Procédure de soin

Bandage compressif

Adulte

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

Contexte

Définition

La compression veineuse se caractérise par l'application directe de pression à un membre afin de faire diminuer la filtration capillaire et ainsi augmenter la surface de réabsorption. Elle se fait à l'aide de bandes PütterFlex®. Ce sont des bandes bi-extensibles à allongement court ayant les propriétés suivantes :

- Basse pression au repos
- Haute rigidité
- Haute pression pendant l'activité

Le choix de la force de compression et sa durée d'application se fait selon ordre médical et à l'aide de l'algorithme décisionnel " Indications aux bandes compressives ". Les bandes se jettent au départ du patient ou lui sont remises. Si le patient a des bas de contention personnels et qu'ils sont adaptés à la situation à l'hôpital, leur utilisation est à privilégier car la compression avec les bas est plus efficace qu'avec les bandes.

-



Indications

- Prévenir l'oedème de stase du membre inférieur, lié à l'inactivité, à la position assise prolongée
- Améliorer le retour veineux du sang vers le coeur
- Prévenir et traiter l'hypotension orthostatique
- Prévenir la thrombose veineuse
- Prévenir et traiter le lymphoedème et le phlébolympoedème
- Traiter l'insuffisance veineuse chronique

Contre-indications absolues

- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade III et IV et si index de pression systolique (IPS) / ankle brachial pression (ABI) < 0.5
- Infection locale non traitée (érysipèle, dermohypodermite)
- Phlegmatia coerulea et alba dolens
- Insuffisance cardiaque non compensée

Contre-indications relatives

(peuvent être levées par le médecin prescripteur)

- Neuropathie
- IPS 0.5<0.8 se référer à un médecin spécialiste
- Diabète avec atteinte artérielle et risque d'ischémie
- Polyarthrites et Complex Regional Pain Syndrom (CRPS algoneurodystrophie)

Recommandations de pratique

- **Hydratation peau**
  - Hydrater la peau avec un émollient le soir lors de l'ablation des bandes.
  - Si la zone cutanée nécessite un soin de peau 2x/j : appliquer de préférence une lotion à base d'eau le matin avant la pose des bandes et une crème grasse le soir lors de l'ablation des bandes
- **Mobilité**
  - Encourager l'activité physique
  - Surélever les jambes afin de prévenir l'œdème
- **Entretien à l'hôpital**
  - Changer les bandes au moins 1x/semaine
- **Entretien à domicile**
  - Laver les bandes : 1x/semaine, à la machine à 40-60 °
  - Sécher à l'air, pas de séchage dans ou près d'une source de chaleur
  - Possibilité de les repasser ou de les enrouler encore légèrement humides
- **Chaussures**
  - Adapter les chaussures plates ou talon max. 1-2 cm et confortables permettant de fléchir la cheville
- **Enseignement**
  - Enseigner la pose et le retrait du matériel : idéalement en position couchée adapter la position au patient en tenant compte de sa morphologie, ainsi que de ses commodités à domicile
  - Organiser l'aide du CMS pour le retour à domicile si le patient n'est pas en mesure de mettre lui-même les bandes.

- **Attention !** les crochets de fixation sont à proscrire

-



Risques

Décompensation cardiaque

Douleurs

Lésions cutanées : pression trop élevée sur les saillies osseuses, utilisation des crochets de fixation

Glissement du bandage

Bandage trop serré

Bandage inefficace : matériel non adapté au patient

Technique de soin

Matériel

1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
1 Sparadrap non tissé (Type : Micropore®)
1 Jersey en coton si nécessaire
1 Ouate si nécessaire
1 Mousse de protection si nécessaire
1 Bande de compression (Type : PütterFlex®) (nombre et taille en fonction de la morphologie du patient, cf tableau ci dessous)

Bandes PütterFlex® de 8 cm ou 10 cm (selon morphologie du patient)

	Mollet taille standard				Mollet taille large			
Taille patient	Nb. Bandes	Largeur (Lg.)	Nb. Bandes	Lg.	Nb. Bandes	Lg.	Nb. Bandes	Lg.
>160 cm	2	8 cm			1	8 cm	1	10 cm
160 à 170 cm	1	8 cm	1	10 cm	2	10 cm		
<170 cm	2	10 cm			1	8 cm	2	10 cm

Préparation du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

- Appliquer les bandes avant le lever du patient

- Avant de débuter le bandage, s'interroger sur la nécessité d'appliquer un jersey en coton, une couche d'ouate ou de mousse pour protéger la peau et éviter les zones de pression en fonction de l'évaluation clinique

Observation clinique	Intervention	
Fragilité cutanée →	Jersey en coton	
Saillies osseuses →	Ouate (ex. : Cellona®) ou mousse (ex. : Rosidal® Soft)	 
Eczéma de contact →	Jersey en coton et mousse	

Déroulement du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

- Laver les membres inférieurs avec de l'eau et du savon



- **ATTENTION :** Veiller à tenir le pied en éversion durant la procédure avec la cheville à 90 degrés pour favoriser la position physiologique de la cheville et sa mobilité ultérieure



- Commencer le bandage depuis la base du petit orteil en direction du gros orteil en effectuant un tour de fixation de la bande



- Faire 1 ou 2 épis sur l'avant pied selon la longueur du pied
- Partir à l'arrière du talon et revenir sous le pied (en règle générale deux passages sont nécessaires pour fermer le talon)
- Favoriser une tension de la bande postérieure-talon pour un habillage optimal du talon et un relâchement sur la face antérieure pour éviter une surpression sur le coup du pied



- Terminer la 1ère bande en la fixant avec un bout de sparadrap



- Débuter la 2ème bande à 10-15 cm plus bas de l'arrêt de la première, en maintenant une continuité de la pression dégressive
- Superposer en épi une couche sur l'autre en moyenne de 50%



- Arrêter le bandage à 2 doigts sous le creux poplité
- Fixer la bande avec du sparadrap

Suivi du patient

Surveillances

- Douleur
- Circulation périphérique par la coloration et le temps de recoloration des orteils : il est normal que les orteils soient bleus foncé-violet en raison de la stase veineuse secondaire au bandage. Toutefois, lors de la compression de la pulpe des orteils, ces derniers deviennent blancs et doivent se recolorer rapidement lors du relâchement. Si les orteils restent blancs et froids, il faut enlever le bandage et revoir l'algorithme.
- Etat cutané : lésions principalement sur les saillies osseuses, allergie, effet garrot, zones à risque : cheville, dos du pied, face antérieure du tibia, mollet
- Œdèmes : si le patient n'a plus/pas d'œdème, la compression peut être faite par des bas de contention (leur utilisation doit être privilégiée dans ce cas)
- Mobilité
- Vécu du patient : impact de la thérapie sur les activités de la vie quotidienne, besoin d'aide pour la mise en place des bandes

Personnes ressources

Cellule plaies et cicatrisation
Bernadette Novel, ICL Sylvana
Claudia Lessert, physiothérapeute, service d'angiologie
Ana De Almeida Goncalves, physiothérapeute, service de médecine interne

Références

1. Harding K. et al Simplifying venous leg ulcer managment. Census recommendations. Wound International 2015
2. Smeenk, H. E., Koster, M. J., Faaij, R. A., de Geer, D. B., & Hamaker, M. E. (2014). Compression therapy in patients with orthostatic hypotension: a systematic review. Neth J Med, 72(2), 80-85
3. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2008). Principes de bonne pratique: La compression dans les ulcères veineux de jambe. Document de consensus. Londres: MEP Ltd.
4. Wounds international. (2013). Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. London: Wounds International

Annexes

Liens vidéo

- Bandage compressif

Date de validation	Auteurs	Experts
22.01.2019		Ana De Almeida Gonçalves, Physiothérapeute, Services de Médecine, DMI6 Claudia Lessert, Physiothérapeute, Service d'Angiologie, ANGD