recommander l'utilisation de gants.
- Disposer des coussinets rétromalléolaires en cas d'œdème rétromalléolaire.
- Commencer par un chaussage du pied jusqu'à recouvrement du talon et du dos du pied
- Détrousser progressivement le bas vers le haut jusqu'à recouvrement complet du mollet en appliquant un étirement constant.

- En cas d'étirement excessif générant un excès de tissu au niveau du creux poplité, ne pas replier le bas sur lui-même (dans ce cas, recommencer la mise en place en réduisant l'étirement).

Multicouche

La superposition de moyens de compression permet d'augmenter le niveau de pression exercé tout en facilitant leur mise en place. On peut considérer que les niveaux de pression de chaque compression s'additionnent.

Par exemple, dans une indication de bas de classe 3, si le bas est difficile à mettre en place, il est possible de mettre en place dans un premier temps un bas de classe 1 puis en superposition un bas de classe 2.

ANNEXE 2. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Recommandations

- Réaliser une recommandation spécifique sur les soins locaux des ulcères en s'aidant de l'évaluation de la littérature scientifique sur les pansements faite par la CEPP dans le cadre du travail sur la nouvelle classification des pansements.
- Réaliser une recommandation spécifique sur la place de la kinésithérapie dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse. Pour cela, un groupe de travail comportant un nombre suffisant de kinésithérapeutes est nécessaire.

Essais cliniques

- Réaliser des essais comparatifs randomisés évaluant l'efficacité et la tolérance des techniques de destruction veineuse superficielle alternatives à la chirurgie *versus* chirurgie veineuse superficielle adaptée aux résultats de l'écho-Doppler, dans la cicatrisation et/ou la récurrence des ulcères à prédominance veineuse.
- Réaliser une étude prospective randomisée comparative en double aveugle pentoxifylline *versus* placebo, d'effectif suffisant et ayant un critère de jugement objectif, afin de compléter les données actuellement disponibles (essais randomisés de faible effectif, méta-analyse de ces essais).
- Réaliser un essai comparatif randomisé en double aveugle de puissance suffisante testant la supériorité de l'efficacité de l'association pentoxifylline + compression à haut niveau de pression (> 30 mmHg) sur la compression à haut niveau de pression seule avec pour critère de jugement principal la cicatrisation complète de l'ulcère à au moins 6 mois.
- Réaliser un essai comparatif randomisé évaluant l'efficacité de la chirurgie des perforantes incontinentes sur la cicatrisation et/ou la récurrence des ulcères à prédominance veineuse, en comparant un groupe chirurgie superficielle seule et un groupe chirurgie superficielle + chirurgie des perforantes, chez des sujets présentant une incontinence veineuse superficielle et des perforantes à l'écho-Doppler.
- Réaliser un essai comparatif randomisé multicentrique évaluant l'efficacité de la chirurgie veineuse profonde dans la cicatrisation et/ou la récurrence des ulcères à prédominance veineuse résistants ou récidivants, en comparant un groupe intervention (chirurgie veineuse profonde + compression) et un groupe abstention (compression seule).
- Réaliser des essais comparatifs randomisés évaluant l'efficacité et l'intérêt économique des greffes de peau ou de tout autre traitement biotechnologique alternatif.

Enquêtes

- Mener une enquête épidémiologique visant à évaluer la prévalence, l'incidence, les modes de prise en charge et la charge de la maladie en France.
- Évaluer l'efficacité clinique et économique des modes de prise en charge structurée en France *versus* le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant.
- Mener une enquête de pratique auprès des médecins généralistes, évaluant les modalités de prise en charge des ulcères veineux, et mesurant notamment le taux de réalisation de l'IPS.
- Évaluer l'observance et l'acceptabilité des moyens de compression.

Actions réglementaires

- Évaluer la pertinence d'une inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'acte infirmier concernant la pose des moyens de compression.
- Améliorer les notices des moyens de compression afin que les indications fournies permettent d'obtenir une pression donnée à la cheville.

MÉTHODE

« Recommandations pour la pratique clinique »

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de

lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

PARTICIPANTS

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) à la demande de la Société française de chirurgie vasculaire.

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999.

Les sociétés savantes, associations, agences et organisations dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Association de recherche en soins infirmiers
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie
- Association nationale de kinésithérapeutes salariés
- Collège des enseignants de médecine vasculaire
- Collège français de pathologie vasculaire
- Commission d'évaluation des produits et prestations
- Convergence infirmière
- Fédération nationale des infirmières
- Société de chirurgie vasculaire de langue française
- Société française d'angiologie
- Société française de dermatologie
- Société française de gériatrie
- Société française de kinésithérapie
- Société française de lymphologie
- Société française de médecine générale
- Société française de médecine vasculaire
- Société française de phlébologie
- Société française de radiologie
- Société française et francophone de plaies et de cicatrisation
- Société nationale française de médecine interne.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Philippe MARTEL, chef de projet, sous la responsabilité du D^r Patrice DOSQUET, chef du service des recommandations professionnelles.

L'évaluation économique a été coordonnée par M^{me} Stéphanie BARRE, économiste, sous la responsabilité de M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du service évaluation économique et santé publique.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{lle} Gaëlle FANELLI, documentaliste, sous la direction de M^{me} Frédérique PAGES. Les assistantes documentalistes étaient M^{mes} Julie MOKHBI et Valérie SERRIERE-LANNEAU.

Le secrétariat a été assuré par M^{lle} Jessica LAYOUNI.

La HAS tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de sa commission spécialisée *Évaluation des stratégies de santé* qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^r Jean-Patrick BENIGNI, angiologue, Saint-Mandé
M^{me} Françoise BIZOUARD, masseur-kinésithérapeute, Paris
D^r Franck CHLEIR, angiologue, Neuilly-sur-Seine
D^r Anne DOMPMARTIN, dermatologue, Caen
D^r Nathalie DUMARCET, Afssaps, Saint-Denis
D^r Isabelle LAZARETH, médecin vasculaire, Paris
D^r Philippe NICOLINI, chirurgien vasculaire, Décines-Charpieu

M. Pierre PILLU, masseur-kinésithérapeute
M^{me} Marie-Thérèse PLANEL, infirmière, Valence
M^{me} Geneviève POIRIER-COUTANSAIS, infirmière, Clermont-de-l'Oise
P^r Isabelle QUERE, médecin vasculaire, Montpellier
P^r Luc TEOT, plaies et cicatrisations, Montpellier
D^r François TRUCHETET, dermatologue, Thionville
P^r Loïc VAILLANT, dermatologue, Tours
D^r Michel VANEAU, Afssaps, Saint-Denis

GROUPE DE TRAVAIL

D^r Philippe NICOLINI, chirurgien vasculaire, Décines-Charpieu – président du groupe de travail
Mlle Isabelle BONGIOVANNI, économiste, Marseille - chargée de projet
D^r Isabelle LAZARETH, médecin vasculaire, Paris - chargée de projet
D^r François TRUCHETET, dermatologue, Thionville - chargé de projet,
D^r Philippe MARTEL, chef de projet, HAS, Saint-Denis
M^{me} Stéphanie BARRE, chef de projet, HAS, Saint-Denis

M^{me} Annick BEAUFIGEAU, infirmière, La Roche-sur-Yon
M. Jean-Patrice BRUN, masseur-kinésithérapeute, Paris
D^r Pierre CHIROSSEL, radiologue, Bron
D^r Franck CHLEIR, angiologue, Neuilly-sur-Seine
D^r Clélia DEBURE, dermatologue, angiologue, Paris
D^r Catherine FERNANDEZ, gériatre, Strasbourg
D^r Jean FRIEDEL, dermatologue, Chalon-sur-Saône
M. Jean-Yves GARNIER, infirmier, Cerverville

Dr Emmanuel JOCTEUR-MONROZIER, médecin généraliste, Lyon
P^r Catherine LOK, dermatologue, Amiens
P^r Dominique MIDY, chirurgien vasculaire, Bordeaux
D^r Marc-Antoine PISTORIUS, médecin vasculaire, Nantes
M^{me} Cécile RICHAUD, masseur-kinésithérapeute, Grenoble
D^r Patricia SENET, dermatologue, Ivry-sur-Seine
D^r Elisabeth STEYER, médecin généraliste, Talange

GROUPE DE LECTURE

D^r Nathalie ABDOUCHELI-BAUDOT, dermatologue, Paris
D^r Francis ANE, médecin généraliste, Montpellier
D^r Isabelle AUBIN-AUGER, médecin généraliste, Soisy-sous-Montmorency
D^r Nathalie AUBRY-RATOVONDRIAKA, gériatre, La Roche-sur-Yon
D^r Xavier BALGUERIE, dermatologue, Rouen
P^r François BECKER, médecin vasculaire, Besançon
D^r Henri BOCCALON, médecin vasculaire, Toulouse
M. Patrick BOISSEAU, masseur-kinésithérapeute, Nancy
M. Jean-Yves BOUCHET, masseur-kinésithérapeute, Grenoble
P^r Loïc CAPRON, interniste, Paris
M. Jean-Paul CARCY, masseur-kinésithérapeute, Bourg-Madame
D^r Michèle CAZAUBON, angiologue, Paris
D^r Sylvie CHALMIN, infirmière, Grenoble
M^{me} Maryvonne CHARDON-BRAS, masseur-kinésithérapeute, Montpellier
P^r Jacques CHEVALIER, chirurgien vasculaire, Lomme
M^{me} Dominique COSTAGLIOLA, épidémiologiste, Paris
M^{me} Martine COSTILLE, masseur-kinésithérapeute, Paris
D^r Didier COUILLIET, dermatologue, Tarbes
D^r Denis CRETON, chirurgien vasculaire, Nancy
M. Matthieu CUCHE, pharmacien, Saint-Denis
D^r Jean-François CUNY, dermatologue, Nancy
M^{me} Bénédicte DEVICTOR, économiste de la santé, Marseille
D^r Catherine DORMARD, médecin généraliste, Saclay

D^r Dominique-François EVENO, médecin de médecine physique et réadaptation vasculaire, Saint-Herblain
D^r Jérôme GALINIER-WARRAIN, chirurgien vasculaire, Aix-en-Provence
D^r Fabienne GREUILLET, médecin de médecine physique et réadaptation, Chambéry
P^r Bernard GUILLOT, dermatologue, Montpellier
M^{me} Christine KHAVAS, infirmière, Ivry-sur-Seine
D^r Claire LE HELLO, médecin vasculaire, Caen
D^r Philippe LE ROUX, médecin vasculaire, La Roche-sur-Yon
D^r Philippe LEGER, cardiologue, Toulouse
M^{me} Anne LIRON, infirmière, Paris
D^r Sylvie MEAUME, gériatre, Ivry-sur-Seine
D^r Jean-Marc MICHEL, gériatre, Colmar
P^r Philippe MODIANO, dermatologue, Lomme
D^r Jean-Marc MOLLARD, médecin vasculaire, Chambéry
M. Bertrand MUSSETA, Afssaps, Saint-Denis
D^r Claude NICOL, angiologue, gériatre, médecin du sport, Belfort
D^r Michel PERRIN, chirurgien vasculaire, Chassieu
D^r François POIRAULT, angiologue, médecin thermaliste, Niort
D^r Barbara ROTH, dermatologue, Colmar
M. Jean-François SEGARD, masseur-kinésithérapeute, Toulouse
M. Serge THEYS, kinésithérapeute, Saint-Germain-en-Laye, Yvoir (Belgique)
D^r Michel VAYSSAIRAT, médecin vasculaire, Paris
D^r Stéphane VIGNES, interniste, Paris
D^r François ZUCCARELLI, phlébologue, Paris

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement
Type de document	Recommandation pour la pratique clinique
Objectif(s)	<p>Les questions abordées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition d'un ulcère veineux ou à prédominance veineuse ; - l'épidémiologie et la charge de la maladie ; - les signes cliniques et paracliniques permettant de diagnostiquer un ulcère veineux ou à prédominance veineuse ; - le traitement étiologique des ulcères à prédominance veineuse (compression, chirurgie, techniques de destruction veineuse non chirurgicales, traitements médicamenteux) ; - les précautions à prendre en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs associée ; - les mesures associées (kinésithérapie, mesures d'hygiène de vie).
Professionnel(s) de santé concerné(s)	<p>Sans que la liste soit limitative,</p> <ul style="list-style-type: none"> - parmi les médecins : les médecins généralistes, les médecins vasculaires, les dermatologues, les chirurgiens vasculaires, les internistes, les gériatres, les radiologues et les médecins de médecine physique ; - parmi les paramédicaux : les infirmières, les kinésithérapeutes ainsi que les auxiliaires de vie et les aides soignantes.
Demandeur	Société française de chirurgie vasculaire
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), service des recommandations professionnelles et service évaluation économique et santé publique
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Philippe MARTEL, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice DOSQUET) et Mme Stéphanie BARRÉ, chef de projet, service évaluation économique et santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine RUMEAU-PICHON) Secrétariat : Mlle Jessica LAYOUNI Recherche documentaire : Mme Gaëlle FANELLI, avec l'aide de Mmes Julie MOKHBI et Valérie SERRIERE-LANNEAU, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique PAGÈS)</p>
Participants	Sociétés savantes, Comité d'organisation, Groupe de travail (président : Philippe Nicolini, chirurgien vasculaire, Décines-Charpieu), Groupe de lecture, cf. liste des participants
Recherche documentaire	Bases de données internationales (période de recherche : janvier 1994 - février 2005)
Auteurs de l'argumentaire	<p>Chargés de projet : Dr Isabelle LAZARETH, médecin vasculaire, Paris ; Dr François TRUCHETET, dermatologue, Thionville ; Mme Isabelle BONGIOVANNI, économiste, Marseille Chef de projet : Dr Philippe MARTEL et Mme Stéphanie BARRÉ, HAS</p>

Auteurs des recommandations	Groupe de travail, accord du groupe de lecture
Validation	Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS Validation par le Collège de la HAS en juin 2006
Autres formats	Fiche de synthèse et argumentaire des recommandations téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr