

Ulcères de jambe

Dr Jean-Nicolas (Yannis) Scrivener

17/03/2011

Service de dermatologie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



Message téléphonique du Dr Scrivener
(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message sonore,
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

Définition.

L'ulcère de jambe se définit comme une perte de substance cutanée sans tendance spontanée à la cicatrisation. Il est, en général, situé au niveau de la partie déclive des membres inférieurs. Il est souvent en rapport avec une maladie vasculaire.

Fréquence

La prévalence de ce type de plaie est élevée, et toucherait, environ 1% de la population générale, et s'accroît, avec l'âge. Ainsi, la fréquence de ces ulcères serait de 3% de l'ensemble des personnes, âgées de plus de 65 ans. L'âge médian est compris entre 70 et 75 ans

Il ya une nette prédominance féminine (environ deux femmes, pour un homme), qui s'explique par la plus grande longévité, et par la plus grande fréquence, chez elles, de varices, et sans doute, de phlébites, notamment en période puerpérale.

Le coût social de cette maladie est important, et a été évalué, en France, à 888 euros par mois, en tenant compte des consultations nécessaires, des soins infirmiers, et du coût du matériel pour les pansements.

Démarche clinique à adopter, face à un ulcère de jambe

L'examen clinique est une étape essentielle dans le diagnostic de la cause d'un ulcère de jambe. Il comporte plusieurs étapes, toutes indispensables, qui sont : l'examen de l'ulcère lui même, puis de la peau péri ulcéreuse, des vaisseaux, et l'examen somatique général.

1. Examen de l'ulcère

Il précisera, le *nombre* d'ulcères, leur *localisation*, leur *taille*, leur *profondeur*, et leur *forme*. Ces éléments permettent très souvent d'orienter vers la cause de l'ulcère, et de distinguer notamment, un ulcère veineux, d'un ulcère artériel

Il précisera aussi, la *couleur* du fond, et la *quantité* d'exsudat qui sont déterminants dans le choix du type de pansement à utiliser, mais qui n'orientent en revanche pas, vers une cause ou une autre. Une échelle colorimétrique est souvent utilisée pour désigner l'aspect prédominant du fond d'un ulcère. Jaune, lorsqu'il est fibrineux, Rouge, lorsqu'il bourgeonne, Noir, lorsqu'il est nécrotique, Rose lorsqu'il s' épidermise.



Figure 1. Les 4 stades d'une plaie, Nécrose noire, fibrine jaune, bourgeons rouges et épidermisation rose

2. Examen de la peau péri ulcéreuse

Le type et l'importance des altérations du tissu cutané environnant sont de bons témoins de l'origine vasculaire, artérielle et/ou veineuse, et de l'ancienneté des troubles. En effet, L'hyperpression veineuse chronique, en altérant la microcirculation locale, peut engendrer des troubles trophiques initialement réversibles, préexistants à l'ulcère, qui, avec le temps et sans traitement se pérennisent pour devenir définitifs et qui vont entraver la cicatrisation normale

a. Anomalies induites par l'hyperpression veineuse

- a. L'œdème est en général le premier symptôme. Il est initialement vespéral, car aggravé par l'orthostatisme.
- b. La *dermite ocre* se présente initialement sous la forme d'un purpura pétéchial, ou en nappes, qui prend

secondairement une teinte brun- marron. Il prédomine au tiers inférieur des jambes, mais peut aussi se voir à leur face antérieure, et peut même, être suspendu.



Figure 2 Dermite ocre

c. La dermite de stase, ou eczéma variqueux

Comme tout eczéma, c'est une dermite érythémateuse, initialement vésiculeuse et suintantes, puis qui s'assèche et desquame. Elle est souvent difficile à distinguer d'un eczéma de contact par allergie à l'un ou l'autre des topiques appliqués sur l'ulcère.



Figure 3. Ulcères mixtes

d. L'*atrophie blanche* se présente sous la forme d'une petite plaque blanche, nacré, parfois rétractée, entourée de télangiectasies, et correspond à des zones d'ischémie superficielle et d'infarctissement circonscrit. Elle peut s'ulcérer et entraîner l'apparition d'un ulcère punctiforme, très douloureux.



Figure 4. Atrophie blanche

e. Des lésions hyperkératosiques, verruqueuses, d'aspect sale peuvent se constituer.



Figure 5. Hyperkératose autour d'un ulcère veineux

f. La guêtre scléreuse, ou dermohypodermite scléreuse est la conséquence de l'œdème déclive initial, qui va progressivement s'indurer, en étant tout d'abord inflammatoire, douloureux, puis en se sclérosant de manière définitive. La phase inflammatoire, peut se faire par poussées successives et peut être prise à tort pour des poussées d'érysipèle. L'absence de fièvre redresse souvent le diagnostic. Progressivement, la peau va s'indurer, prendre une teinte blanchâtre, brillante. Elle ne peut plus être plissée, et ne coulisse plus par rapport aux surfaces osseuses sous jacentes. Elle peut gêner la mobilité de la cheville et constitue, de plus, un obstacle majeur à la cicatrisation



Figure 6. Guêtre scléreuse

b. Altérations cutanées par atteinte de la circulation artérielle

L'ischémie chronique des tissus, va, progressivement, entrainer l'apparition d'une peau fine, sèche, dépilée, associée à une onychodystrophie.

3. Évaluation de l'état circulatoire.

L'Examen veineux se pratique chez un patient en position debout. On peut noter, dès le stade de l'inspection, la présence ou non, de varices et leur trajet. Il existe différentes manœuvres complémentaires qui permettent d'apprécier la continence valvulaire, qui ne seront pas détaillés, car plus guère pratiqués depuis l'avènement de l'échodoppler.

L'examen artériel se pratique, quant à lui, chez un patient allongé. L'ensemble des pouls soit être cherché, par la palpation, en particulier les pouls poplités, tibiaux antérieurs et pédieux. Il y aussi lieu d'ausculter les axes artériels, notamment iliaques, afin d'y chercher un souffle, et d'apprécier la chaleur cutanée, ainsi que le temps de recoloration capillaire. Lorsque celui ci dépasse 3 secondes, il y a probablement un déficit de la circulation capillaire.

4. Examen général

Il y a lieu, dans la situation d'un patient souffrant d'un ulcère de jambes de recueillir l'ensemble des antécédents, car de nombreuses maladies – ou leurs traitements – peuvent favoriser des ulcères de jambes ; hémopathies, rhumatismes inflammatoires, coagulopathies, compressions néoplasiques du petit bassin, traumatisme ou chirurgie du membre, affections hépatiques, rénales, respiratoires pouvant être responsables d'oedèmes déclives.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire seront spécifiquement cherchés ; diabète, tabagisme, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, contraception orale

Il ya lieu de s'enquérir de la profession, ainsi que des habitudes de vie, et notamment des situations où le patient est en position debout, immobile

Les conséquences, en terme de qualité de vie, de maladie circulatoire et de l'ulcère doivent être répertoriées ; réduction de la mobilité, douleurs, problèmes financiers, ou familiaux

Grandes causes d'ulcères de jambe

On estime que 50% des ulcères sont de cause veineuse ou lymphatique, 10%, de cause purement artérielle, 30%, de cause mixte, associant, à la fois, des troubles veineux et artériels, et 10%, des causes diverses, non vasculaires

1. Ulcère veineux

Clinique.

On distingue, les ulcères variqueux, (40% des ulcères « veineux »), des ulcères post phlébitiques, (60% des ulcères veineux), qui sont souvent plus réfractaires au traitement, car comportent souvent un degré plus important de sclérose cutanée.

L'ulcère veineux est le plus souvent superficiel. Il siège, dans les parties les plus déclives de la jambe, autour des malléoles, interne ou externe, plus rarement sur le dos du pied.



Figure 7. Ulcère post phlébitique



Figure 8. Ulcère Post phlébitique



Figure 9. Ulcère post phlébitique

Il est peu douloureux, et s'il l'est, c'est, le plus souvent, lors des changements de pansements, ou à en fin de la journée, lorsque l'orthostatisme a été prolongé. La présence de modifications cutanées telles que la dermite de stase, la dermite ocre, l'atrophie blanche ou la guêtre scléreuse, sont autant d'arguments pour l'origine veineuse de l'ulcère.

Examens complémentaires nécessaires à l'exploration d'un ulcère veineux

L'échodoppler est la méthode de référence pour l'exploration du réseau veineux, si tant est qu'il est effectué par un opérateur expérimenté. Il permet de déterminer la cause en recherchant la perméabilité de tous les vaisseaux, de même que les continences valvulaires à tous les étages, y compris jambier.

Examens biologiques

Ils permettent le dépistage d'anomalies hématologiques, potentiellement favorisantes, ainsi que des troubles nutritionnels et notamment carenciels.

Numération sanguine
Glycémie
Urée, Créatininémie
SGOT, SGPT, Ph. Alcalines, Gamma GT
Vitesse de sédimentation
Albumine, fer et ferritine

Prélèvements bactériologiques de la surface de la plaie

Ils n'ont aucun intérêt, en l'absence de points d'appels cliniques évocateurs d'une infection, dans la mesure où toute plaie est naturellement colonisée par des bactéries.

2. Ulcère artériel

Clinique

L'ulcère artériel se développe le plus souvent après un traumatisme minime, parfois passé inaperçu. La plaie est douloureuse, notamment au décubitus, avec amélioration, jambes pendantes, hors du lit. Les douleurs sont souvent insomniantes, et peuvent, à terme, amener progressivement le patient à ne plus se coucher, la nuit au fauteuil étant, pour lui, la seule solution pour atténuer les douleurs. La précession de la plaie par une claudication intermittente est inconstante, notamment chez les sujets âgés, dont le périmètre de marche était déjà réduit pour d'autres raisons.

Sur le plan clinique, la plaie est creusante, profonde, laissant apparaître les structures anatomiques sous-jacentes à la peau. La bordure est parfois cyanotique, prenant une teinte violacée, tandis que la surface de l'ulcère est volontiers, quoique de manière inconstante, le siège d'une nécrose, qui peut être, soit sèche, soit, humide et malodorante. La peau péri-ulcéreuse est souvent pâle, dépilée, brillante.



Figure 10. Ulcère artériel

A l'examen, on s'attachera à palper l'ensemble des pouls, et à ausculter les trajets vasculaires superficiels. A l'interrogatoire on cherchera, entre autres, les facteurs de risque cardio vasculaires : diabète, HTA, hypercholestérolémie, tabac.

3. Ulcères mixtes

De plus en plus fréquents, notamment chez les personnes âgées, ce sont des plaies dont le *primum movens* est veineux, mais qui, s'inscrivant dans un contexte artéritique, sont de cicatrisation plus longue et plus difficile. Ils combinent, cliniquement les caractéristiques des deux causes. La situation qui y fera penser le plus fréquemment, est la présence de douleurs artériopathiques chez un patient souffrant par ailleurs d'un ulcère veineux.

Explorations complémentaires

Elles vont permettre :

- de confirmer le diagnostic
- de localiser la, ou les sténoses artérielles
- de préciser le lit d'aval et les possibilités de revascularisation
- de chercher des atteintes concomitantes

A. Mesure de la pression artérielle systolique, aux membres inférieurs

Elle se fait sur le sujet allongé, avec un manchon adapté au diamètre du membre à évaluer. Elle se fait de la même façon qu'une mesure de pression artérielle aux membres supérieurs, en remplaçant le stéthoscope par une sonde doppler. Un rapport de pression artérielle aux membres inférieurs/ membres supérieurs sera effectué.

On admet qu'un indice supérieur à 0,7 permet une vascularisation suffisante pour garantir la survie des extrémités. La simple mesure de la pression systolique au niveau de la cheville donne un index très fiable.

Une pression inférieure à 50mm Hg au niveau de la cheville ou inférieure à 30mm Hg au niveau des orteils associée à un ulcère, signe l'ischémie critique. Les mesures de pression peuvent être faussées en présence d'une médialcose qui rend l'artère incompressible. C'est le cas de la macroangiopathie du diabétique, de l'insuffisant rénale chronique ou de l'artériosclérose du sujet âgé. Aussi, il est souvent nécessaire de compléter l'examen par une mesure de la TcPO₂.

B. Mesure de la pressions transcapillaire d'oxygène (TCPO₂)

C'est un examen non invasif, effectué par une électrode de platine, recouverte d'une membrane de polypropylène. Les molécules d'oxygène diffusent à travers la peau, pour se diriger vers une cathode où elles

sont réduites. Le courant électrique produit entre cathode et anode, proportionnel à la quantité d'oxygène consommée à la cathode, est transcrit par le moniteur en TcPO₂, exprimée en mmHg.

Autour d'un ulcère, La mesure de la TCPO₂ ne permet pas le diagnostic différentiel entre une origine veineuse ou artérielle. En revanche, au niveau du premier espace interdigital, elle est discriminante pour la mise en évidence d'un facteur artériel. Enfin, elle constitue un indicateur pronostique de la cicatrisation d'un ulcère artériel dans la mesure où il a été montré qu'une **TC PO₂ supérieure à 30 mm Hg au repos permettait généralement une cicatrisation alors qu'inférieure à 10 mm Hg elle la rendait quasi impossible.**

C. Écho doppler couleur

L'échographie vasculaire couplée au Doppler couleur permet, à la fois, de réaliser une analyse morphologique de la paroi vasculaire, du degré de sténose et de la qualité des réseaux de suppléance.

D. Artériographie

C'est un examen de seconde intention, **uniquement pratiqué lorsque l'on envisage une reperméabilisation artérielle chirurgicale.**

L'artériographie va permettre une évaluation du lit artériel distal, préciser la topographie du ou des obstacles, le type d'obstacle (thrombose, sténose), l'état du réseau artériel d'aval et ainsi, permettre d'envisager les possibilités de revascularisation.

E. « Cartographie artérielle »

La maladie athéromateuse étant diffuse, il y a lieu, chez un patient atteint d'ulcère artériel, d'explorer l'ensemble du système vasculaire, en

pratiquant, notamment, un électrocardiogramme, un doppler des troncs supra-aortiques, une échographie cardiaque, et, d'autre part d'en chercher les facteurs favorisants ; diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, intoxication tabagique.

3. Autres ulcères de cause vasculaire

Angiodermite nécrotique

C'est une forme particulière d'ulcère de jambe, parfaitement reconnaissable cliniquement, car de présentation stéréotypée.

Le début est souvent **post-traumatique**, et se présente sous la forme d'une plaque nécrotique et hémorragique de la face externe de jambe, d'emblée très douloureuse et **entourée d'un livedo**



Figure 11. Angiodermite nécrotique

Les facteurs de risque sont la femme d'âge mûr, hypertendue ou diabétique. Une artériopathie sous-jacente ou une insuffisance veineuse des membres inférieurs peuvent être associées et modifier l'aspect local. L'ulcère est souvent nécrotique, entouré

d'une bordure livide et d'un livedo extensif. Il est suspendu, à la face antérieure de la jambe, ou parfois, au tendon d'Achille.

Atrophie blanche

Elle se caractérise par des lésions purpuriques et nécrotiques, extrêmement douloureuses, qui évoluent vers la cicatrisation spontanée, en formant une cicatrice ivoirine stellaire bordée de télangiectasies. L'évolution est chronique avec des poussées, parfois rythmées par les saisons, au cours desquelles les lésions cicatricielles s'ulcèrent. L'atrophie blanche est la traduction clinique d'une ischémie cutanée par occlusion localisée des petits vaisseaux du derme superficiel. Son mécanisme précis reste mal connu bien que la formation intravasculaire de dépôts de fibrine fasse discuter une anomalie de la fibrinolyse.



Figure 12. Atrophie blanche

Ulcères liés à un trouble de l'hémostase

Le déficit constitutionnel en protéine S, en protéine C, la résistance à a protéine C activée peuvent, rarement, se compliquer d'ulcères de

jambe. Il peut, parfois, être utile de chercher ces troubles héréditaires de l'hémostase, chez les patients souffrant d'un ulcère, tôt dans leur vie, mais seulement s'il y a des antécédents familiaux de thromboses cliniquement avérées. Ces examens sont inutiles chez les sujets plus âgés. Le syndrome des anticorps antiphospholipides peut aussi s'accompagner d'ulcères de petite taille, douloureux, ovales stellaires.

Maladies systémiques

Lupus érythémateux disséminé

Habituellement il s'agit d'ulcères superficiels en rapport avec une vasculite ou plus souvent une thrombose cutanée (antiphospholipides). Une biopsie des berges de l'ulcération peut s'avérer intéressante pour distinguer vasculite et thrombose, la première nécessitant la prescription d'anti-inflammatoires, la seconde de médicaments antithrombotiques.

Polyarthrite rhumatoïde

Elle se complique d'ulcérations cutanées dans 8 à 9 % des cas qui peuvent être en rapport avec la vasculite rhumatoïde

Sclérodermie, vasculites systémiques, cryoglobulinémie

4. Ulcères sans cause vasculaire

A. Ulcère de Cause infectieuse

On y pense devant une localisation inhabituelle de la plaie, dont les contours sont polycycliques, purpuriques, comportant des pustules, des d'érosions à proximité de l'ulcère. L'ulcère est souvent malodorant, devient soudainement creusant et s'étend en surface.

En fonction du contexte ; géographique, profession, loisirs, antécédents médicaux et notamment immunodépression ; on cherchera une mycobactérie atypique, une tuberculose, une mycose profonde, une leishmaniose, une amibiase ou une filariose.

L'ecthyma (streptococcique, staphylococcique) est une des variétés d'ulcères infectieux, et correspond en fait à un impétigo creusant, localisé aux membres inférieurs. Les facteurs favorisants en sont la stase circulatoire, la malpropreté, le diabète, l'obésité, et l'immunosuppression.



Figure 13. Ecthyma gangréneux

B. Pyoderma gangrenosum

Initialement, il s'agit d'une pustule, surmontant une zone cutanée infiltrée et rouge. Cette pustule se rompt, pour laisser place à une ulcération douloureuse, d'extension centrifuge, rapidement progressive, atteignant en quelques jours plusieurs centimètres. Elle est peu profonde. Ses bords violacés, infiltrés, et sont décollés par rapport à

l'ulcère sous jacent qui est creusé de clapiers purulents. Les lésions sont parfois multiples et peuvent s'accompagner de fièvre. Toutes les localisations sont possibles



Figure 14 Pyoderma gangrenosum



Figure 15 Pyoderma gangrenosum

C. Ulcères des hémopathies

De nombreuses affections hématologiques peuvent être en cause : syndromes myéloprolifératifs, hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassémies), anémies hémolytiques. Les ulcères sont probablement provoqués par des thrombus artériolaires secondaires à l'hyperviscosité sanguine. L'hydroxyurée, parfois prescrite dans ces indications est un facteur favorisant.

D. Ulcères des maladies génétiques

Syndrome de Klinefelter

Il se définit par la présence chez les sujets de phénotype masculin, d'un chromosome X supplémentaire (47 XXY). L'expression clinique débute à la puberté qui se fait à un âge habituel. Les testicules restent petits et mous et les caractères sexuels et la pilosité est peu développée. Le morphotype est variable. Certains sujets sont longilignes avec une taille supérieure à celle des membres de la fratrie. Une gynécomastie uni ou bilatérale est présente chez environ un tiers sujets atteints. Les ulcères de jambe sont fréquents au cours de cette affection. Leur pathogénie est multifactorielle ; insuffisance veineuse, hyperagrégabilité plaquettaire, augmentation de l'activité de l'inhibiteur de l'activation du plasminogène. Un traitement substitutif par testostérone amène souvent la cicatrisation de l'ulcère.

Syndrome de Werner

L'affection de transmission autosomique récessive se caractérise par une apparence sénile précoce, avec cataracte, canitie, troubles endocriniens, atrophie cutanée, source d'ulcérations des membres inférieurs



Figure 16. Ulcère dans le cadre d'un syndrome de Werner

Déficit en prolidase

Le déficit en prolidase, maladie rare, autosomique récessive, touche le métabolisme du collagène. Il en découle des anomalies de la cicatrisation, s'accompagnant d'ulcérations chroniques des pieds et des jambes, d'apparition précoce, dès l'enfance. On retrouve souvent un faciès évocateur, un retard mental, des télangiectasies et des nécroses punctiformes des jambes et des cuisses, une hyperlaxité ligamentaire et des anomalies oculaires. Le diagnostic sera suspecté par la découverte d'iminopeptidurie et affirmé par la mise en évidence d'un déficit en prolidase érythrocytaire dont l'activité représente 3 % du témoin.

E. Plaies de cause néoplasique

Il ne faut pas omettre, parmi les causes d'ulcères, les cancers cutanés. Toute plaie, qui comporte des zones bourgeonnantes, végétantes, doit faire l'objet d'un prélèvement biopsique, afin d'éliminer carcinomes, mélanomes, ou autres lymphomes.



Figure 17. Carcinome basocellulaire

Traitement

Les deux grands principes de traitement sont

La suppression de la cause qui empêche la cicatrisation

Le traitement local de la plaie

I. Traitement local.

Il n'existe pas de "recettes miracles", mais bien plutôt des principes généraux à appliquer et adapter au cas par cas. *C'est souvent, la méconnaissance des principes de base du traitement et les erreurs qui en découlent qui retardent, le plus souvent la cicatrisation.* Lorsqu'un ulcère,

veineux, de jambe évolue depuis longtemps, et qu'il est entouré d'une dermo hypodermite scléreuse, l'objectif d'une fermeture, à court terme, de la plaie ne sera que rarement obtenu. Il faut en avertir le patient, et se concentrer sur l'obtention d'une qualité de vie aussi bonne que possible, malgré l'ulcère.

Désinfecter, ou pas ?

La première question qui se pose est de savoir si l'ulcère nécessite d'être désinfecté. En effet, lorsque l'on pratique un prélèvement bactériologique systématique à la surface d'une plaie chronique on trouve de nombreux germes, dont des staphylocoques dorés, des streptocoques, des germes Gram négatifs. D'ailleurs, il semble qu'il n'y ait aucune relation entre la nature de la colonisation bactérienne et le taux de cicatrisation. De plus, l'utilisation d'une antibiothérapie systémique, même adaptée à l'antibiogramme des germes, ne raccourcit pas le délai de cicatrisation. Les antiseptiques ne sont pas non plus indiqués, à titre systématique. En effet, outre le risque de sensibilisation, la plupart comporte une cytotoxicité, qui risque de retarder la cicatrisation. De plus ils sont en général inhibés par les débris organiques.

Pourquoi un pansement ?

L'occlusion d'une plaie, par un pansement favorise la cicatrisation par plusieurs mécanismes : stimulation de l'angiogenèse grâce à l'hypoxie locale, stimulation de l'activité fibroblastique en empêchant la dégradation des facteurs de croissance, augmentation de l'activité mitotique des kératinocytes et de leur migration grâce au rôle favorisant de l'acidité de l'exsudat. Le pansement, est de plus, plus confortable, en permettant une vie, la plus normale possible, sans tâcher ses vêtements. Il permet aussi, un certain degré d'antalgie.

Pour toutes ces raisons, mettre un pansement sur une plaie est mieux que de ne pas en mettre, contrairement à certaines croyances populaires.

Comment choisir le pansement adéquat ?

Les deux critères principaux sont

- la couleur de la plaie
- la quantité du suintement.

La séquence classique détersion – bourgeonnement - épidermisation, qui suit la dynamique générale de la cicatrisation tissulaire, est toujours d'actualité. Une échelle colorimétrique peut être utilisée, pour en désigner le stade évolutif ; noir pour une plaie nécrotique, jaune pour une plaie fibrineuse, rouge pour une plaie bourgeonnante et rose, lorsqu'elle est en phase d'épidermisation.

Ainsi, une plaie noire ; nécrotique, ou jaune ; fibrineuse, devra faire l'objet d'une détersion, tandis qu'une plaie bourgeonnante devra être préservée de tout curetage, afin de conserver les bourgeons.

On sait, depuis les années 60, que la cicatrisation doit se faire en milieu humide. En effet, En 1962, Winter publie ses travaux sur des modèles animaux : il crée des plaies de 2,5 cm x 2 par brûlures sur des cochons, qu'il répartit en 3 groupes et dont il observe les résultats de la cicatrisation à 3 jours : les plaies sur lesquelles a été appliqué un pansement occlusif ont cicatrisé plus souvent que celles laissées à l'air libre et que celles séchées par un courant d'air chaud. Cette humidité qui ne doit pas être excessive pourra être régulée grâce aux pansements. Par exemple, les hydrogels favorisent cette humidité pour ramollir une nécrose, les alginates absorbent l'excédent en cas de plaie suintante.

Phase de détersion

La détersion est rarement spontanée au cours des plaies chroniques telles que les ulcères de jambe, et la fibrine constitue un milieu de croissance bactérien, qui retarde ou empêche la cicatrisation.

- Méthodes chimiques de détersion

Les topiques à bases d'enzymes protéolytiques ont été presque totalement abandonnés, car irritants, douloureux, et surtout parce qu'ils ne sont pas avérés plus efficaces que l'application de vaseline dans un petit essai contrôlé.

Les gels et hydrogels, constitués de carboxyméthylcellulose, molécule permettant la rétention hydrique (Nugel®, Intrasite®, Purilon® ..) permettent de créer un milieu humide et favorisent le ramollissement des plaques de nécrose, ainsi que l'hydratation des tissus desséchés. Ces gels ne sont en revanche pas indiqués sur les plaies fibrineuses et déjà suintantes. Dans ces situations, on préférera les pansements alginates, fortement hydrophiles, que l'on appliquera secs (Algosteril®, Comfeel Seasorb®, Urgosorb®)

- Méthodes mécaniques

La détersion chimique est parfois insuffisante et il faut recourir à des moyens mécaniques. La douche à l'eau du robinet est un moyen simple qu'il ne faut pas oublier, mais pas toujours suffisant. Le plus souvent, il faudra réaliser un débridement à la curette, au bistouri, ou au ciseaux, après anesthésie locale par application d'Emla®, une demi heure avant le geste, qui devra être fait par un médecin

Phase de bourgeonnement

Il se manifeste par l'apparition de bourgeons charnus au sein de la plaie, lui conférant un aspect granuleux. A ce stade, le choix du pansement se fera en fonction de la quantité de suintement. Si la plaie est relativement sèche, on optera pour un corps gras, ou, éventuellement, en fin de cicatrisation, sur des plaies superficielles, pour un hydrocolloïde. Si la plaie est très suintante, on optera plutôt pour un hydrocellulaire, ou bien pour un alginate.

- Corps gras

La banale vaseline, peu coûteuse, non allergisante, est toujours d'actualité, bien que peu pratique d'utilisation. Elle pourra être remplacée par un tulle, imprégné de paraffine, de vaseline, ou de composition mixte, associant hydrocolloïde et vaseline (Urgotul[®], Physiotul[®])

- Hydrocolloïdes

Ce sont les premiers pansements modernes qui ont été développés, à la fin des années 70. Ils ont fait, pour certains l'objet d'étude comparatives, au cours desquelles ils se sont avérés plus efficaces que des compresses imprégnées de vaseline en terme de taux de cicatrisation. Ils permettent une protection mécanique de la plaie, empêchent la contamination bactérienne, réduisent la douleur, souvent au prix d'une macération, qui peut fragiliser les bords de l'ulcère, d'un risque d'allergie, non négligeable, et d'une rétention d'un liquide à l'odeur nauséabonde. Il faut en avertir les patients, mais ils réduisent clairement l'observance. Ces effets indésirables ont été à la base de l'abandon progressif des hydrocolloïdes, malgré une efficacité démontrée, dans le traitement des ulcères de jambe sauf, en fin de cicatrisation

Hydrocellulaires

Ils sont constitués d'un coussin de mousse à cellules ouvertes (généralement du polyuréthane) avec un grand pouvoir d'absorption. Ils sont couverts sur la face externe par une couche de polyuréthane perméable à l'air mais étanche aux liquides et aux germes. Une couche de contact non adhérente réduit l'adhésion à la plaie et la macération des bords de la plaie. Ces pansements peuvent rester appliqués pendant plusieurs jours et sont enlevés à saturation. Ils offrent un grand confort. Leur retrait est atraumatique et indolore.

Parfois, se produit un bourgeonnement hypertrophique, dépassant le niveau de la peau normale, qui va empêcher une épidermisation correcte. Dans ce cas, on peut effectuer une application de nitrate d'argent ou un dermocorticoïde.

Phase d'épidermisation

Elle ne peut commencer que lorsque le bourgeonnement arrive jusqu'au bords de l'ulcère. La migration kératinocytaire, à partir des annexes restées en place au sein de la plaie, et à partir des bords de la plaie peut alors commencer. Même si, à ce stade, l'évolution est le plus souvent favorable, et ce, quelque soit le pansement utilisé, un certain nombre de facteurs peut retarder la cicatrisation complète. Il peut s'agir d'une sclérose des bords, au sein desquels on pourra effectuer des incisions radiaires, ou des massages appuyés, ou bien de décollements de ces bords, par rapport à la plaie.

Traitements chirurgicaux des ulcères

Un ulcère, s'il est propre, peut être greffé, afin d'accélérer le processus de cicatrisation. Ceci ne doit pas empêcher, si la greffe réussit, de traiter la cause et les facteurs favorisants, sous peine d'une récurrence quasiment

inélucltable. La greffe doit être proposée, à chaque fois que cela est possible, au plus tôt, car seul un traitement énergétique, au tout début du processus ulcéreux, a une chance d'aboutir à des résultats durables. En effet, une plaie d'évolution déjà prolongée a très peu de chance de cicatriser ; les remaniements fibrotiques péri ulcéreux, l'empêchant, ensuite.

Plusieurs techniques de greffe existent

Greffe en pastille, qui consiste à prélever des petites pastilles de peau, de 4 à 6 mm de diamètre, qui sont ensuite appliquées sur l'ulcère, en laissant des espaces entre chacun des greffons. La technique est simple, et peut être réalisée en ambulatoire, sous anesthésie locale. Elle permet le recouvrement partiel de la surface ulcérée, la sécrétion de facteurs de croissance et comporte une action antalgique. A ce titre, elle constitue souvent le traitement de première intention de l'angiodermite nécrotique, même en phase évolutive. L'effet antalgique, dans cette indication, est souvent immédiat, et permet le sevrage rapide des antalgiques

Greffe enfouie. C'est une variante de la greffe en pastilles. Elle peut être proposée dans les ulcères anciens, pour lequel le sous sol est fibrotique. Des puits sont creusés au sein de l'ulcère, à l'aide d'un trépan, puis des greffons vont y être placés. Il s'agit, ici, d'apporter des facteurs de cicatrisation, là où ils manquent.

Greffe en résille. Elle est surtout utilisée dans les ulcères de grande taille. La résille est obtenue en passant le greffon dans un appareil spécial qui permet de le perforer d'orifices. Cette technique offre l'avantage d'augmenter la surface de peau ainsi obtenue, et l'évacuation de l'exsudat entre les mailles.

Allogreffes

Elle permet de disposer d'une « peau » reconstituée, par culture de cellules épithéliales in vitro.

II. Traitement de la cause

1. ULCÈRES VEINEUX

La base du traitement est la contention, qui va permettre la réduction de l'œdème déclive et supprimer l'hyperpression veineuse, par diminution du diamètre des veines et du reflux occasionné par l'incontinence valvulaire.

Sans contention, aucun résultat durable ne peut être obtenu, que se soit dans les ulcères variqueux ou post phlébitiques. Il faut l'expliquer au patient. Cette contention doit être posée de manière rigoureuse, avec un matériel adéquat, par un personnel (ou le patient lui même) formé, car plus de la moitié des échecs provient d'une mauvaise contention lymphatique.

Les contre indications concernent le sujet artéritique, chez lequel l'index de pression distale est inférieur à 0,5, ou ceux en ischémie critique. Cette contre indication n'est pas absolue, dans la mesure où l'on sait que l'œdème déclive peut contribuer lui même à l'ischémie, par la pression qu'il exerce sur les capillaires. La compression permettra de réduire cet œdème, et par là même, à améliorer l'irrigation distale. On

s'assurera toutefois, en faisant pratiquer un doppler sous bande, que les pressions distales de perfusion distales sont conservées et que l'index est supérieur à 0,5

- Matériel de contention à disposition

Il existe deux types de contention :

- la compression amovible par bandes élastiques ou non ;
- la compression fixe, inamovible, adhésive.

- Compression amovible

Elle est mise en place quotidiennement, de préférence le matin, avant le lever. Différents dispositifs sont disponibles ; bandes élastiques (extension longue) ou inélastiques (extension courte). Les chaussettes de contention entrent aussi dans ce cadre, mais sont en général inadaptées en présence d'un ulcère, du fait du pansement, qui risquerait de glisser pendant l'enfilage.

- Les bandes élastiques sont celles qui sont le plus communément utilisées. Elles compriment les varices au repos, mais sont moins efficaces que les bandes rigides, à la marche. La compression doit être dégressive, avec une pression de 30 à 40 mmHg à la cheville, que l'on appréciera au mieux, par l'utilisation de bandes étalonnées.

- Les bandes inélastiques

Elles permettent d'obtenir des pressions de compression élevées à la marche, mais beaucoup plus faibles au repos. Les patients les ressentent bien moins, et l'observance s'en trouve améliorée. Elles peuvent ainsi être laissées en place, jour et nuit. Elles n'ont en revanche aucun intérêt chez un patient totalement grabataire.

La prescription d'une bande dépend beaucoup des habitudes de chacun, mais il semblerait que l'emploi de bandes à extension courte ait une

meilleure efficacité au stade d'ulcère de jambe, offrant de plus une meilleure observance. Ces bandes perdent beaucoup moins que les bandes élastiques, leurs propriétés physiques avec le temps. Le principal écueil à leur utilisation massive en France est l'absence de remboursement.

Dernièrement, on a montré que la superposition de bandes élastiques et inélastiques chez un même patient permettait des taux de cicatrisation supérieurs, aux compressions monocouche. Des systèmes « tout-en-un » ont depuis été commercialisés, mais leur coût important, associé à un remboursement qui n'est que partiel, limite leur utilisation.

Quelques règles doivent être respectées au moment de la pose, sous peine d'aggraver la situation

- Toujours commencer par le pied dont il faut réduire l'œdème
- Passer en « huit » autour de la cheville
- Les spires doivent être soit horizontales et parallèles, soit entrecroisées.
- Il faut toujours s'arrêter au-dessus du relief du mollet, juste en dessous du creux poplité

Bande élastique avec boucle



Figure 19. Contention veineuse

- Chaussettes de contention.

Elles permettent une contention dégressive, invariable, renouvelable à l'identique chaque jour, indépendante de celui qui la pose, ce qui est plus difficile à obtenir avec une bande élastique. En revanche, l'enfilage peut être source de difficultés. On peut les réduire en employant un dispositif le facilitant (en toile de parachute, ou en métal), ou en superposant les chaussettes. En effet, la force des bas superposé s'additionne ; un chaussette de classe I, plus une chaussette de classe II superposée, équivalent à une compression de niveau III. L'utilisation de bas, s'arrêtant à mi cuisse n'apporte rien de plus qu'une chaussette en terme de compression, et le choix, se fera plus en fonction des desideratas de l'utilisateur.

- Compression inamovible

Il s'agit de bottes inamovibles posées par le médecin et qui ne seront enlevées que par lui. Ce peut être un véritable plâtre, des bandes collées par de l'oxyde de Zinc, telle que la botte de Unna, des Viscobandes ®, un d'Elastoplast ®, qui seront appliqués au dessus d'un jersey. La compression est renouvelée selon la tolérance et la fonte de l'œdème, en moyenne 3 à 10 jours plus tard. L'indication principale concerne le patient isolé, chez qui la pose quotidienne de bandes élastiques est illusoire.

Destruction chirurgicale des varices

Les techniques, ne seront pas développées, ici, mais, peuvent, au cours des ulcères variqueux, permettre de corriger l'hyperpression veineuse et, une fois la guérison obtenue, permettre une prévention des récurrences. Beaucoup de ces gestes peuvent être effectués, en ambulatoire, sous anesthésie locale. La technique la plus éprouvée consiste en la ligature des crosses incontinentes et des perforantes, suivie de l'arrachage des veines superficielles. La technique CHIVA consiste en une excision courte des trajets veineux associée à la pose de clips. Plus récemment, ont été développées des techniques de dissection endoscopique. Certaines équipes, proposent l'excision large de l'ulcère, de son socle, et une ligature des perforantes, dans un même temps opératoire.

- Sclérothérapie

Elle consiste en l'injection intraveineuse d'un produit abrasif qui provoque une réaction inflammatoire de l'endoveine et aboutit à l'adhésion des parois vasculaires, puis à une fibrose qui détruit la veine. La sclérose doit être faite par un médecin expérimenté. Les incidents sont rares, le plus souvent bénins (pigmentation, hématome), parfois plus préoccupants ; escarre en cas d'injection intradermique,

abcès, injection intra-artérielle, troubles oculaires transitoires, accidents allergiques, exceptionnellement embolie pulmonaire.

2. ULCERES ARTERIELS

Le traitement chirurgical est indiqué, en première intention, dès lors que les examens complémentaires ont pu identifier une sténose artérielle significative sur le plan hémodynamique, et que le lit d'aval le permet.

En fonction de cas, sera décidé, un pontage, une endartériectomie, ou une dilatation endoluminale. La sympathectomie lombaire, chimique ou chirurgicale, garde quelques rares indications dès lors que l'ischémie est liée à une atteinte très périphérique.

Traitements médicaux

Les anti agrégants (Aspirine, Plavix ®) ont une grande place, non seulement dans la prise en charge de l'ulcère artériel, mais aussi en prévention des accidents ischémiques, dans d'autres territoires. Le taux de mortalité, par infarctus du myocarde, ou accident vasculaire cérébral est en effet important. Les vasodilatateurs n'ont qu'un rôle plus accessoire, mais peuvent s'avérer utile, en complément. Dans certaines artériopathies inopérables, des perfusions de prostaglandines peuvent être proposées.

¶3. Ulcères mixtes

Le traitement est avant tout celui d'un ulcère veineux, car c'est souvent cette cause qui prédomine. La contention élastique est possible si la pression artérielle systolique à la tibio tarsienne est supérieure à 70 mmHg et si les indices résiduels sous contention sont supérieurs à 0,5.

Traitements adjuvants

Ils sont nombreux, et pour certains, importants à mettre en œuvre.

- Drainages lymphatiques

Ils constituent, entre les mains d'un kinésithérapeute entraîné, un traitement d'appoint non négligeable, à effectuer juste avant la mise en place de la contention. Ils doivent impérativement être faits manuellement, les différents procédés pneumatiques pouvant être source de complications, notamment infectieuses.

- Kinésithérapie

Indispensable, elle vise à lutter contre l'ankylose de la cheville et du genou et contre les troubles de la marche, secondaires aux positions « vicieuses » adoptées par le patient, du fait de son ulcère.

- Médicaments

A ce jour, aucun n'a fait preuve d'efficacité en terme de taux de cicatrisation, dans une étude digne de ce nom. Les phlébotoniques n'ont qu'une action supposée, sur certains signes fonctionnels tels que les sensations de jambe lourde, et ni l'aspirine, ni le Torental® n'ont vu leur efficacité prouvée, à ce jour.

Prophylaxie du tétanos

Elle est indispensable, l'ulcère de jambe constituant, de nos jours encore, la porte d'entrée la plus fréquente

Correction des troubles nutritionnels

L'obésité doit théoriquement être combattue, car elle favorise la stase veino lymphatique. Il est cependant rare d'obtenir un amaigrissement significatif et il paraît inadéquat de proposer, du seul fait des ulcères, une solution chirurgicale telle qu'un by-pass ou la mise en place d'un anneau oesophagien. Même les obèses peuvent souffrir de carences nutritionnelles sélectives. Il y a aura lieu de les dépister par une enquête

diététique, complétée, le cas échéant, par des dosages sanguins de l'albumine, du fer, des vitamines B12 et des folates. Le dosage de la vitamine C est plus difficile à réaliser en pratique. En cas de suspicion de carence, à l'issue de l'interrogatoire, il est souvent plus facile de traiter de manière présomptive

- Divers

De nombreuses autres méthodes ont été proposées pour accélérer la cicatrisation des ulcères veineux rebelles ; hémodylution, ultrasons, autohémothérapie, fibrinolytiques, héparine. Nous ne les développerons pas.

Complications des ulcères de jambe

¶ Complications infectieuses

Des érysipèles ou des lymphangites peuvent se développer à partir d'un ulcère de jambe. Le traitement ne diffère pas de celui des autres causes d'érysipèles. En cas d'épisodes répétés, il y a parfois lieu de proposer un traitement antibiotique prophylactique au long cours, tant que l'ulcère reste ouvert.

Le diagnostic d'un ulcère surinfecté est avant tout clinique. En effet, le prélèvement bactériologique n'a pas d'intérêt à titre systématique, dans la mesure où tout ulcère est colonisé par des germes.

Les signes qui peuvent faire penser à une surinfection sont l'augmentation de l'érythème péri ulcéreux, un accroissement de la taille de l'ulcère, qui, de plus, devient douloureux, son caractère creusant, la présence d'un halo purpurique, ou d'ulcération punctiformes satellites et de pustules. Les facteurs favorisants sont l'occlusion et l'humidité trop importante. En cas de suintement important, il est toujours préférable de changer plus souvent le pansement que de rajouter plusieurs

épaisseurs ou d'opter pour des pansements de type « américain, qui favorisent cette macération et les risques de surinfection

¶ Eczémas de contact

C'est une complication très fréquente des ulcères, liée la multiplicité des traitements topiques et favorisée par l'occlusion, l'irritation et la dermite de stase. La pratique systématique de patchs tests montre des taux de sensibilisation, à au moins un des constituants de la batterie européenne d'allergènes d'environ 50%. Le baume du Pérou est de loin le test le plus fréquemment positif, suivi par la lanoline, la néomycine et la colophane et les parfums. En revanche la sensibilisation aux constituants du caoutchouc est moins fréquente que ne le laisserait entendre la supposée « allergie » aux bandes dont se plaignent les patients qui ne veulent pas mettre de contention. Le traitement de l'eczéma consiste, après la mise en évidence de l'allergène, et de son éviction, en une corticothérapie locale.

¶ Calcifications dystrophiques

Elles sont quasiment constantes, et peuvent être visualisées par la pratique d'une radiographie des parties molles de la jambe. Ce n'est que lorsqu'elles sont superficielles qu'elles peuvent avoir une traduction clinique. Elles peuvent donner lieu à des ulcérations ponctiformes douloureuses, résultant de la tentative d'élimination de ces calcifications et contribuent probablement à la guêtre scléreuse.

Cancérisation

La dégénérescence maligne des ulcères de jambe est rare, et survient le plus souvent après de longues durées d'évolution. On la suspectera devant l'apparition d'un bourgeonnement récalcitrant des berges ou une kératinisation anormale au centre. Une lésion ulcéro végétante, est toujours suspecte, et doit faire l'objet d'un avis spécialisé et d'une biopsie

Douleurs

Un ulcère veineux est en général indolore. La survenue de douleurs au décours de son évolution peut faire penser à une surinfection, à une participation artérielle, ou, orienter vers une neuropathie. La participation neurologique de la douleur sera évoquée devant la description de brûlures, de picotements, de « coups de poignard », ou lors d'hyperesthésies au moindre contact ce qui nécessitera la prescription d'antalgiques spécifiques, tels que l'amitryptiline, si les douleurs sont paroxytiques et la gabapantine ou le clonazepam si elles sont continues.