

# Item 137 : Ulcère de jambe

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
<b>I Diagnostic</b> .....	<b>5</b>
<b>I.1 Ulcère</b> .....	<b>5</b>
<b>I.2 Peau périulcéreuse</b> .....	<b>6</b>
<b>I.2.1 Artériopathie</b> .....	<b>6</b>
<b>I.2.2 Insuffisance veineuse</b> .....	<b>7</b>
<b>I.3 Examen vasculaire</b> .....	<b>8</b>
<b>I.3.1 Interrogatoire</b> .....	<b>8</b>
<b>I.3.2 Examen clinique</b> .....	<b>9</b>
<b>I.4 Évaluation du degré de handicap locomoteur</b> .....	<b>9</b>
<b>II Étiologie</b> .....	<b>9</b>
<b>II.1 Étiologies vasculaires</b> .....	<b>9</b>
<b>II.1.1 Ulcères artériel et veineux</b> .....	<b>10</b>
<b>II.1.2 Ulcère mixte artériel et veineux</b> .....	<b>10</b>
<b>II.1.3 Angiodermite nécrotique</b> .....	<b>11</b>
<b>II.1.4 Ulcères des vasculites ou des autres atteintes vasculaires cutané-systémiques</b>	<b>12</b>
<b>II.2 Ulcères de causes non vasculaires</b> .....	<b>12</b>
<b>II.2.1 Examens artériel et veineux normaux</b> .....	<b>12</b>
<b>II.2.2 Mal perforant plantaire</b> .....	<b>13</b>
<b>III Diagnostic différentiel</b> .....	<b>13</b>
<b>IV Évolution</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.1 Pronostic</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.2 Complications</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.2.1 Dermatitis de contact</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.2.2 Surinfection microbienne</b> .....	<b>15</b>
<b>IV.2.3 Lésions ostéoarticulaires</b> .....	<b>15</b>
<b>IV.2.4 Hémorragie</b> .....	<b>15</b>

IV.2.5	Carcinome épidermoïde.....	15
V	Principes du traitement.....	16
V.1	Traitement étiologique.....	16
V.1.1	Ulcères veineux .....	16
V.1.1.1	Compression .....	16
V.1.1.2	Chirurgie.....	16
V.1.1.3	Physiothérapie .....	17
V.1.1.4	Veinotoniques .....	17
V.1.1.5	Crénothérapie.....	17
V.1.1.6	Insuffisance veineuse profonde.....	17
V.1.2	Ulcère mixte à prédominance veineuse.....	17
V.1.3	Ulcère artériel .....	17
V.1.3.1	Traitement médical .....	17
V.1.3.2	Traitement chirurgical .....	17
V.2	Traitement général.....	18
V.3	Traitement local de l'ulcère et de la peau périulcéreuse .....	18
V.3.1	Phase de détersion .....	18
V.3.2	Phase de bourgeonnement .....	18
V.3.3	Phase de réépithélialisation .....	19
V.3.4	Traitement de la peau périulcéreuse.....	19
V.3.5	Prévention de la récurrence et prévention de l'ulcère .....	20
V.3.5.1	Prévention de la récurrence .....	20
V.3.5.2	Prévention de l'ulcère .....	20
	Points Essentiels .....	20
VI	Annexes.....	21
	Recommandation .....	21

## OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer un ulcère de jambe.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Des recommandations sur la « prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement » ont été publiées en novembre 2006 (HAS).

Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. HAS; 2006. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_459541/prise-en-charge-de-lulcere-de-jambe-a-predominance-veineuse-hors-pansement](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_459541/prise-en-charge-de-lulcere-de-jambe-a-predominance-veineuse-hors-pansement)

L'ulcère de jambe se définit comme une plaie de la jambe ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois. Il s'agit de la complication d'une maladie vasculaire sous-jacente souvent ancienne ou grave qui règle le pronostic et la conduite thérapeutique. L'ulcère de jambe, très fréquent, est invalidant et à l'origine de très nombreuses hospitalisations.

### Physiopathologie

#### Ulcère veineux

La physiopathologie de l'*ulcère de jambe veineux pur* est une hypertension veineuse ambulatoire qui peut être secondaire à :

- des reflux dans les veines superficielles, perforantes (incompétence valvulaire superficielle et varices dans la maladie veineuse essentielle) ;
- des reflux dans les veines profondes et/ou à une obstruction dans les veines profondes (étiologie post-thrombotique) ;
- et/ou à une déficience de la pompe musculaire du mollet.

L'*hypertension veineuse ambulatoire* conduit à des anomalies de la microcirculation et à une souffrance tissulaire, comme en témoignent les troubles trophiques d'insuffisance veineuse.

Sur ces téguments fragilisés, un simple petit traumatisme peut être à l'origine de l'ulcère.

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

La physiopathologie de la microangiopathie veineuse est encore mal élucidée :

- capillaires cutanés dilatés, et raréfiés ;
- la destruction capillaire semble due à une adhésion et à une activation des leucocytes dans la microcirculation avec production de radicaux libres et d'enzymes toxiques pour le capillaire et pour le tissu interstitiel ;
- l'hypothèse d'un manchon de fibrine péri-capillaire gênant la diffusion de l'oxygène est moins probable ;
- d'autres mécanismes sont invoqués : piégeage des facteurs de croissance réduisant les capacités de cicatrisation de la peau, dilatation capillaire avec fuite capillaire et œdème ;
- une microangiopathie lymphatique par surcharge secondaire à la fuite capillaire est souvent associée.

### **Ulcère artériel**

Les lésions cutanées observées sont directement en rapport avec l'ischémie par défaut de perfusion artérielle du membre.

## **I DIAGNOSTIC**

---

### **I.1 ULCERE**

L'examen clinique détermine :

- le nombre d'ulcères (Figure 1), unique ou multiple ;
- la taille ;
- le siège : sus- et rétromalléolaire interne, malléolaire externe, face antéro-externe de jambe, distal (orteils)... et le caractère uni- ou bilatéral ;
- le fond : propre ou surinfecté, purulent, bourgeonnant, en voie de cicatrisation ou recouvert d'un enduit jaunâtre adhérent (fibrine) voire d'une zone nécrotique noirâtre ;

- importance de l'exsudat ;
- la nature des bords : bords souples au même niveau que l'ulcère (bon pronostic) ; ou au contraire durs et faisant saillie au-dessus de l'ulcère.

**Figure 1 : Ulcère veineux sus-malléolaire interne, à fond fibrineux**



## **I.2 PEAU PERIULCEREUSE**

Elle est rarement normale. Elle est le reflet des complications cutanées de la maladie vasculaire sous-jacente.

### **I.2.1 Artériopathie**

La peau est blanche ou cyanique, froide, luisante et dépilée.

## I.2.2 Insuffisance veineuse

Les troubles trophiques caractéristiques sont :

- des *lésions dermo-épidermiques* : plaques érythémato-squameuses, prurigineuses, débutant souvent dans la région malléolaire interne et pouvant s'étendre au reste de la jambe. Elles sont également appelées eczéma variqueux (Figure 2) ;
- des *lésions de capillarite* :
  - la *dermite ocre* qui forme de larges placards malléolaires internes ou des faces antérieures des tibias. Rouge violacé en phase initiale, ils deviennent rapidement bruns en raison des dépôts indélébiles d'hémosidérine,
  - l'*atrophie blanche* qui correspond à l'obstruction des petits vaisseaux dermiques. Elle se présente sous la forme de plaques de petite taille, irrégulière, atrophiques et de couleur ivoirine parfois parcourues de fines télangiectasies. Souvent douloureuse, sa tendance à l'ulcération est très importante,
  - les *capillarites hypertrophiques* qui ont un aspect de chevelus capillaires malléolaires ou du dos du pied ;
- des lésions d'hypodermite :
  - l'*hypodermite aiguë* ou *subaiguë* qui se manifeste par un tableau de grosse jambe rouge et douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile,
  - la *lipodermatosclérose* (hypodermite scléreuse) qui peut survenir à la suite de plusieurs épisodes d'hypodermite aiguë ou se constituer d'emblée, insidieusement. Le mollet est dur, la peau est scléreuse, souvent pigmentée et impossible à pincer réalisant une véritable guêtre rétractile.

**Figure 2 : Ulcère veineux avec dermatite de stase périulcéreuse**



Chez un même malade, plusieurs types de lésions peuvent s'associer.

### **I.3 EXAMEN VASCULAIRE**

Tout ulcère de jambe justifie un examen clinique vasculaire complet.

#### **I.3.1 Interrogatoire**

Il recherche :

- des signes d'insuffisance veineuse essentielle ou post-phlébitique : douleurs à type de crampe au repos, œdème vespéral ;
- des antécédents personnels ou familiaux de varices traitées ou non, de thromboses veineuses profondes, superficielles ou d'embolie pulmonaire, des antécédents de traumatismes ou de chirurgie des membres inférieurs ;
- des antécédents obstétricaux et les autres antécédents médicaux et chirurgicaux ;



- des signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus.

### **I.3.2 Examen clinique**

L'examen clinique comprend :

- la palpation des pouls périphériques ;
- l'auscultation des artères des membres et du cou ;
- la recherche de varices des membres inférieurs et leur localisation (inspection, palpation, percussion) ;
- la recherche de télangiectasies, veines réticulaires, couronne phlébectasique de la cheville et du pied (cf. « Troubles trophiques ») ;
- la recherche systématique de facteurs de risque vasculaire : diabète, hypertension artérielle, trouble métabolique, tabagisme, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'ischémie myocardique ;
- la présence de cicatrices d'anciens ulcères.

### **I.4 ÉVALUATION DU DEGRE DE HANDICAP LOCOMOTEUR**

Cette évaluation fait partie du bilan diagnostique.

Les malades handicapés par une ankylose de la cheville elle-même souvent secondaire à l'ulcère, une coxarthrose, une gonarthrose, des déformations orthopédiques des pieds (hallux valgus, affaissements plantaires...) ont moins de chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle.

Au terme de ce quadruple examen, il sera possible d'évoquer les principales causes de l'ulcère.

## **II ÉTIOLOGIE**

---

### **II.1 ÉTIOLOGIES VASCULAIRES**

Les étiologies vasculaires sont les plus fréquentes : l'insuffisance veineuse, l'insuffisance artérielle, les ulcères mixtes (veineux et artériels), l'angiodermite nécrotique.

### II.1.1 Ulcères artériel et veineux

**Tableau 1 : Comparatif de l'ulcère veineux et de l'ulcère artériel**

Ulcère veineux (Fig. 1 et 2)	Ulcère artériel (Fig. 3)
Femme de plus de 50 ans (1,5 × plus fréquent que chez l'homme)	Homme de plus de 50 ans
Ulcère unique, de grande taille, moyennement douloureux, de siège péri-malléolaire jusqu'au 1/3 inférieur du mollet	Tabac, HTA, diabète, obésité, dyslipidémie
Complications trophiques caractéristiques de la peau péri-ulcéreuse	Ulcère unique ou souvent multiple, à l'emporte-pièce, de topographie suspendue ou distale (orteils)
Présence de varices, l'examen artériel est normal.	Peau péri-ulcéreuse lisse, froide, dépilée
Œdème, plus marqué en cas de syndrome post-phlébitique.	Abolition d'un ou plusieurs poulx périphériques
En pratique, l'écho-Doppler des veines des membres inférieurs est nécessaire. Il confirme le diagnostic d'ulcère veineux, précise le mécanisme (R/O) et la localisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un syndrome de reflux superficiel, signant la présence de varices, précisant les niveaux de fuite et la topographie des perforantes</li> <li>– Un syndrome de reflux profond, synonyme de syndrome post-thrombotique</li> <li>– Un syndrome obstructif profond, témoin d'un processus thrombotique ancien et mal reperméabilisé ou récent, signe d'une thrombose récente</li> </ul>	La douleur est habituellement intense
L'écho-Doppler veineux doit être systématiquement complété par une mesure des index de pression systolique (IPS) à la recherche d'une AOMI associée : <ul style="list-style-type: none"> <li>– IPS entre 0,9 et 1,3 : ulcère veineux pur (absence d'AOMI)</li> <li>– IPS entre 0,7 et 0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse</li> </ul>	L'écho-Doppler va montrer le niveau, le type des lésions, le retentissement d'aval et il permet de mesurer la baisse de l'indice de pression systolique = pression tibiale postérieure/pression humérale (normale : 1 à 1,3) Recherche un anévrisme de l'aorte abdominale, source d'embolies vasculaires L'angiographie précise le siège de l'oblitération, sa longueur, dépiste des plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser. Est indispensable à la décision opératoire
	La mesure de la PO <sub>2</sub> transcutanée est un bon reflet de l'oxygénation de la peau. Sa mesure est prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle amputation  (en cas d'ischémie critique : pression artérielle systolique < 50 mmHg à la cheville ou < 30 mmHg au gros orteil, l'hospitalisation en milieu spécialisé est recommandée)

### II.1.2 Ulcère mixte artériel et veineux

Dans un nombre important de cas, les deux causes sont mises en évidence simultanément, faisant parler d'ulcère mixte artériel et veineux (Figure 3).

**Figure 3 : Ulcère artériel**



L'échographie veineuse (+ IPS) doit être complétée par un écho-Doppler artériel en cas :

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

Dans le cas d'IPS entre 0,7 et 0,9 : l'ulcère est mixte à prédominance veineuse (AOMI n'expliquant pas l'ulcère).

### **II.1.3 Angiodermite nécrotique**

C'est une entité anatomoclinique définie par une microangiopathie non inflammatoire associée à un infarctus artériolaire.

Elle survient principalement chez la femme après 60 ans et sur un terrain d'hypertension artérielle ancienne et traitée et/ou de diabète.

Les caractères évocateurs de l'ulcère sont :

- un début par une plaque purpurique ou livedoïde extensive, évoluant rapidement vers une nécrose noirâtre puis une ou plusieurs ulcérations superficielles à bords irréguliers en « carte de géographie » (Figure 4) ;
- une localisation suspendue à la face antéro-externe de la jambe ;
- des douleurs très importantes, insomniantes.

**Figure 4 : Angiodermite nécrotique**



L'examen clinique recherche une hypertension artérielle et/ou un diabète, souvent mal équilibrés.

Les examens complémentaires sont :

- la normalité des grands axes vasculaires artériels et veineux (tout au plus athéromatose sans sténose) ;
- l'élimination d'une angiodermite au cours des affections vasculaires inflammatoires, par des examens immunologiques (anticorps, facteurs rhumatoïdes, cryoglobuline... normaux).

#### **II.1.4 Ulcères des vasculites ou des autres atteintes vasculaires cutané-systémiques**

Les ulcères des vasculites ou des autres atteintes vasculaires cutané-systémiques sont rares.

Il s'agit :

- de poussées de vasculite de la polyarthrite rhumatoïde, de la périartérite noueuse, de la maladie de Wegener, du lupus érythémateux surtout en cas d'association à un anticoagulant circulant ;
- des embolies de cholestérol, des cryoglobulinémies.

## **II.2 ULCERES DE CAUSES NON VASCULAIRES**

### **II.2.1 Examens artériel et veineux normaux**

Dans d'autres cas, les examens artériel et veineux sont normaux ou subnormaux et n'expliquent pas la symptomatologie ulcéreuse.

D'autres causes sont à rechercher en particulier devant une anomalie de l'examen clinique ou de l'évolution. Il faut se poser la question de l'étiologie devant :

- un ulcère de jambe qui n'évolue pas vers la guérison après deux mois de traitement bien conduit ;
- une évolution ulcérante rapide (pyoderma gangrenosum) ;
- une anomalie du fond (bourgeonnement hypertrophique...), du bord, de la périphérie ;
- un siège qui n'appartient pas classiquement aux étiologies vasculaires doit faire discuter un carcinome, une infection (mycobactérioses, tuberculose, mycoses profondes, parasitoses), une cause hématologique (syndromes myéloprolifératifs, dysglobulinémies).

### II.2.2 Mal perforant plantaire

Le mal perforant plantaire est une ulcération d'origine neurologique particulière localisée à la plante (il est souvent traité au chapitre diagnostic différentiel) :

- plus fréquent chez l'homme ;
- localisé aux points d'appui (talon, tête des métatarsiens) ;
- souvent indolore ;
- débute par une hyperkératose qui s'ulcère ; la surface de l'ulcère est parfois à peine visible compte tenu de l'importance de l'hyperkératose périphérique.

Les causes principales sont : le diabète, les neuropathies sensitives familiales (acropathies ulcéro-mutilantes, maladie de Thévenard) ou acquises (intoxication éthylique...), les anomalies médullaires traumatiques ou non (spina-bifida).

## III DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

Ce sont principalement les ulcères et ulcérations de cause neurologique (mal perforant plantaire, *cf.* ci-dessus), tumorale (carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, lymphome), infectieuse, hématologique (syndrome myéloprolifératif, dysglobulinémie, anémie hémolytique congénitale), « inflammatoire » (pyoderma gangrenosum, *cf. supra*). Ces causes sont pour la plupart rares.

## IV ÉVOLUTION

---

### IV.1 PRONOSTIC

L'ulcère variqueux évolue, en règle, favorablement sous couvert d'un traitement étiologique et local bien conduit.

Il est caractérisé par un risque de récurrence et de passage à la chronicité.

L'ulcère post-thrombotique est plus rebelle en raison notamment des troubles périulcéreux associés souvent importants, des perturbations hémodynamiques et de la difficulté d'un traitement étiologique.

L'ulcère artériel peut cicatriser si un traitement étiologique est possible (pontage, dilatation...).

Dans les tableaux évolués ou après des phénomènes ischémiques aigus, la décision d'amputation du membre est parfois nécessaire devant l'importance de la douleur, le risque septique (gangrène gazeuse) et les risques de décompensation viscérale.

### IV.2 COMPLICATIONS

#### IV.2.1 Dermatitis de contact

Cf. Item 114 : Dermatite (ou eczéma) atopique : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_16/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_16/site/html/1.html).

Elles sont fréquentes en raison du grand nombre de produits topiques utilisés dans cette affection chronique.

L'érythème vésiculeux prurigineux est limité au début à la zone d'application du produit mais peut diffuser à distance par la suite.

Les principaux allergènes sont : le baume du Pérou, la néomycine, certains antiseptiques, la lanoline, les parfums et les conservateurs... Le diagnostic étiologique repose sur la réalisation de tests épicutanés.

Le diagnostic différentiel d'avec une *dermatite de stase* est parfois difficile en raison de l'intrication fréquente des deux mécanismes.

#### **IV.2.2 Surinfection microbienne**

*La présence de germes sur un ulcère est un phénomène non pathologique (colonisation) et ne justifie pas de prélèvements bactériologiques ni de traitements antiseptiques ou antibiotiques systématiques.*

Dans certains cas, l'ulcère peut représenter la porte d'entrée d'une infection cutanée patente. Il faut y penser devant :

- une augmentation de la douleur locale ;
- une inflammation des bords (symptôme et signe non spécifiques) ;
- une lymphangite ;
- de la fièvre.

Il peut s'agir d'un érysipèle (Item 87 : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_9/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_9/site/html/1.html)), d'une fasciite nécrosante, d'un tétanos (prévention systématique par vaccination chez les malades non immunisés), d'une gangrène gazeuse (anaérobies) au cours des ulcères artériels.

#### **IV.2.3 Lésions ostéoarticulaires**

Les modifications ostéoarticulaires sont très fréquentes : périostite puis ostéopériostite aboutissant à l'ankylose de la cheville.

Les positions antalgiques souvent à l'origine d'attitudes vicieuses sont parfois très difficiles à corriger.

#### **IV.2.4 Hémorragie**

Elle survient souvent dans le cadre d'ulcères veineux : spectaculaire mais généralement contrôlée par une simple compression prolongée.

#### **IV.2.5 Carcinome épidermoïde**

La survenue d'un carcinome épidermoïde est rare mais non exceptionnelle.

Il faut y penser devant :

- une chronicité de l'ulcère sans aucune amélioration malgré un traitement bien conduit ;
- une apparition de douleurs ;
- une hémorragie locale ;

- un bourgeonnement excessif.

Il peut être difficile de distinguer un ulcère cancérisé d'un cancer cutané primitif ulcéré.

## V PRINCIPES DU TRAITEMENT

---

### V.1 TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

*Le traitement étiologique est indispensable lors de toute prise en charge d'un ulcère.*

Il peut permettre une amélioration significative des performances hémodynamiques et la limitation du risque de récurrence (cf. « Traitement général »).

#### V.1.1 Ulcères veineux

##### V.1.1.1 Compression

La compression est toujours de mise, pour lutter contre l'œdème en limitant le reflux par un effet mécanique.

Une compression à haut niveau de pression est recommandée (30 à 40 mmHg à la cheville) si IPS entre 0,8 et 1,3. Il faut :

- favoriser les compressions multicouches ;
- obtenir une bonne observance ;
- respecter les règles de bonne utilisation de la compression.

##### V.1.1.2 Chirurgie

Il est nécessaire d'opérer les insuffisances veineuses superficielles en l'absence d'obstruction et de reflux veineux profond axial total.

La sclérothérapie n'a pas fait l'objet d'études comparatives d'efficacité dans le traitement de l'ulcère veineux. Elle est principalement utilisée en complément de la chirurgie.

Il faut envisager les recours aux greffes en pastilles ou en filet si l'ulcère résiste aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou si l'ulcère est de grande taille > 10cm<sup>2</sup>.



### V.1.1.3 Physiothérapie

La rééducation de la marche et la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne sont un complément thérapeutique nécessaire pour la vidange de la pompe veineuse du mollet et de la semelle veineuse plantaire.

### V.1.1.4 Veinotoniques

Ils ont peu d'intérêt à ce stade mais peuvent agir sur les symptômes.

### V.1.1.5 Crénothérapie

Il s'agit d'un traitement d'appoint.

### V.1.1.6 Insuffisance veineuse profonde

La compression est le traitement de première intention associé au traitement de l'insuffisance veineuse superficielle. Les indications d'intervention sur les voies veineuses profondes sont rares (2e intention, atteinte sus-inguinale, après avis spécialisé).

## V.1.2 Ulcère mixte à prédominance veineuse

Il faut :

- prendre en charge l'AOMI ;
- adapter la compression, si elle est autorisée (IPS est  $< 0,8$  ou  $> 1,3$ ) en diminuant la pression sous 30mmHg et en utilisant des bandes à étirement court, sous surveillance médicale spécialisée.

## V.1.3 Ulcère artériel

### V.1.3.1 Traitement médical

Le traitement médical comprend les vasodilatateurs et les analogues de la prostacycline ; la prostacycline est indiquée en cas d'ischémie grave avec contre-indication chirurgicale.

### V.1.3.2 Traitement chirurgical

Il s'agit des techniques de désobstruction, de pontage, de sympathectomie.

Les indications chirurgicales se posent en fonction des résultats des examens radiologiques.

## V.2 TRAITEMENT GENERAL

- Mettre à jour les vaccinations antitétaniques.
- Traiter la douleur en fonction de la cause (traiter les complications locales, prescrire un topique anesthésique...), et prescrire si besoin des antalgiques selon la classification de l'OMS, en particulier avant les soins.
- Hygiène de vie.
- Traiter les facteurs de risques et/ou des comorbidités : arrêt du tabac, équilibre d'un diabète, lutte contre l'hyperlipidémie, traitement de l'HTA, perte de poids, antiagrégants si besoin, activité physique adaptée (kinésithérapie si nécessaire en particulier en cas d'ankylose des chevilles) en évitant les microtraumatismes.
- Prise en compte du contexte social et gériatrique.

## V.3 TRAITEMENT LOCAL DE L'ULCERE ET DE LA PEAU PERIULCEREUSE

Il comprend trois phases. À chaque phase, la réalisation des soins locaux et leur efficacité sont étroitement subordonnées à une bonne coopération entre le médecin et le personnel infirmier.

### V.3.1 Phase de détersion

Cette phase débute par un nettoyage de l'ulcère par bains ou par toilettes ; l'utilisation systématique d'antiseptiques n'est pas indiquée en l'absence d'infection déclarée.

La détersion proprement dite a pour objectif d'enlever les débris cellulaires et croûteux à la surface de l'ulcère. Elle est avant tout mécanique, au bistouri, à la curette et aux ciseaux, éventuellement sous couvert d'une anesthésie locale, parfois même en cas de douleurs trop importantes sous anesthésie locorégionale.

Certains topiques peuvent être utilisés à ce stade : alginates et hydrogels, qui peuvent être laissés en place 48 à 72 heures selon le suintement de la plaie et en l'absence d'infection patente.

### V.3.2 Phase de bourgeonnement

Elle fait appel à l'utilisation de trois types de produits :

- les pansements gras, en évitant les produits contenant des substances sensibilisantes (tel le baume du Pérou) ;
- les hydrocolloïdes (*Comfeel Duoderm*)
- les alginates de calcium (qui ont en plus une activité hémostatique).

### V.3.3 Phase de réépithélialisation

Elle fait appel aux mêmes types de produits que précédemment.

Il peut être proposé des greffes en pastilles (Figure 5) ou en résille qui vont avoir un effet antalgique et raccourcissent la durée de cicatrisation. Elles sont indiquées dans les ulcères de grande taille (> 10 cm<sup>2</sup>) et les ulcères rebelles ne cicatrisant pas au bout de 6 mois.

**Figure 5 : Greffe en pastilles sur ulcère bien détergé et bourgeonnant**



L'utilisation de substituts cutanés fait actuellement l'objet d'études, de même que l'utilisation de facteurs de croissance.

### V.3.4 Traitement de la peau périulcéreuse

Les complications trophiques de l'insuffisance veineuse justifient systématiquement le port d'une compression veineuse.

Le traitement des complications périulcéreuses est : la suppression de l'allergène et l'application de dermocorticoïdes dans les eczémas de contact, la désinfection et l'antibiothérapie par voie générale dans l'érysipèle.

Pour certains, le traitement est une antibiothérapie par voie générale associée à un dermocorticoïde dans les dermo-épidermites, et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, en association à une contention dans les hypodermes inflammatoires.

Les hypodermes scléreuses sont plus difficiles à traiter.

Les lésions de dermite ocre ne régressent pas sous traitement. La contention peut éviter leur aggravation.

### **V.3.5 Prévention de la récurrence et prévention de l'ulcère**

#### **V.3.5.1 Prévention de la récurrence**

Il s'agit de la chirurgie de l'IV superficielle si non faite et, dans tous les cas, port d'une contention de classe 3 idéalement, sinon de classe 2.

#### **V.3.5.2 Prévention de l'ulcère**

La prévention de l'ulcère est celle de la maladie post-phlébitique : traitement correct des thromboses, reconnaissance des sujets à risque et des situations à risque. C'est aussi le traitement des varices à un stade non compliqué.

## **POINTS ESSENTIELS**

---

- **La plupart des ulcères de jambe sont de cause vasculaire par hypertension veineuse ambulatoire ou insuffisance artérielle ;**
- **Les ulcères infectieux, neurotrophiques, dysimmunitaires et néoplasiques sont rares ;**
- **Les ulcères les plus chroniques sont les ulcères post-phlébitiques ;**
- **La douleur et l'extension nécrotique sont les signes d'orientation vers une cause artérielle (ulcère sur artériopathie ou artériel) ou artériolaire (angiodermite nécrotique) ;**
- **Les modifications de la peau périulcéreuse sont plus fréquentes dans les ulcères de cause veineuse ;**
- **La surinfection et la sensibilisation allergique aux topiques utilisés sont les principales complications des ulcères veineux ;**

- Dans l'ulcère veineux : écho-Doppler veineux et mesure des indices de pression systolique (IPS) à compléter par écho-Doppler artériel dans 3 cas (cf. texte) ;
- Dans l'ulcère artériel : écho-Doppler artériel et mesure des IPS, angiographie ;
- Le traitement chirurgical doit être envisagé en priorité dans les ulcères par insuffisance veineuse chronique non post-thrombotique et dans les ulcères de cause artérielle ;
- Traiter par compression à haut niveau de pression les ulcères veineux en l'absence d'AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs) ;
- Les moyens du traitement local doivent être adaptés aux trois phases évolutives successives de l'ulcère : détersion, bourgeonnement, épithélialisation ;
- Une bonne hygiène de vie et la rééducation de la marche sont des compléments indispensables des traitements spécifiques ;
- Pour l'exécution des soins locaux la coopération entre le médecin et le personnel soignant est essentielle.

## VI ANNEXES

---

### RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. HAS; 2006.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_459541/prise-en-charge-de-lulcere-de-jambe-a-predominance-veineuse-hors-pansement](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_459541/prise-en-charge-de-lulcere-de-jambe-a-predominance-veineuse-hors-pansement)