

EWMA Document:

# Gestion des patients atteints d'ulcères veineux de la jambe: défis et bonnes pratiques actuelles

## MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VENOUS LEG ULCERS

CHALLENGES AND CURRENT BEST PRACTICE



A JOINT DOCUMENT



Peter J Francs<sup>1</sup> (Rédacteur),  
PhD, Professeur de sciences  
de la santé et directeur,  
rédacteur du document

Judith Barker<sup>2</sup>  
(Co-rédactrice), RN, NP,  
STN, BHLth (Sci Nurs);  
MN(NP), co-rédactrice du  
document

<sup>1</sup>Centre for Research &  
Implementation of Clinical  
Practice, 128 Hill House,  
210 Upper Richmond Road,  
London SW15 6NP,  
Royaume-Uni

<sup>2</sup>Wounds Australia

Au nom du groupe  
d'auteurs: Mark Collier,  
Georgina Gethin,  
Emily Haesler,  
Arkadiusz Jawien,  
Severin Läu-chli,  
Giovanni Mosti,  
Sebastian Probst,  
Carolina Weller

Le document complet est  
publié comme supplément  
en ligne dans le Journal of  
Wound Care d'avril 2016.

Le document peut être  
téléchargé gratuitement à  
partir du site web du Journal  
of Wound Care.

EWMA Document:

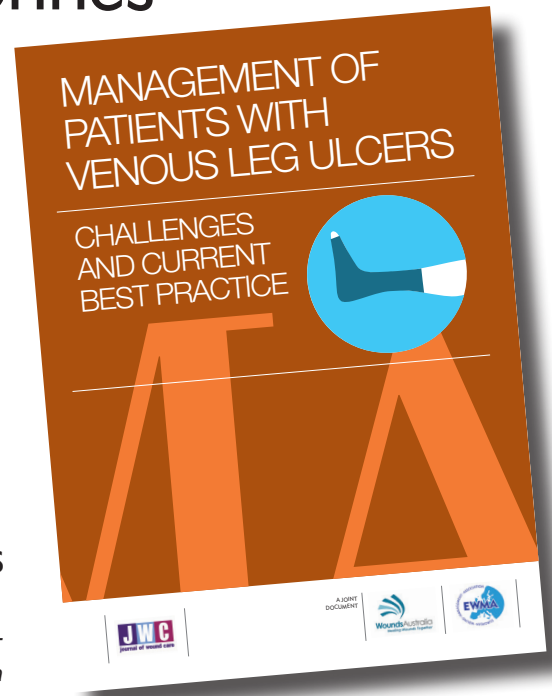
# Gestion des patients atteints d'ulcères veineux de la jambe: défis et bonnes pratiques actuelles

## RESUME DU DOCUMENT: GESTION DES PATIENTS ATTEINTS D'ULCERES VEINEUX DE LA JAMBE: DEFIS ET BONNES PRATIQUES ACTUELLES

*En 2014, l'Association européenne pour le traitement des plaies (EWMA) a décidé de définir la gestion des ulcères de jambe comme domaine central, en raison d'importants défis et variations dans l'évaluation et la gestion des ulcères veineux de la jambe en Europe et dans d'autres parties du monde. Cela a abouti à la publication, en avril 2016, du document de consensus "Gestion des patients atteints d'ulcères veineux de la jambe : défis et bonnes pratiques actuelles". Cet article présente et résume les points clés du document complet.*

### 1. INTRODUCTION ET OBJECTIF DU DOCUMENT

Il est bien documenté que la prévalence des ulcères veineux de la jambe (UVJ) est en augmentation, ce qui coïncide avec le vieillissement de la population. Il est difficile d'estimer avec précision la prévalence globale des ulcères veineux de la jambe en raison de l'éventail de méthodologies utilisées dans les études et de l'exactitude des rapports.<sup>1</sup> L'ulcération veineuse est la plus commune des ulcérations de la jambe et un problème de santé important, qui affecte environ 1 % de la population et 3 % de personnes âgées de plus de 80 ans<sup>2</sup> dans les pays occidentalisés. En outre, la prévalence mondiale des UVJ est en passe d'augmenter de façon spectaculaire, puisque les gens vivent plus longtemps, souvent avec de multiples comorbidités.



Malgré l'abondance de recommandations pour la gestion de patients atteints d'ulcères veineux (UVJ) - qui sont par ailleurs régulièrement mises à jour - la qualité des services offerts aux patients avec un UVJ varie encore. Il y a aussi des variations dans les éléments de preuve et certaines recommandations se contredisent, devenant souvent une source de confusion et un obstacle à la mise en œuvre.<sup>3</sup> Enfin, les structures organisationnelles des soins de santé, l'appui à la gestion et la responsabilité de gestion d'un UVJ varient d'un pays à l'autre, créant souvent de la confusion et devenant un obstacle pour se faire soigner. Ces facteurs compliquent la mise en œuvre de lignes directrices, qui représente généralement un défi pour de nombreuses maladies.<sup>4</sup> EWMA et Wounds Australia ont élaboré un document de consensus, dans le but de mettre en évidence certains des obstacles et des éléments facilitateurs liés à la mise en œuvre de directives sur l'UVJ, ainsi que de formuler les bonnes pratiques cliniques pour surmonter ces obstacles et "combler les lacunes" actuellement non couvertes par la majorité des directives disponibles.

## 2. METHODOLOGIE

L'élaboration du document comprend :

- Des recommandations examinées à partir de huit guides de pratique clinique (GPC) publiés de-puis 2010 qui ont été comparés dans le cadre de ce document et énumérés dans le tableau 1.
- Une étude de la documentation concernant la mise en œuvre de directives ainsi que différents aspects de l'évaluation, du diagnostic et du traitement d'un UVJ. Une revue systématique de la littérature identifiée est hors du cadre de ce document.
- L'avis du comité d'experts.

## 3. ADHESION CLINIQUE AUX RECOMMANDATIONS - OBSTACLES ET FACILITATEURS

De nombreuses approches offrant de potentielles solutions pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre de directives ont été publiées, principalement dans des domaines autres que le soin des plaies. Des preuves substantielles suggèrent qu'un changement d'attitude est possible, mais ce changement exige généralement des approches globales à différents niveaux (médecin, équipe, hôpital, et système

de santé), adaptées à des conditions spécifiques et des groupes cibles. Les perspectives de changement devraient être fondées sur les caractéristiques de la preuve ou de la directive elle-même ainsi que les obstacles et facilitateurs du changement.<sup>12,13</sup>

Une partie du document est consacrée à un aperçu des obstacles et des facilitateurs liés à la mise en œuvre des recommandations de pratique clinique concernant les différents acteurs: Le système/l'organisation de santé, les professionnels de la santé et les patients.

Les obstacles et les facilitateurs identifiés valent pour la mise en œuvre de recommandations de pratique clinique, notamment en matière d'ulcère de jambe.

## 4. BONNES PRATIQUES ACTUELLES - GESTION DE L'ULCERE DE LA JAMBE - ENONCES DE PRATIQUE CLINIQUE

L'objectif principal du document est de fournir un aperçu d'une prestation de services de haute qualité, avec un accent sur le "bon parcours patient". Cette section est divisée en 5 chapitres portant sur les éléments clés du parcours patient:

**Tableau 1 : Sommaire des guides comparés (classés par année de publication)**

| N° | Titre   | Organisation   | Publié /mis à jour | Pays/ collaboration internationale |
|----|---|--|--------------------|------------------------------------|
| 1  | Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) venous ulcer guideline (5)   | Association for the Advancement of Wound Care                                  | (2005) 2010        | États-Unis                         |
| 2  | Management of chronic venous leg ulcers (SIGN CPG 120) (6)  | SIGN (GB) - Scottish Intercollegiate Guidelines Network                        | 2010               | Écosse                             |
| 3  | Varicose ulcer (M16) [Varicose ulcer (NL: Ulcus cruris venosum)] (7)  | NHG (NL) - Dutch College of General Practitioners                              | 2010               | Pays-Bas                           |
| 4  | Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers (1)                       | Australian Wound Management Association and the New Zealand Wound Care Society | 2011               | Australie et Nouvelle-Zélande      |
| 5  | Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease (8)  | Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society - Professional Association        | (2005) 2011        | États-Unis                         |
| 6  | Guideline for Diagnostics and Treatment of Venous Leg Ulcers (9)  | European Dermatology Forum   | (2006) 2014        | Europe                             |
| 7  | Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum(10) | The Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum                 | 2014               | États-Unis et Europe               |
| 8  | Management of Chronic Venous Disease, Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) (11)         | European Society for Vascular Surgery  | 2015               | Europe                             |

- Évaluation et diagnostic différentiel
- Administration du traitement : Thérapie par compression, pansements et traitements invasifs
- Suivi des résultats
- Structures d'orientation
- Prévention secondaire

Chaque chapitre se termine par un ensemble d'énoncés de pratiques cliniques, qui renvoient à la comparaison des guides UVJ basés sur des données probantes et à l'avis du comité d'experts (voir tableau 1). Ces énoncés sont fournis dans ce résumé. Ils sont présentés dans leur contexte entier dans le document.

#### 4.1 ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

##### Énoncés de Pratique Clinique:

- **Énoncé 4.1.a: Tous les patients présentant des ulcères de jambe inférieure doivent recevoir une évaluation complète.**  
Commentaires : Cela doit inclure les antécédents médicaux et chirurgicaux; l'évaluation vasculaire ; les examens de laboratoire; les antécédents d'ulcères de jambe ainsi que les symptômes; la douleur; la mobilité et l'activité ; l'état psychosocial; la qualité de vie et enfin l'examen de la jambe et de l'ulcère.<sup>1</sup> Une évaluation clinique et un plan de traitement complet doit être élaboré et documenté.  
  
L'évaluation de base avant le début du traitement doit inclure l'évaluation clinique de l'ulcère et de la jambe ainsi que la possibilité d'exclure toute maladie artérielle en mesurant l'indice de pression systolique cheville-bras (IPS).
- **Énoncé 4.1.b: L'évaluation du patient doit être effectuée par un professionnel de la santé avec des connaissances et compétences cliniques appropriées, ainsi que les qualifications, les licences et les accréditations requises par le système de santé dans lequel il pratique.**<sup>1,6</sup>
- **Énoncé 4.1.c: Après une évaluation complète, l'étendue de la maladie veineuse doit être classée par le biais d'un système de classification reconnu (par exemple le système de classification CEAP).**
- **Énoncé 4.1.d: Un patient doit être réévalué si la plaie ne cicatrise pas comme prévu ou lorsque l'état clinique ou la situation sociale du patient change.**

Commentaires: Une évaluation plus poussée pour exclure d'autres pathologies sous-jacentes doit être effectuée après 3 mois, ou plus tôt s'il existe une source d'inquiétude.

Les patients avec un ulcère de jambe atypique ou ne guérissant pas doivent être orientés vers un professionnel de santé formé et compétent dans la gestion de l'ulcère de jambe pour une évaluation poussée et une éventuelle biopsie.<sup>1</sup>

- **Énoncé 4.1.e: Les prélèvements bactériologiques ne doivent pas être pris systématiquement, sauf en cas de présence de signes cliniques d'infection.**<sup>1,6,14</sup>

#### 4.2 ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

##### 4.2.1. Thérapie par compression

##### Énoncés de Pratique Clinique:

- **Énoncé 4.2.a: La thérapie par compression est préférable à l'absence de compression chez les patients présentant un ulcère veineux de la jambe pour favoriser la guérison de l'ulcère.**<sup>1,5-11</sup>  
  
Commentaire: nous disposons d'un grand nombre d'études comparant la thérapie par compression à l'absence de compression et confirmant que les UVJ guérissent plus rapidement avec la thérapie par compression.<sup>15-18</sup>
- **Énoncé 4.2.b: Chez les patients atteints d'un ulcère veineux de la jambe, il est recommandé de préférer une pression de compression plus forte à une plus faible afin de favoriser la guérison de l'ulcère.**<sup>1,6,8,9</sup>

Commentaire: il a été démontré qu'une compression forte (supérieure à 40 mm Hg) est plus efficace qu'une compression faible ( $\leq 20$  mm Hg) pour favoriser la guérison de l'ulcère.<sup>15,19-22</sup>

La compression doit être appliquée au moyen d'un système à plusieurs composants, ce qui augmente la pression et la rigidité, plutôt qu'avec des bandages à composant unique.<sup>23-25</sup> Les dispositifs de compression réglable Adjustable Velcro® ou les kits élastiques peuvent être considérés comme des alternatives efficaces surtout dans les cas où le personnel qualifié n'est pas disponible.<sup>5,21,26</sup>

- **Énoncé 4.2.c: Chez les patients atteints d'ulcères veineux de la jambe, nous suggérons l'utilisation de la compression pneumatique intermittente (CPI) lorsque d'autres options**

de compression ne sont pas disponibles ou ne peuvent être utilisées. Lorsque cela est possible, nous suggérons l'utilisation de la CPI en complément d'une compression standard.<sup>9,10,27</sup>

Commentaire: il a été démontré que par rapport à l'absence de compression, la CPI est en mesure d'augmenter le taux de guérison de l'UVJ.<sup>28,29</sup> Il existe aussi quelques éléments de preuves, plus limitées, suggérant que la CPI pourrait améliorer la guérison des ulcères veineux lorsqu'elle est utilisée en complément de la compression standard.<sup>30</sup>

- **Énoncé 4.2.d: Chez les patients atteints d'ulcères veineux de la jambe et de lésions artérielles (ulcères mixtes) nous suggérons d'appliquer une compression modifiée chez les patients atteints de maladies artérielles moins sévères: indice de pression systolique cheville-bras [IPS] >0,5 ou pression absolue à la cheville >60 mmHg (10). Ce geste ne doit être effectué que par un professionnel de la santé formé à la gestion de l'ulcère mixte et dans les cas où le patient peut être suivi.** Nous avons suffisamment de données soutenant le fait que, pour les patients avec une insuffisance artérielle, la compression peut être appliquée avec une pression réduite, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une insuffisance artérielle grave (31-36). Lorsque l'insuffisance artérielle est modérée (IPS > 0,5) une modification, une réduction de la pression de compression n'empêche pas l'irrigation artérielle<sup>37,38</sup> et peut favoriser la guérison de l'ulcère.<sup>39</sup> La compression doit être évitée en cas d'ischémie critique ou grave de membre.<sup>10,40</sup>

- **Énoncé 4.2.e: Chez les patients avec un ulcère veineux guéri, la thérapie par compression est recommandée pour diminuer le risque de récurrence de l'ulcère.**<sup>10</sup>

Commentaire: même si les essais disponibles ont quelques défauts, les données sur l'efficacité de la compression par bas dans la prévention de la récurrence de l'ulcère sont solides. Certaines preuves sont en faveur d'une compression la plus forte possible, qui semble directement liée à une prévention efficace des récurrences d'ulcère.<sup>41-43</sup> Un article récent souligne l'importance de l'adhésion des patients au port de bas élastiques, qui semblerait être un facteur plus important encore que de la pression en elle-même.<sup>44</sup>

#### 4.2.2. Le rôle des pansements dans la gestion de l'UVJ

##### Énoncés de Pratique Clinique

- **Énoncé 4.2.f : Aucun pansement spécifique n'est supérieur pour réduire le temps de cicatrisation des UVJ (1). De simples pansements non adhésifs sont recommandés dans la gestion des UVJ.<sup>6</sup> Cela s'applique à la majorité des UVJ de petite taille et sans complications.**

**Les pansements sont sélectionnés en fonction de l'évaluation de l'état du lit de l'ulcère, de leur coût, de l'accès au pansement et de la préférence du patient et du professionnel.**<sup>1,8,10</sup>

Commentaire : Si l'UVJ est très exsudatif, sélectionnez un pansement à haute capacité d'absorption qui peut également protéger les zones péri-lésionnelles de la macération.

- **Énoncé 4.2.g: Concernant la gestion de la peau environnante, le professionnel peut envisager l'utilisation de préparations topiques pour réduire l'érythème et la macération issue de l'UVJ. L'eczéma veineux peut être traité avec des corticostéroïdes topiques à court terme, des bandages imprégnés de zinc, ou autres préparations dermatologiques.**<sup>6,1</sup>
- **Énoncé 4.2.h: Concernant l'utilisation de pansements en cas d'infection clinique, une évaluation globale du patient et de l'UVJ est nécessaire afin de déterminer la gravité de l'infection et le traitement approprié. La thérapie antimicrobienne comme les pansements à base d'argent, de miel et de cadexomère d'iode peut être prescrite lorsqu'un UVJ présente des signes d'infection.**<sup>1,8-10</sup>

Commentaire: Les antimicrobiens topiques ne doivent pas être utilisés dans les soins standards d'UVJ sans signe clinique d'infection.<sup>1,8-10</sup>

- **Énoncé 4.2.i: Concernant les pansements et les économies de coût, le traitement standard des UVJ permet de réduire le coût de gestion de l'ulcère.**<sup>1,8</sup>

Commentaire: nous avons suffisamment de preuves soutenant le fait que les pansements d'ulcères sont efficaces pour la gestion de l'exsudat, le contrôle de l'infection de l'ulcère et la réduction des coûts de gestion de l'ulcère.<sup>45-51</sup>

- **Énoncé 4.2.j : Les ulcères caractérisés par un lit de plaie adéquat mais une guérison lente ou inexistante peuvent nécessiter un débride-**



ment d'entretien du lit de la plaie et de la peau pé-ri-lésionnelle.<sup>52</sup>

#### 4.2.3 Traitements Invasifs

##### Énoncés de Pratique Clinique

- **Énoncé 4.2.i:** Afin d'améliorer la guérison des ulcères chez les patients atteints d'UVJ et de veines superficielles incompetentes, la chirurgie (ligature/stripping) ou toute autre nouvelle technique d'ablation devrait être proposée en complément de la thérapie par compression standard.<sup>10,27</sup>

Commentaire : La chirurgie traditionnelle dispose d'un nombre de preuves légèrement plus élevé que les nouvelles techniques ablatives, probablement parce qu'elles n'ont pas été suffisamment étudiées à cet effet.<sup>53,54</sup>

- **Énoncé 4.2.j:** Pour prévenir la récurrence des ulcères chez les patients avec un UVJ guéri ou actif et des veines superficielles incompetentes, la chirurgie (ligature/stripping) des veines incompetentes est recommandée en complément de la thérapie par compression standard.<sup>10,11,27</sup>
- **Énoncé 4.2.k:** Pour prévenir la récurrence des ulcères chez les patients avec un UVJ guéri ou actif et des veines superficielles incompetentes, la technique d'ablation est suggérée en complément de la thérapie par compression standard.<sup>6,9,10,27</sup>

Commentaire : Le seul traitement bien documenté pour la prévention de la récurrence ulcéreuse lorsque les veines superficielles sont impliquées est la chirurgie ouverte.<sup>54-56</sup>

Les nouvelles techniques d'ablation nécessitent davantage de recherche et c'est la raison pour laquelle les preuves en faveur de leur utilisation sont beaucoup plus faibles.<sup>57,58</sup>

- **Énoncé 4.2.l :** Pour améliorer la guérison de l'ulcère et pour prévenir les récurrences chez les patients atteints d'UVJ et de veines superficielles incompetentes avec une pathologie des veines perforantes et avec ou sans maladie veineuse profonde, la chirurgie ou l'ablation des veines perforantes et superficielles est suggérée en complément de la thérapie par compression standard.<sup>10,27</sup>

Commentaire : Tous les traitements de veines per-

forantes sont controversés, en raison d'un manque d'ECR bien conçus et d'incertitudes pour déterminer si la suppression du reflux axial ou de l'obstruction de la perforante incompetente est le plus bénéfique pour améliorer la guérison de l'ulcère de jambe.<sup>59-61</sup>

- **Énoncé 4.2.m:** Pour améliorer la guérison de l'ulcère et pour prévenir les récurrences chez les patients ayant un UVJ guéri ou actif, et une pathologie isolée des veines perforantes, la chirurgie ou autre technique ablatrice des veines perforantes pathologiques est suggérée en cas d'échec de la thérapie par compression standard.<sup>10,27</sup>
- **Énoncé 4.2.n:** Pour fermer les veines perforantes pathologiques chez les patients atteints d'UVJ, les techniques percutanées, qui ne nécessitent pas d'incisions dans les zones où la peau est atteinte, sont préférables à la chirurgie ouverte des veines perforantes.<sup>10,27</sup>

Commentaire: Il est essentiel d'éviter toute incision dans les zones où la peau est atteinte. C'est la raison pour laquelle les techniques peu invasives, de la sclérothérapie écho-guidée à la mousse, à la chirurgie endoscopique (SEPS), doivent être prises en compte lors de la planification du traitement.<sup>27</sup>

- **Énoncé 4.2.o:** Chez les patients atteints de reflux veineux profond sous-inguinal, et d'UVJ guéri ou actif, la recommandation est contre la ligature des veines poplitée ou fémorale comme traitement de routine.<sup>10,27</sup>

Commentaire: Il s'agit d'une procédure chirurgicale plus ancienne qui est, heureusement, de moins en moins utilisée.<sup>62,63</sup>

- **Énoncé 4.2.p:** Pour améliorer la guérison de l'ulcère et pour prévenir les récurrences chez les patients atteints d'occlusion totale ou de sténose grave de la veine cave inférieure et/ou des veines iliaques, l'angioplastie veineuse et la pose de stents sont recommandées en complément de la thérapie par compression.<sup>10,27</sup>
- **Énoncé 4.2.q:** Aucune méthode de débridement spécifique n'a été documentée comme optimale pour le traitement des ulcères veineux de la jambe.<sup>8</sup>

Commentaire: Les méthodes de débridement les plus

communément utilisées sont le débridement chirurgical, le débridement chirurgical conservateur, le débridement autolytique, par thérapie larvaire, enzymatique et mécanique. Le débridement chirurgical est rapide, bien qu'il nécessite une anesthésie générale ou locale et peut être douloureux. Le débridement chirurgical conservateur permet de retirer le tissu avasculaire lâche sans douleur ou saignements.<sup>1</sup>

- **Énoncé 4.2.r:** Les méthodes de débridement mécanique, telles que le débridement par ultrasons, par hydrojet ou par pansements "humide à sec", peuvent être utiles pour réduire le tissu non viable, la charge bactérienne et l'inflammation.<sup>1</sup>

### 4.3 STRUCTURES D'ORIENTATION

#### Énoncés de Pratique Clinique:

- **Énoncé 4.3.a:** La gestion de l'ulcère de jambe doit être faite par des professionnels de santé formés ou spécialisés.<sup>1,6-8</sup>

Commentaire : Les patients et les soignants peuvent toutefois jouer un rôle proactif dans la gestion autonome de l'ulcère, entre autres avec le changement des pansements et des bandages/bas/bandes de compression. Le professionnel de santé doit assister le patient pour encourager les soins en autonomie.

- **Énoncé 4.3.b:** Les cliniques spécialisées en ulcère de jambe sont recommandées comme offrant un service optimal pour le traitement d'UVJ dans le milieu communautaire (soins primaires).<sup>6</sup>
- **Énoncé 4.3.c:** Dans les zones rurales, où des professionnels spécialisés peuvent ne pas être disponibles, la télémédecine peut offrir la possibilité de fournir une assistance spécialisée pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement d'un patient atteint d'UVJ.<sup>64</sup>

### 4.4 PRÉVENTION SECONDAIRE

- **Énoncé 4.4.a:** Lorsqu'un UVJ est guéri, le patient nécessite des bas de compression médicale de 18 - 40 mmHg à vie, afin de réduire les effets à long terme de la maladie veineuse.<sup>1,6</sup>
- **Énoncé 4.4.b :** Le patient doit être vu par un professionnel de santé qualifié afin d'évaluer la pertinence et, le cas échéant, le degré de compression.<sup>1,6</sup>
- **Énoncé 4.4.c:** Le patient devrait envisager de remplacer ses bas de compression tous les six à

**douze mois et/ou conformément aux recommandations du fabricant.<sup>1</sup>**

- **Énoncé 4.4.d:** L'avantage d'un programme quotidien de soins de la peau est de favoriser la santé des jambes et de réduire le risque de récurrence de l'UVJ.<sup>1,6</sup>
- **Énoncé 4.4.e:** L'exercice physique et la mobilité ont un impact positif sur le patient et améliorent la fonction de pompe des muscles du mollet.<sup>1,65</sup> Les exercices de résistance progressive ont démontré leur efficacité pour promouvoir la fonction musculaire du mollet.
- **Énoncé 4.4.f:** Surélever les membres en position assise et éviter de rester debout pendant des périodes prolongées aide à contrôler l'œdème de la jambe.<sup>1,6</sup>
- **Énoncé 4.4.g:** Envisagez de suivre le patient pendant six à douze mois après la guérison de l'UVJ.

### 4.5 SUIVI DES RÉSULTATS

Ce chapitre souligne la nécessité de constamment vérifier les résultats des soins prodigués aux patients atteints d'UVJ. Il est précisé que les résultats d'étude devraient répondre à un seul ou un petit nombre d'objectifs clairement définis, y compris:

- Une description précise du niveau de bienfaits attendu de l'intervention et de sa durée;
- Un calendrier de recherche précis (en particulier par rapport à la rapidité à laquelle les bienfaits commenceraient à se manifester);
- Une définition des patients pour qui le bienfait est recherché.<sup>66</sup>

De grandes variations dans les paramètres des essais cliniques d'UVJ ont été rapportées, ainsi qu'un manque de paramètres liés à la qualité de vie ou aux critères identifiés par le patient.<sup>67</sup>

### 5. CONCLUSION

C'est un fait bien établi que la prévalence de l'UVJ est en augmentation, le plus souvent chez les personnes âgées, ce qui augmentera les coûts pour le patient et pour les organisations de santé dans les décennies à venir. Plus que jamais, il est nécessaire de trouver un consensus international sur la prévention et les stratégies de gestion de ces plaies chroniques, qui aient un bon rapport coût-efficacité et des résultats positifs pour le patient. Une approche d'équipe multidisciplinaire est nécessaire pour qu'à l'avenir, les professionnels de santé à travers les différents secteurs de la

santé collaborent en vue de réduire le développement et les récidives de ces plaies.

lente à cicatriser soit mainte-nue à l'ordre du jour comme une priorité de santé internationale.

EWMA et Wounds Australia, en tant qu'organes d'experts, peuvent ouvrir la voie en proposant du matériel éducatif et des publications fondées sur des données probantes en matière de gestion de l'ulcère veineux de la jambe, et en assurant que cette plaie chronique, invalidante et souvent

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. The Australian Wound Management Association Inc and the New Zealand Wound Care Society Inc. 2011.
2. Posnett J, Gotttrup F, Lundgren H, Saal G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*. 2009 Apr;18(4):154-61. PubMed PMID: 19349935. Epub 2009/04/08. eng.
3. Scott IA, Glasziou PP. Improving the effectiveness of clinical medicine: the need for better science. *The Medical Journal of Australia*. 2012 Mar 19;196(5):304-8. PubMed PMID: 22432658. Epub 2012/03/22. eng.
4. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Bmj*. 1999 Feb 20;318(7182):527-30. PubMed PMID: 10024268. PubMed Central PMCID: 1114973.
5. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) Venous Ulcer Guideline. Malvern, Pennsylvania: Association for the Advancement of Wound Care (AAWC) December 2010 (Accessible at <http://aawconline.org/professional-resources/resources/>).
6. Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. SIGN Publication. 2010.
7. Van Hof N BF, Apeldoorn L, De Nooijer HJ VDV, Van Rijn-van Kortenhof NMM. NHG Guideline Venous Ulcers. Dutch College of General Practitioners (NHG), Huisarts & Wetenschap. 2010;53(6):321-33.
8. Wound O, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). 2011 (Jun 1. 58 p. (WOCN clinical practice guideline series; no. 4)).
9. Neumann M C-TA, Jünger M, Mosti G, Munte K, Partsch H, Rabe E, Rameler AA, Streit M. Evidence Based (S3) Guidelines for Diagnostics and Treatment of Venous Leg Ulcers. *European Dermatology Forum*. 2014;EDF guidelines leg ulcers / version 4.0.
10. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery*. 2014;60(2):3S-59S.
11. Wittens C DAH, Bakgaard N., et al. Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;(2015) 49, 678e737.
12. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30. PubMed PMID: 14568747. Epub 2003/10/22. eng.
13. Muche-Borowski C, Nothacker M, Kopp I. [Implementation of clinical practice guidelines: how can we close the evidence-practice gap?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015 Jan;58(1):32-7. PubMed PMID: 25412582. Leitlinienimplementierung: Wie schliessen wir die Lucke zwischen Evidenz und Anwender?
14. Australian Wound Management Association Inc. Standards for wound management. 2nd ed: AWMA; 2010.
15. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 (11):N.PAG. PubMed PMID: 2009822423. Language: English. Entry Date: 20080314. Revision Date: 20150619. Publication Type: journal article.
16. Kikta MJ, Schuler JJ, Meyer JP, Durham JR, Eldrup-Jorgensen J, Schwarcz TH, et al. A prospective, randomized trial of Unna's boots versus hydroactive dressing in the treatment of venous stasis ulcers. *Journal of vascular surgery*. 1988;7(3):478-86.
17. Rubin JR, Alexander J, Plecha EJ, Marman C. Unna's boot Vs polyurethane foam dressings for the treatment of venous ulceration: A randomized prospective study. *Archives of Surgery*. 1990;125(4):489-90.
18. Cordts PR, Hanrahan LM, Rodriguez AA, Woodson J, LaMorte WW, Menzoian JO. A prospective, randomized trial of Unna's boot versus Duoderm CGF hydroactive dressing plus compression in the management of venous leg ulcers. *Journal of vascular surgery*. 1992;15(3):480-6.
19. Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Perisic ZD, Milosevic ZD, Jankovic RJ, et al. A randomized trial of the Tubulcus multilayer bandaging system in the treatment of extensive venous ulcers. *Journal of vascular surgery*. 2007;46(4):750-5.
20. Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Jovanovic MM, Jankovic RJ, Milosevic ZD, et al. The influence of different sub-bandage pressure values on venous leg ulcers healing when treated with compression therapy. *Journal of vascular surgery*. 2010;51(3):655-61.
21. Brizzio E, Amsler F, Lun B, Blättler W. Comparison of low-strength compression stockings with bandages for the treatment of recalcitrant venous ulcers. *Journal of vascular surgery*. 2010;51(2):410-6.
22. Wong IK, Andriessen A, Charles H, Thompson D, Lee D, So W, et al. Randomized controlled trial comparing treatment outcome of two compression bandaging systems and standard care without compression in patients with venous leg ulcers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. 2012;26(1):102-10.
23. Nelson EA, Prescott RJ, Harper DR, Gibson B, Brown D, Ruckley CV. A factorial, randomized trial of pentoxifylline or placebo, four-layer or single-layer compression, and knitted viscose or hydrocolloid dressings for venous ulcers. *Journal of vascular surgery*. 2007;45(1):134-41.
24. Kralj B, Kosicek M, editors. Randomised comparative trial of single-layer and multi-layer bandages in the treatment of venous leg ulcer. Proceedings of the 6th European Conference on Advances in Wound Management; 1996.
25. Taylor A, Taylor R, Marcuson R. Prospective comparison of healing rates and therapy costs for conventional and four-layer high-compression bandaging treatments of venous leg ulcers. *Phlebology / Venous Forum of the Royal Society of Medicine*. 1998;13(1):20-4.
26. Blecken SR, Villavicencio JL, Kao TC. Comparison of elastic versus nonelastic compression in bilateral venous ulcers: a randomized trial. *Journal of vascular surgery*. 2005;42(6):1150-5.
27. Mosti G, De Maeseneer M, Cavezzi A, Parsi K, Morrison N, Nelzen O, et al. Society for Vascular Surgery (SVS) and American Venous Forum (AVF) guidelines on management of venous leg ulcers: the International Union of Phlebology (UIP) point of view. *International angiology: a journal of the International Union of Angiology*. 2015.
28. Nelson EA, Mani R, Thomas K, Vowden K. Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers. *The Cochrane Library*. 2011.
29. McCulloch JM, Marler KC, Neal MB, Phifer TJ. Intermittent pneumatic compression improves venous ulcer healing. *Advances in Skin & Wound Care*. 1994;7(4):22-9.
30. Kalodiki E. Use of intermittent pneumatic compression in the treatment of venous ulcers. 2007.
31. Humphreys ML, Stewart AH, Gohel MS, Taylor M, Whyman MR, Poskitt KR. Management of mixed arterial and venous leg ulcers. *Br J Surg*. 2007 Sep;94(9):1104-7. PubMed PMID: 17497654.
32. Ghauri A, Nyamekye I, Grabs A, Farndon J, Poskitt K. The diagnosis and management of mixed arterial/venous leg ulcers in community-based clinics. *European journal of vascular and endovascular surgery*. 1998;16(4):350-5.
33. Adam D, Naik J, Hartshorne T, Bello M, London N. The diagnosis and management of 689 chronic leg ulcers in a single-visit assessment clinic. *European journal of vascular and endovascular surgery*. 2003;25(5):462-8.
34. Clinical Practice Guidelines. The nursing management of patients with venous leg ulcers. Royal College of Nursing. 2006.
35. Treiman GS, Copland S, McNamara RM, Yellin AE, Schneider PA, Treiman RL. Factors influencing ulcer healing in patients with combined arterial and venous insufficiency. *Journal of vascular surgery*. 2001;33(6):1158-64.
36. Georgopoulos S, Kouvelos G, Koutsoumpelis A, Bakoyiannis C, Lymperi M, Klonaris C, et al. The effect of revascularization procedures on healing of mixed arterial and venous leg ulcers. *International angiology: a journal of the International Union of Angiology*. 2013;32(4):368-74.
37. Top S, Arveschoug A, Fogh K. Do short-stretch bandages affect distal blood pressure in patients with mixed aetiology leg ulcers? *Journal of wound care*. 2009;18(10):439-42.
38. Mosti G, Iabichella ML, Partsch H. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. *Journal of vascular surgery*. 2012;55(1):122-8.
39. Marston WA, Davies SW, Armstrong B, Farber MA, Mendes RC, Fulton JJ, et al. Natural history of limbs with arterial insufficiency and chronic ulceration treated without revascularization. *Journal of vascular surgery*. 2006;44(1):108-14. e1.
40. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2007;33(1):S1-S75.
41. Nelson EA, Harper DR, Prescott RJ, Gibson B, Brown D, Ruckley CV. Prevention of recurrence of venous ulceration: randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression. *Journal of vascular surgery*. 2006;44(4):803-8.
42. Vandongen Y, Stacey M. Graduated compression elastic stockings reduce lipodermatosclerosis and ulcer recurrence. *Phlebology / Venous Forum of the Royal Society of Medicine*. 2000;15(1):33-7.
43. Nelson EA, BellDSyer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *The Cochrane Database Syst Rev*. 2014.
44. ClarkeDMoloney M, Keane N, O'Connor V, Ryan MA, Meagher H, Grace PA, et al. Randomised controlled trial comparing European standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance. *International wound journal*. 2014;11(4):404-8.
45. O'Meara S, Martyn-St James M. Foam dressings for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2013; (5). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009907.pub2/abstract>.
46. O'Meara S, Martyn-St James M, Adderley UJ. Alginate dressings for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;8:CD010182. PubMed PMID: 26286189. Epub 2015/08/20. eng.



- 
47. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington Liza G, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014; (1). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003557.pub5/abstract>.
  48. Capillas PR, Cabré AV, Gil CA, Gaitano GA. [Comparison of the effectiveness and cost of treatment with humid environment as compared to traditional cure. Clinical trial on primary care patients with venous leg ulcers and pressure ulcers]. *Revista de enfermeria* (Barcelona, Spain). 2000;23(1):17-24.
  49. Payne WG, Posnett J, Alvarez O, Brown-Etris M, Jameson G, Wolcott R, et al. A prospective, randomized clinical trial to assess the cost-effectiveness of a modern foam dressing versus a traditional saline gauze dressing in the treatment of stage II pressure ulcers. *Ostomy/wound management*. 2009;55(2):50.
  50. Capasso VA, Munro BH. The cost and efficacy of two wound treatments. *AORN journal*. 2003;77(5):984-1004.
  51. Gottrup F, Jørgensen B, Karlsmark T, Sibbald RG, Rimdeika R, Harding K, et al. Reducing wound pain in venous leg ulcers with Biatain Ibu: a randomized, controlled double-blind clinical investigation on the performance and safety. Wound repair and regeneration: official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society. 2008;16(5):615-25.
  52. Falanga V, Brem H, Ennis WJ, Wolcott R, Gould LJ, Ayello EA. Maintenance debridement in the treatment of difficult-to-heal chronic wounds. Recommendations of an expert panel. *Ostomy Wound Manage*. 2008 Jun;Suppl:2-13; quiz 4-5. PubMed PMID: 18980069. Epub 2008/11/05. eng.
  53. Scriven J, Hartshorne T, Thrush A, Bell P, Naylor A, London N. Role of saphenous vein surgery in the treatment of venous ulceration. *British journal of surgery*. 1998;85(6):781-4.
  54. Howard D, Howard A, Kothari A, Wales L, Guest M, Davies A. The role of superficial venous surgery in the management of venous ulcers: a systematic review. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2008;36(4):458-65.
  55. Barwell JR, K H, J D, Davies C, J M, A S. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *Lancet*. 2004;335.
  56. van Gent WB, Hop WC, van Praag MC, Mackaay AJ, de Boer EM, Wittens CH. Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcers: a prospective, randomized, multicenter trial. *Journal of vascular surgery*. 2006;44(3):563-71.
  57. Samuel N, Carradice D, Wallace T, Smith GE, Chetter IC. Endovenous thermal ablation for healing venous ulcers and preventing recurrence. *The Cochrane Library*. 2013.
  58. Marston WA. Efficacy of endovenous ablation of the saphenous veins for prevention and healing of venous ulcers. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2015;3(1):113-6.
  59. Jeanneret C, Fischer R, Chandler JG, Galeazzi RL, Jäger KA. Great saphenous vein stripping with liberal use of subfascial endoscopic perforator vein surgery (SEPS). *Annals of vascular surgery*. 2003;17(5):539-49.
  60. Stuart WP, Lee AJ, Allan PL, Ruckley CV, Bradbury AW. Most incompetent calf perforating veins are found in association with superficial venous reflux. *Journal of vascular surgery*. 2001;34(5):774-8.
  61. Stuart WP, Adam DJ, Allan PL, Ruckley CV, Bradbury AW. Saphenous surgery does not correct perforator incompetence in the presence of deep venous reflux. *Journal of vascular surgery*. 1998;28(5):834-8.
  62. Lindhagen A, Hallböök T. Venous function in the leg 20 years after ligation and partial resection of the popliteal vein. *Acta chirurgica Scandinavica*. 1981;148(2):131-4.
  63. Bauer G. The etiology of leg ulcers and their treatment by resection of the popliteal vein. *J Int Chir*. 1948;8(937-7).
  64. Al MZe. eHealth in wound care - overview and key-issues to consider before implementation. *Journal of Wound Care*. 2015 (24):1-44.
  65. Jull A, Mitchell N, Aroll J, Jones M, Waters J, Latta A, et al. Factors influencing concordance with compression stockings after venous leg ulcer healing. *Journal of wound care*. 2004;13(3):90-2.
  66. Gottrup F, Apelqvist J, Price P. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations. *Journal of wound care*. 2010;19(6):239.
  67. Gethin G, Killeen F, Devane D. Heterogeneity of wound outcome measures in RCTs of treatments for VLU: a systematic review. *J Wound Care*. 2015 May;24(5):211-2, 4, 6 passim. PubMed PMID: 25970758. Epub 2015/05/15. eng.
-