



BULLETIN D'INFORMATION du médicament et de pharmacovigilance

N° 102

JUILLET - AOUT 2002

ISSN 1169-8772

LES BAS DE CONTENTION DANS LA PREVENTION DES THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES EN CHIRURGIE

➤ LA CONTENTION ELASTIQUE : LE PRINCIPE¹

Définition

Lorsque l'on évoque les méthodes physiques de prévention des thromboses veineuses profondes (TVP), les termes de "contention" et de "compression" sont souvent utilisés sans distinction, alors qu'ils définissent des choix thérapeutiques différents.

La *contention* vise à s'opposer à l'augmentation de volume du muscle lors d'un exercice. Au repos, aucune pression n'est appliquée sur le membre : il s'agit d'une action passive qui ne se manifeste qu'à l'effort.

La *compression* se manifeste au repos comme à l'effort. Une pression est constamment appliquée sur le muscle. Le choix de la pression s'effectue en fonction de l'indication.

Nous utiliserons conventionnellement le terme «bas de contention» pour désigner ces 2 types de stratégies.

Mode de fonctionnement des bas de contention

Le mode de fonctionnement des bas de contention n'est pas précisément connu, mais plusieurs hypothèses sont émises. Certains effets des bas de contention peuvent cependant être constatés par des mesures (comme par exemple la vitesse du sang par écho-doppler).

Principe hémodynamique

L'action des bas de contention procède de la notion de pression transmurale. La pression transmurale représente la différence entre la pression veineuse et la pression périveineuse. Cette différence de pression conditionne le diamètre des veines et les flux liquidiens (responsables d'un œdème par exemple).

Hors contention, lors du passage d'une position couchée à une position debout immobile, le sang, par l'action de la pesanteur, tend à augmenter la pression transmurale (qui peut, à la cheville, passer de 5 mm Hg à plus de 75 mm Hg).

Le maintien d'une pression élevée dans le réseau veineux induit un gonflement des veines (une stase veineuse), et nuit au bon fonctionnement des échanges liquidiens entre les tissus et les capillaires veineux.

A la marche, la pression transmurale diminue par l'action de la pompe musculo-veineuse et des valvules.

La pompe musculo-veineuse fonctionne en trois temps (la systole, la diastole et le repos), selon le principe d'une pompe péristaltique, tandis que les valvules empêchent le reflux du sang.

En cas de pathologie veineuse (insuffisance veineuse) ou d'obstacle (thrombose), la pression transmurale au repos reste trop élevée (20 à 30 mm Hg). Le principe de la contention est de rétablir une pression transmurale normale, en augmentant la pression extravasculaire d'une quantité égale à cet excès de pression.

Principe de la dégressivité

Physiologiquement, la pression diminue graduellement de l'aorte (100 mm Hg) jusqu'à l'oreillette droite (5 mm Hg). La contention appliquée doit respecter cette décroissance de la cheville au haut de la cuisse.

Effets hémodynamiques résultant de la contention

Au repos

- Réduction du calibre des veines (donc augmentation de la vitesse linéaire sanguine)
- Diminution de la stase veineuse.
- Effet anti-œdème : amélioration du drainage interstitiel.

A la marche

- Amélioration du fonctionnement de la pompe musculo-veineuse et des valvules.
- Diminution de la pression veineuse ambulatoire (c'est-à-dire la pression transmurale lors de la marche).



Comité de Rédaction : M. LE DUFF, L. AUGEREAU, L. LEGRAND Centre Régional d'Information sur le Médicament CHU RENNES

H. ALLAIN, E. POLARD - Centre Régional de Pharmacovigilance RENNES ☎ 02.99.28.43.63

Ont également participé à la rédaction de ce numéro : Dr D. CHOMARD, Centre Médical La Fontaine au Bac - Le Bignon du Maine (53).

Dr A. LUCAS, Service Chirurgie Vasculaire, Dr Y. LURTON, Pharmacien CAMSP, CHU Rennes.

Adresser les correspondances à : Bulletin d'Information du Médicament C. R. I. M. - C. H. U. HOTEL-DIEU CS 26419 2 rue de l'Hôtel-Dieu

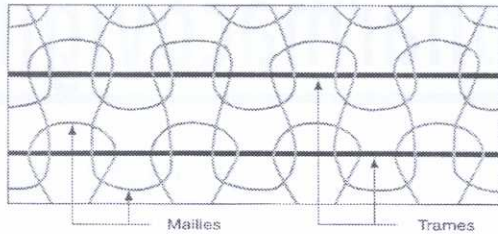
35064 RENNES cedex France ☎ 02.99.87.34.07 FAX 02.99.87.34.08 - Ligne directe : Demandes de Renseignements ☎ 02.99.87.34.10 crim@chu-rennes.fr

ASPECT TECHNIQUE : CONFECTION ^{1, 2}

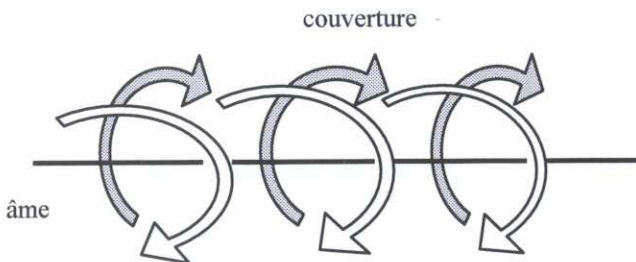
Structure des bas de contention

La maille : Elle constitue l'élément de base du tricot. Il s'agit d'une boucle de fil qui passe dans celle qui la précède.

La trame : Fibre qui passe perpendiculairement à l'intérieur des mailles.



Le guipage : Il consiste à recouvrir un fil "âme" d'une ou plusieurs "couvertures" constituées de fils différents.



Tricotage : 2 sortes de métiers à tisser aux propriétés différentes.

Métier circulaire : Les bas sont esthétiquement mieux finis (aspect plus fin et absence de couture), mais le nombre de mailles est fixe, quel que soit le diamètre du tricot (au niveau de la cheville ou de la cuisse). Pour élargir le diamètre du bas, la maille doit être plus large. La qualité du tricot n'est donc pas constante. L'élargissement de la maille peut être "compensé" en augmentant le nombre de côtes.

Métier rectiligne : Les bas paraissent moins plaisants car ils possèdent une couture sur l'arrière de la jambe, mais ils sont plus confortables et la qualité du tricot reste constante quelle que soit la hauteur.

Remarque : La majorité des bas est actuellement confectionnée avec des métiers circulaires. Les bas sur mesure peuvent être confectionnés à plat (métier rectiligne) ou circulairement pour des patients ne répondant pas aux normes de tailles.

Nature des fils

On a utilisé des matières d'origine animale (laine), végétale (lin, coton...), minérale (amiante, verre) ou chimique (dérivés celluloseux ou synthétiques comme les polyamides).

Les plus employées de nos jours sont :

Le caoutchouc naturel : fibre naturelle, élastique, fragile à l'agression des corps gras et de la transpiration (peu à peu détrônée par les élasthanes).

L'élasthanne (Lycra®) : fibre élastique employée dans la trame ou dans la maille pour son élasticité (nettement supérieure à celle du caoutchouc). Elle confère aux bas leurs caractéristiques de compression

Le coton : fibre de couverture en guipage sur une fibre élastique. Il rend le bas confortable et régule bien la température, mais reste fragile aux érosions mécaniques (il n'est donc pas utilisé dans les zones de friction comme au talon).

Les polyamides (Nylon®) : fibres résistantes et faciles d'entretien, utilisées comme guipage du fil de maille ou de trame (notamment dans les zones de frottement). Les dernières fibres de polyamide sont des microfibrilles qui donnent un aspect soyeux, doux et respirant.

Epaisseur des fils : 2 unités existent

Le denier : Masse en grammes de 9 km de fil.

Le décitex : Masse en grammes de 10 km de fil.

Plus le nombre diminue et plus le fil est fin : de moins de un à plusieurs centaines de décitex.

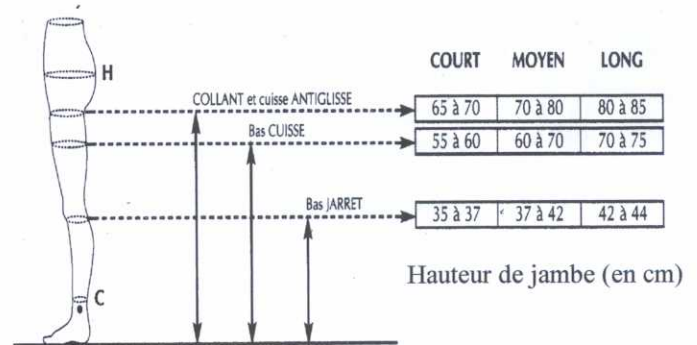
Elasticité

Elasticité dans 1 sens : Le fil élastique est dans la trame et permet l'extension dans la largeur.

Elasticité dans 2 sens : Le fil élastique est dans la trame et la maille ; le bas peut s'étendre dans la largeur et la hauteur, mais s'oppose moins bien à la formation de l'œdème.

Différents types de bas

Longueur : Les formes des bas doivent être adaptées à la pathologie. On distingue : bas jarrets, bas genoux, bas mi-cuisses ainsi que bas cuisses ou collants. Dans la prévention des TVP, la forme des bas doit être adaptée aux lésions veineuses sous-jacentes ou aux possibilités morphologiques à supporter une contention bien appropriée. Lors du traitement d'une thrombose, le choix doit s'orienter vers les bas jarrets (si la localisation de la thrombose est poplitée), ou vers les bas cuisses (si l'origine est fémorale).



Pression : Selon la loi de Laplace, la pression externe d'une contention est proportionnelle à la tension du tissu élastique et inversement proportionnelle au rayon de courbure. Les pressions mentionnées sont celles appliquées par l'orthèse au niveau de la cheville. Elles s'expriment en mm Hg (normes NF G30 102B).

Il est à noter qu'en termes de morbidité, l'incidence de la longueur des bas et de la pression exercée n'a pas été bien évaluée.

Classe	France	UK	Europe (projet de norme)	Suisse/Italie	Allemagne
I	10 - 15	14 - 17	15 - 21	18 - 21	18 - 21
II	15 - 20	18 - 24	23 - 32	26,25 - 33,75	25 - 32
III	20 - 36	25 - 35	34 - 46	36,75 - 48,75	36 - 46
IV	> 36	> 35	> 49	> 54	> 58

Il existe de grandes différences entre la France et d'autres pays d'Europe qui ont tendance à appliquer des pressions plus fortes.

Nomenclature : Il existe une nomenclature officielle (guère utilisée en pratique) qui référence les bas par un nombre composé de 3 chiffres précédé de la lettre V. Exemple V 122

V	1	2	3
Catégorie	Métier utilisé	Nature des côtes	
1 = Elasticité dans 1 seul sens	1 = Métier rectiligne	1 = Côtes fortes	
2 = Elasticité dans les 2 sens	2 = Métier circulaire	2 = Côtes fines	
3 = Elasticité dans 1 sens extensibilité dans l'autre		3 = Côtes extra-fines	

➤ LA CONTENTION ELASTIQUE EN PRATIQUE ¹

Prescription, indications, contre-indications

La prescription doit être faite par un médecin sur une ordonnance séparée des autres médicaments. Elle doit préciser le modèle prescrit (bas jarret, bas mi-cuisse...), la classe de contention, le nombre de paires et éventuellement la marque. Il peut être prescrit jusqu'à 2 paires la première fois, sans limitation dans le nombre de renouvellements.

Classe	Indications*
I**	Sensation de jambes lourdes, de fatigue. Affections veineuses peu importantes. Etat prévariqueux, varices de la grossesse. Prévention des TVP chez les patients alités.
II	Insuffisance veineuse superficielle, varices de la grossesse avec oedèmes, oedèmes de fin de journée, après sclérothérapie ou chirurgie. Prévention des TVP après déambulation.
III	Après chirurgie de varice ou sclérothérapie, insuffisance veineuse moyenne, état variqueux permanent, syndrome postphlébitique, lymphoedème réversible.
IV	Insuffisance veineuse chronique, œdème post-phlébitique et post traumatique, lymphoedème irréversible.

* L'absence de standardisation dans la classification des produits, les conditions d'études et les critères d'évaluation limite ces indications à des propositions.

** Les bas dits ATE (anti-thromboemboliques) appartiennent à cette classe de contention. Les pressions exercées par ce type de bas sont insuffisantes dès que le patient est verticalisé. Du fait d'une verticalisation postopératoire de plus en plus précoce, leur utilisation pose question.

Contre-indications

Hémodynamiques : artériopathies et polyarthrites, phlébites septiques hémodynamiques...

Systémiques : œdèmes de l'insuffisance cardiaque

Dermatologiques : dermatose, pyodermite, ulcères, chirurgie septique,...

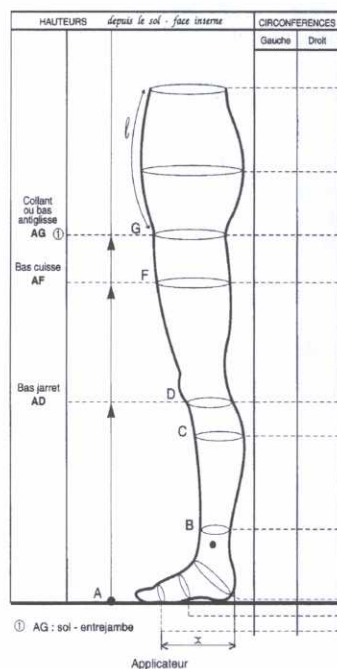
Neuropathies diabétiques

Troubles de la sensibilité des extrémités

Hypersensibilité aux fibres du tissu

En cas de contre-indications, il faut savoir avoir recours à une contention par bandes dans certaines pathologies comme l'artérite, en utilisant des bandes à allongement court.

Prise de mensurations



Elle conditionne le confort du patient (et donc son observance et sa tolérance), mais aussi l'efficacité de la contention.

La prise de mesures doit s'effectuer de préférence le matin sur un membre le moins œdémateux possible.

Les mesures s'effectuent par rapport à des points fixes sur la jambe. Les fabricants précisent les mensurations à prendre afin d'adapter au mieux les bas qu'ils proposent.

Pour les bas sur mesure, la prise de mensurations est nettement plus complexe et doit être réalisée par quelqu'un d'expérimenté : il peut être nécessaire de mesurer entre autres, la pointure, le tour du bas de pied, le cou-de-pied, le

tour du talon au sol, le tour sous le mollet (B), le tour du jarret (C), le tour au-dessous du genou (D) ainsi que les hauteurs plante du pied/jarret (AC), plante du pied/genou (AD). Les mesures à effectuer peuvent varier selon les marques. Il ne faut pas hésiter à avoir recours au sur mesure dans les morphologies "non standard", en retenant qu'une contention mal adaptée peut avoir un effet délétère (striction) et sera inutile, puisqu'elle sera abandonnée rapidement.

Dispensation et remboursement

Sous réserve de satisfaire aux conditions d'agrément fixées par l'Assurance Maladie, portant sur l'aménagement d'une zone isolée d'essayage, toute officine de pharmacie peut dispenser des bas de contention fabriqués en série. Il faut, en outre, posséder le "D. U. d'Orthopédie" pour délivrer des bas sur mesure.

Le remboursement des bas de contention par la Sécurité Sociale s'effectue sur la base des 65 % du tarif TIPS (le nombre de bas remboursés par an n'est pas limité). Le tarif TIPS s'échelonne de 22 € pour les bas-jarrets à 42 € pour les collants.

Pour être remboursés, les bas de contention doivent être conformes aux normes TIPS : compression étalonnée et contrôlée à la cheville, compression dégressive de bas en haut, talon tricoté qui permet le positionnement anatomique de la cheville, conformité des matières premières et des procédures de fabrication, marquage CE.

Mise en place

Les bas doivent être enfilés de préférence le matin avant le lever. La technique générale consiste à retourner le bas à l'envers sans l'enrouler sur lui-même, de placer le pied dans l'envers du chausson, puis de retourner progressivement le bas sur la jambe en évitant les plis et en le plaçant correctement.

Cette manœuvre peut être facilitée en talquant la jambe.

Si la contention est trop forte, et/ou que la personne n'a pas la force nécessaire pour placer correctement le bas, il peut être proposé un applicateur (il en existe de différentes sortes) ou l'aide d'une tierce-personne.

La mise en place des bas sans faire de plis est importante, car les plis peuvent blesser les patients (il s'agit d'un des principaux motifs d'arrêt de traitement).

Durée d'application

Aucune étude n'a évalué correctement la durée de traitement en prévention des thromboses veineuses. Le risque perdure, selon les avis, jusqu'à la reprise de la déambulation ou plus.

Une méta-analyse de la revue Cochrane précise, qu'en cas de chirurgie, le port des bas peut débuter avant l'intervention. Il faut tenir compte du capital veineux et des antécédents éventuels de thrombose qui doivent entraîner une contention systématique. Faute de données comparatives claires, on ne peut dire s'il est préférable de débuter le port des bas avant ou après la chirurgie ³.

Entretien des bas

Les fibres de caoutchouc sont sensibles à l'acidité de la transpiration et se détériorent rapidement. Les bas doivent être lavés à l'eau douce, tiède, avec du savon de Marseille, le plus régulièrement possible (d'où l'intérêt de disposer de plusieurs paires). Les bas doivent sécher à plat loin d'une source de chaleur trop importante.

Lors de leur manipulation, se méfier des bijoux qui peuvent abîmer les mailles.

Eviter l'usage de crème ou de pommade grasse qui dissolvent le caoutchouc.

Autres techniques de compression et conseils non médicamenteux ¹

Bandes de contention : Les bandes sont tissées selon le même principe que les bas de contention. On distingue les bandes non élastiques (de moins en moins employées, utilisées exclusivement dans la contention pure) et les bandes à allongement (élasticité dans 1 sens ou dans 2 sens).

La pression exercée est conditionnée par l'étirement de la bande au moment de la pose (ce qui implique un apprentissage). Certaines bandes sont étalonnées : un motif sur la bande permet de repérer approximativement la pression exercée.

Remarque : Une pression trop importante devient rapidement intolérable.

Compression pneumatique intermittente (CPI) : Un brassard se gonfle de façon intermittente sur le membre à comprimer. La pression exercée, le temps de compression ainsi que l'intervalle entre 2 compressions sont sélectionnés sur l'automate (des pressions trop fortes peuvent être à l'origine de nécroses). Il existe des brassards composés d'un ou plusieurs compartiments. Ainsi, en gonflant successivement les différents compartiments, on crée un mouvement de drainage, ce qui reproduit le mouvement de la pompe musculo-veineuse dans le but de limiter la stase veineuse.

Ce procédé favoriserait également la fibrinolyse.

Son inconvénient réside dans son coût et dans l'impossibilité du patient à se mouvoir. De plus, ce procédé peut être ressenti comme inconfortable (nuisance sonore la nuit...).

Quelques conseils non médicamenteux

- Surélever les pieds du lit.
- Mobiliser les membres inférieurs (étirement passif des mollets travail actif de flexion-extension lente de la cheville.)
- Conserver une bonne hydratation.
- Effectuer des exercices respiratoires.

Ces exercices ont pour but de limiter la stase veineuse et d'améliorer l'oxygénation des tissus.

D'autres facteurs seraient en mesure de réduire le risque de thromboses veineuses, comme le choix de la technique d'anesthésie.

Suite page 5 (Feuillet Additionnel) ⇨

La Girafe du Zoo (Extrait)

(...) **Girafe**. – J'en ai 7 (vertèbres), tout comme vous et les rats. Je pèse 7 quintaux et je mesure 6,20 m.

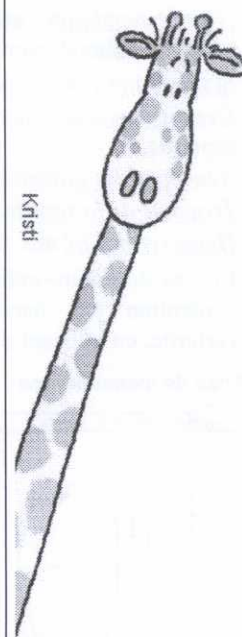
Journaliste. – Bien. Cela signifie que, la tête haute, vous avez une pression spectaculaire dans les pattes. (*Il tire de sa poche carnet et crayon.*) Tout compte fait, environ 450 millimètres de mercure, plus 140 autres, fournis par le cœur. Un total, disons, de 600. Quand on pense qu'avec nos 200 millimètres nous sommes déjà mal lotis... Et pourtant, nous sommes, vous et nous, des mammifères, plus ou moins composés des mêmes matériaux. Ne souffrez-vous jamais d'hypertension, en particulier quand vous courez ? Ou de veines variqueuses, d'hémorragies internes ? (...)

Girafe. – A en juger par votre insistance, vous devez avoir des problèmes personnels.

Journaliste. – Eh oui, en effet. Hypotenseurs, diurétiques, pas de sel... Ce n'est pas une vie simple.

Girafe. – Uniquement parce que vous n'avez pas su vous équiper à temps. Nous sommes des hypertendus, mais nous n'en souffrons pas du tout. Avez-vous jamais porté des bandes élastiques ? Eh bien, nous avons des bandes élastiques congénitales incorporées à nos quatre pattes. Je vous avoue qu'elles sont très confortables : veines et artères ne se fatiguent pas, même si nous avons la tension que vous avez calculée, et c'est un matériel de tout premier ordre, il ne s'use pas, ou plutôt il se renouvelle avec le temps. Nous avons également trouvé le moyen de réduire la pression du sang qui reflue. Vous êtes gênés par le sang de vos artères et de vos veines qui doit remonter jusqu'au cœur. Eh bien, nous avons mis au point une série de valves tout au long des grosses veines en montée. Elles s'ouvrent à chaque pulsation et se referment en empêchant le sang de peser sur les vaisseaux. Comme si chaque veine était subdivisée en segments indépendants. Pardonnez mon langage primitif, je ne suis pas physiologiste, je ne suis qu'une girafe mâle, fière de sa taille et humiliée par la captivité... Et maintenant, ça suffit, s'il vous plaît. Je dois faire un peu d'exercice, ce n'est pas le vétérinaire qui me l'a prescrit mais mon instinct et la nature. Je dois courir, même si c'est à l'intérieur de l'espace misérable où vous m'avez confiné. (...)

Primo LEVI. " Dernier Noël de Guerre ". Editions 10/18 - 2002 N° 3389.



➤ ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES BAS DE CONTENTION DANS LA PRÉVENTION DES THROMBOSES VEINEUSES (TVP) EN POSTOPÉRAIRE (D'APRÈS ÉTUDES COMPARATIVES)

L'évaluation de l'efficacité des bas de contention reste délicate. Les articles publiés ne mentionnent pas systématiquement les caractéristiques exactes des orthèses utilisées (longueur des bas, classe de la contention...).

D'autre part, la détection des TVP reposant souvent sur des critères intermédiaires et non cliniques, l'exploitation des résultats reste difficile.

Les techniques de diagnostic des TVP sont de sensibilités différentes : la méthode de référence est la phlébographie ; les autres étant moins sensibles (écho-doppler, pléthysmographie,...) ou d'utilisation moins aisée (méthode au fibrinogène marqué, dosage des D-dimères,...)⁴.

Le risque estimé de développer une thrombose reste imprécis ; il faut individualiser chaque patient par rapport à la chirurgie réalisée. Au sein d'une même étude, la population testée peut être hétérogène.

Les conclusions auxquelles on aboutit doivent donc être nuancées. Les recherches documentaires ont été menées dans un contexte chirurgical. Les bas de contention peuvent être utilisés dans la prévention des thromboses veineuses profondes en médecine, mais ce thème n'est pas abordé ici.

Bas de contention versus pas de méthode de prévention

Plusieurs méta-analyses ont montré l'efficacité des bas de contention dans la prévention des TVP en post-chirurgical^{5, 6, 7}.

L'usage des bas de contention permet de réduire significativement le nombre de TVP.

Association bas de contention + HBPM versus bas de contention

Plusieurs essais ont comparé l'efficacité des bas de contention associés ou non à une HBPM^{5, 8}.

Il apparaît que l'association bas de contention + HBPM réduit plus le nombre de TVP que les bas de contention utilisés seuls.

Bas de contention versus héparine (non fractionnée ou HBPM)
Quelques études de méthodologie discutable⁹.

Association bas de contention + héparine non fractionnée versus héparine non fractionnée

Une étude de méthodologie discutable¹⁰.

Taux d'embolies pulmonaires avec bas de contention versus sans bas de contention

En 2002, la revue Prescrire a publié une série d'articles sur la prévention des embolies pulmonaires. L'embolie pulmonaire est une des complications des TVP. Les méthodes physiques de prévention des TVP sont évoquées et peuvent être utilisées lorsque le risque hémorragique est important¹¹.

Les études publiées ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité des bas de contention dans la prévention des embolies pulmonaires.

Une autre méthode de prévention reste indispensable chez les patients à risque.

Influence de la pression

Aucune étude n'a évalué en termes de morbidité l'influence de la pression sur le nombre de TVP.

Une étude a été menée sur l'influence de pressions différentes (10, 20 et 30 mm Hg) sur le volume des chevilles (mesurées avec un seau d'eau spécial)¹².

Cette étude conclut que :

Efficacité : 10 mm Hg < 20 ou 30 mm Hg.

Efficacité : 20 mm Hg = 30 mm Hg

Tolérance : 10 mm Hg > 20 mm Hg > 30 mm Hg

Etude de l'influence de la taille des bas de contention

Aucune étude n'a évalué l'influence de la taille des bas de contention. Cependant, il faut noter que l'efficacité et la tolérance sont conditionnées par la bonne adaptation des bas à la morphologie du patient (*elle améliore l'observance et l'efficacité*).

L'un des motifs de refus du port des bas de contention reste un critère esthétique (*notamment chez l'homme*). L'usage de bas genoux peut s'avérer préférable à celui des bas cuisses : efficacité comparable, meilleure tolérance, moindre coût. Celui des bas jarrets est considéré comme satisfaisant¹³.

Références	Type d'étude	Nombre de patients et % de thromboses (T) par groupe			Résultats
		Pas de méthode de prévention	Bas de contention seuls	Bas de contention + autre méthode : HBPM, héparine calcique....	
Amarigiri et al. (2001) ⁵	Méta-analyse (9 études)	581 - T = 27 %	624 - T = 13 %		OR = 0,34 95 % CI : 0,25 - 0,46
	Méta-analyse (7 études)		505 - T = 14 %	501 - T = 2 %	OR = 0,24 95 % CI : 0,15 - 0,37
Turner et al. (1984) ⁶	Chirurgie gynécologique (1 essai)	92 - T = 4,3 %	104 - T = 0 %		p = 0,048
Wells et al. (1994) ⁷	Chirurgie non orthopédique (11 études)	930 - T = 17,6 %	932 - T = 6,2 %		OR = 0,28 95 % CI : 0,23 - 0,42 p < 0,0001 significatif
	Chirurgie orthopédique (1 étude)	46 - T = 45,6 %	44 - T = 29,5 %		OR = 0,50 95 % CI : 0,19 - 1,29 p = 0,17 non significatif
Agnelli et al. (1998) ⁸	Neurochirurgie (1 étude)		130 - T = 32 %	130 - T = 17 %	OR = 0,52 95 % CI : 0,33 - 0,82 p = 0,004

Durée de traitement

Aucune étude n'a évalué avec précision la durée optimale de traitement dans la prévention des thromboses veineuses profondes quelle que soit la thérapeutique choisie.

Il semble que le risque persiste au-delà de la période d'hospitalisation et après la reprise de la déambulation.

Un essai montre que le nombre de récurrences après un premier accident thrombotique est nettement diminué avec le port de bas de contention.

➤ Conclusion

Si le choix est vaste dans la gamme des bas de contention, il apparaît que peu des aspects techniques des bas de contention ont réellement été évalués.

De façon générale, l'acceptation du port des bas de contention (pour des raisons souvent d'esthétique) et la bonne adaptation morphologique de ceux-ci sont des critères primordiaux.

L'efficacité des bas de contention dans la prévention des thromboses veineuses est admise^{14, 15}. Le risque relatif est réduit de 50 % ou plus. Sauf contre-indications, la contention élastique constitue une méthode intéressante, notamment en association à l'héparinoprophylaxie. Elle s'avère une alternative de choix lorsque le patient présente un risque hémorragique important.

Les bas de contention ont été évalués dans des situations de risques modérés et élevés. Il manque cependant des études ciblées avec des effectifs suffisants dans des situations précises, comme lors d'une prothèse de hanche en chirurgie orthopédique.

L'évaluation des bas utilisés dans la prévention des thromboses reste insuffisante notamment en ce qui concerne le taux d'embolies pulmonaires.

Le choix de la pression appliquée sur le membre dans la prévention des thromboses veineuses doit être de l'ordre de 20 à 30 mm Hg. Il est préférable de privilégier l'observance du patient à une contention supérieure qui serait mal tolérée, et au final non-portée.

François-Xavier ROSE
Interne en Pharmacie

Références

- 1- C. Gardon-Mollard, A-A Ramelet. La contention médicale. Collection Abrégés de Médecine Masson 1999 ; 273 pages.
- 2- P. Coudert et al. Les bas élastiques de contention. Revue de l'ADPHSO 1993 ; 18 (1) : 71-78.
- 3- C. Kearon et al. Starting prophylaxis for venous thromboembolism postoperatively. Archives of Internal Medicine 1995 ; 155 (4) : 366-372.
- 4- C. Kearon et al. Non invasive diagnosis of deep venous thrombosis. Annals of Internal Medicine 1998 ; 128 (8) : 663-677.
- 5- S. V. Amarigiri et al. Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. The Cochrane Library, issue 4, 2001. Oxford : Update Software.
- 6- G. M. Turner et al. The efficacy of graduated compression stockings in the prevention of deep vein thrombosis after major gynaecological surgery. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1984 ; 91 : 588-591.
- 7- P. S. Wells et al. Graduated compression stockings in the prevention of postoperative venous thromboembolism : a meta-analysis. Archives of Internal Medicine 1994 ; 154 : 67-72.
- 8- G. Agnelli et al. Enoxaparin plus compression stockings compared with compression stockings alone in the prevention of venous thromboembolism after elective neurosurgery. New England Journal of Medicine 1998 ; 339 : 80-85.
- 9- J. Attia et al. Deep vein thrombosis and its prevention in critically ill adults. Archives of Internal Medicine 2001 ; 161 (10) : 1268-1279.
- 10- A. Patel et al. Prévention des thromboses veineuses profondes lors de la chirurgie arthroplastique de hanche par l'association héparinothérapie-bas antithrombose. La Presse Médicale 1988 ; 17 (23) : 1201-1203.
- 11- Anon. Prévention primaire des embolies pulmonaires. La Revue Prescrire Rédaction 2002 ; 22 (229) : 440-449.
- 12- C. L. Wang et al. A comparison of compression stockings of different pressures with lower leg edema in spinal cord injury or lesions patients. Journal of the Formosan Medical Association 1995 ; 94 (suppl 2) : 149-155.
- 13- O. Agu et al. Graduated compression stockings in the prevention of venous thromboembolism. British Journal of Surgery 1999 ; 86 (8) : 992-1004.
- 14- A. N. Nicolaidis et al. Prevention of venous thromboembolism : International Consensus Statement (Guidelines compiled in accordance with the scientific evidence). International Angiology 2001 , 20 (1) : 1-37.
- 15- Y. Chapuis et al. Prophylaxie des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires post-opératoires (Chirurgie générale, gynécologique et orthopédique) : Conférence de Consensus. Thérapie 1992 ; 47 : 1-7.

