

Item 137 : Ulcère de jambe

Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et Chirurgie vasculaire

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

I Diagnostiquer un ulcère de jambe.....	3
I.1 Interrogatoire et examen général.....	4
I.2 Examen local de l'ulcère.....	4
I.2.1 L'examen veineux.....	4
I.2.2 L'examen artériel.....	4
I.2.3 L'examen général du patient.....	4
I.2.4 Les ulcères d'origine non vasculaire.....	5
II Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.....	6
II.1 Soins locaux	7
II.1.1 Détersion.....	7
II.1.2 Bourgeonnement et épithélialisation.....	8
II.1.3 Greffes cutanées.....	9
II.1.4 Traitement des complications.....	9

OBJECTIFS

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

L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée chronique. La prévalence augmente avec l'âge : 1 % après 60 ans, 5% après 80 ans. L'ulcère de jambe entraîne un handicap et représente un coût élevé en terme de santé publique.

La majeure partie des ulcères de jambe est d'origine vasculaire et le principal problème consiste à faire un diagnostic étiologique et quantifié pour les trois composantes possibles : veineuse, microcirculatoire et artérielle.

La réponse à cette question repose sur une analyse sémiologique de l'ulcère, un examen veineux et artériel clinique et paraclinique et un examen général du patient.

Le traitement de l'ulcère est avant tout le traitement de son étiologie et pas seulement le traitement local de l'ulcère.

Notions de physiopathologie :

La physiopathologie de l'ulcère **veineux repose fréquemment sur un reflux sanguin veineux et plus rarement sur une obstruction qui créent une stase veineuse. Il s'en suit une hypertension veineuse à l'effort qui entraîne une souffrance microcirculatoire** : altération de la barrière endothéliale avec passage de plasma, de macromolécules, d'éléments figurés du sang dans le secteur interstitiel, diapédèse leucocytaire à l'origine de phénomènes inflammatoires, production de radicaux libres oxygénés et de cytokines toxiques, formation de manchons de fibrine péri-capillaires.

Ces phénomènes se conjuguent pour aboutir à une hypoxie tissulaire locale à l'origine de la perte de substance cutanée chronique.

La physiologie de l'angiodermite nécrotique (ulcère de Martorell) repose sur un infarctus cutané, secondaire à une occlusion artériolaire compliquant la plupart du temps une hypertension artérielle.

La physiologie de l'ulcère artériel associé à une ischémie critique est celle de l'hypoxie tissulaire ischémique.

L'ulcère mixte (ulcère à composante artérielle) est un ulcère de cause variable (veineux ou post traumatique le plus souvent) qui ne cicatrise pas en raison de la présence d'une artériopathie au stade d'ischémie critique.

Dans tous les cas, l'infection est un facteur aggravant de l'hypoxie.

I DIAGNOSTIQUER UN ULCÈRE DE JAMBE

I.1 INTERROGATOIRE ET EXAMEN GÉNÉRAL

Recherche d'antécédent de maladie variqueuse, de maladie thrombo-embolique veineuse, de claudication intermittente ou d'artériopathie connue, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de diabète ou de tabagisme.

I.2 EXAMEN LOCAL DE L'ULCÈRE

L'examen de l'ulcère est fait sous un bon éclairage en s'aidant d'une pince et d'une règle graduée. La mensuration de l'ulcère est faite au niveau de la longueur et de la largeur maximales. L'aspect et l'intensité du suintement sont notés par l'analyse du pansement. L'aspect des bords et du fond de l'ulcère, et la profondeur, précisée par la pince, fournissent de précieux renseignements de même que l'aspect cutané péri-lésionnel.

I.2.1 L'examen veineux

Recherche de varices en position debout, d'un oedème, d'une dermite ocre, d'une atrophie blanche, d'un eczéma variqueux, d'une lipodermatosclérose, de cicatrices d'ulcères plus anciens, d'un cordon induré sur un trajet veineux témoin d'une thrombose veineuse superficielle.

I.2.2 L'examen artériel

Recherche des pouls périphériques, mesure de l'IPS (quand il est possible). Appréciation de la chaleur cutanée, d'une pâleur de surélévation du pied, d'une érythrose de déclivité, d'un allongement du temps de recoloration pulpaire, d'une déshabitation de la coque talonnière ou des pulpes des orteils, d'une amyotrophie, d'un trouble trophique même minime du pied.

I.2.3 L'examen général du patient

L'examen général complète l'examen local

Au terme de ce bilan, 5 situations se présentent avec par ordre de fréquence décroissante :

L'ulcère veineux (80% des cas), les ulcères mixtes, l'angiodermite nécrotique, l'ulcère artériel, et les ulcères non vasculaires.

Les principales caractéristiques des ulcères vasculaires sont résumées dans le tableau I.

Tableau 1 : Les principales caractéristiques des ulcères vasculaires

	Ulcère veineux	Angiodermite nécrotique	Ulcère à composante artérielle
Généralités	Le plus fréquent (80%) Souvent post-thrombotique (50%)	Infarctus cutané	Présence d'une artériopathie patente
Terrain	Insuffisance veineuse chronique (stase) Antécédents de TVP parfois méconnus	HTA, diabète	Présence de FRCV (tabac+++) Sujets fréquemment polyartériels
Historique	Souvent ancien et récidivant. Peu algique	Récents, fréquence d'un traumatisme minime initial	Habituellement récents,
Signes fonctionnels associés	Cédème, lourdeurs de jambe, phlébalgies	Très algique	Algique, AOMI symptomatique
Siège	Péri-malléolaire	Face antéro-externe de jambe	Variable
Douleur	Peu ou pas douloureux	Constante, majeure, insomniente	Intense aggravée en décubitus
Aspect	Peu creusant, rouge foncé, très exsudatif, volontiers étendu	Nécrotique, superficiel, noirâtre, extension rapide	Creusant, fond atone, pâle, sec, mettant à nu les structures sous-jacentes
Contours	Réguliers	Irréguliers (géographiques) Bordés d'un liseré cyanique livédoïde	Bords abrupts
Taille	Souvent étendu, parfois circonscrit	Variable	Variable
Téguments péri-ulcéreux	Eczéma, atrophie blanche, dermite ocre, hypodermite, oedème	livédo	Peau fine, atrophique, fragile+++
Examen vasculaire	Pouls présents, anomalies veineuses, IPS normal	Pouls présents IPS normal ou élevé	Pouls absents ischémie critique (pression systolique de cheville < 50 mmHg)

I.2.4 Les ulcères d'origine non vasculaire

Ils sont beaucoup plus rares. Le diagnostic étiologique repose sur la réalisation de prélèvements spécifiques (bactériologiques, mycologiques, biopsiques) en présence d'un ulcère dont l'étiologie vasculaire n'est pas évidente et qui dure.

- **Les ulcères infectieux**

L'ecthyma est une infection cutanée à streptocoque A, caractérisée cliniquement par une ulcération de petite taille à périphérie érythémateuse succédant à une croûte noirâtre. Certaines infections chroniques profondes peuvent se manifester par une ulcération chronique de jambe.

- **Les ulcères des hémopathies**

Un ulcère de jambe chez un sujet jeune doit toujours faire suspecter une anémie hémolytique congénitale (drépanocytose, thalassémie). Les syndromes myéloprolifératifs (maladie de Vaquez, thrombocythémie...) peuvent se manifester par des ulcérations chroniques et nécrotiques superficielles.

- **Les cancers cutanés**

Il faut évoquer cette étiologie devant une ulcération chronique et rebelle de petite taille, d'aspect atypique (carcinome basocellulaire, spinocellulaire, mélanome). Tout ulcère

veineux qui ne guérit pas après plusieurs mois d'un traitement bien conduit doit être biopsié à la recherche d'un cancer.

- **Le pyoderma gangrenosum**

Il s'agit d'une ulcération superficielle à bords irréguliers constituée de clapiers purulents, avec une extension centrifuge rapide. Cette affection est associée dans 2/3 des cas à une pathologie sous-jacente : hémopathie, maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou cancer essentiellement.

- **Les vascularites cutanées**

Certaines vascularites cutanées (vascularites leucocytoclasiques), systémiques (périartérite noueuse ou au cours du lupus érythémateux, des cryoglobulinémies), ou un syndrome des antiphospholipides peuvent se manifester par un purpura nécrotique évoluant vers des ulcérations des membres inférieurs.

- **Les ulcères d'origine iatrogène**

Après certaines prises médicamenteuses au long cours : hydroxy-urée, interféron γ , des ulcères très fibreux et rebelles aux traitements peuvent apparaître. Ils disparaissent généralement en quelques semaines après l'arrêt du traitement en cause.

- **La pathomimie**

C'est un diagnostic d'élimination, difficile, à évoquer devant des ulcérations récidivantes d'aspect inhabituel chez un sujet jeune.

II ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

Le traitement local d'un ulcère de jambe ne peut être dissocié de la prise en charge de l'affection vasculaire qui l'a généré. En ce qui concerne l'ulcère d'origine veineuse en particulier, il est illusoire d'espérer la guérison pérenne sans supprimer le reflux pathologique. L'ulcère à composante artérielle nécessite une évaluation hémodynamique (écho-doppler, pression de cheville, pression d'orteil, TcpO₂). En cas d'ischémie critique (pression de cheville \leq 50 mmHg), la revascularisation est le seul moyen d'obtenir une cicatrisation. Chez le patient diabétique, la médiacalcose peut rendre ininterprétable la mesure de la pression systolique de cheville (artère incompressible), la pression du gros orteil permet de palier cet inconvénient.

Il n'y a pas de traitement unique dont l'application permettrait d'obtenir la cicatrisation d'un ulcère quel que soit son stade. Toute plaie possède une dynamique propre qui passe par des stades bien différenciés au cours du processus de guérison : stade fibrineux ou nécrotique, bourgeonnement, épidermisation.

DANS TOUS LES CAS : Il faut s'assurer que le patient est à jour de sa vaccination antitétanique. Dans le doute il ne faut pas hésiter à revacciner ! 60% des tétanos ont pour porte d'entrée un ulcère de jambe.

- **Ulcère veineux**

Le traitement préventif des ulcères nécessite une bonne prise en charge de la maladie thrombo-embolique et de l'insuffisance veineuse superficielle chronique avant la survenue de l'ulcère : compression élastique, échoscclérothérapie, techniques endoveineuses ou chirurgie pour supprimer les reflux pathologiques superficiels.

Le traitement curatif de l'ulcère veineux

En cas de varices, c'est la compression qui aide à la guérison de l'ulcère, c'est la chirurgie et la sclérose qui permettent de prévenir la récurrence. La greffe cutanée en pastille ou en filet est un moyen de réduire la durée de cicatrisation.

En cas de maladie post-thrombotique compression et avis spécialisé.

La compression est le traitement obligatoire de l'ulcère veineux. Il faut souvent utiliser une contention forte exerçant une pression supérieure à 21 mmHg (classe 3 ou 4). Selon le degré d'extension, de suintement de l'ulcère et la morphologie de la jambe, on utilisera des bas ou des bandes. En cas d'ulcère veineux survenant sur une artériopathie, la compression élastique devra être discutée et sera contre-indiquée si la pression systolique de cheville est inférieure à 70 mmHg.

- **Angiodermite nécrotique**

Le premier problème est d'assurer l'antalgie. On utilise les antalgiques de niveau 2 voire 3 (morphiniques). Au moment des soins, on utilise l'anesthésie locale et inhalée.

La greffe cutanée est souvent la meilleure solution antalgique et doit être envisagée précocement dès que la phase de détersion est achevée.

- **Ulcère à composante artérielle**

C'est une situation grave qui nécessite un bilan hémodynamique et d'imagerie au terme duquel une discussion médico-chirurgicale permet de porter les indications et de choisir les modalités d'une revascularisation.

II.1 SOINS LOCAUX

Le traitement local a comme seul but de favoriser la détersion des tissus nécrotiques puis la cicatrisation. Le traitement local ne dispense pas du traitement étiologique.

II.1.1 Détersion

Le nettoyage utilise l'eau, en évitant les antiseptiques et antibiotiques locaux. La détersion est avant tout mécanique au moyen du bistouri, de la curette et de la pince après antalgie et

anesthésie locale. L'importance des lésions ou des douleurs peut justifier une déterision au bloc opératoire.

La déterision mécanique peut être facilitée, en cas de plaie sèche ou très fibrineuse, par l'utilisation d'hydrogels qui relarguent de l'eau et hydratent les tissus nécrosés (Purilon®, Intrasite®) sans abîmer les tissus sains. On ne fait plus appel à la déterision enzymatique.

II.1.2 Bourgeonnement et épithélialisation

Favoriser le bourgeonnement puis l'épithélialisation est la condition essentielle de la cicatrisation. Le principe général est de maintenir un milieu chaud et humide par le caractère occlusif du pansement.

Pour ce faire de nombreux pansements sont disponibles. Ce sont des dispositifs médicaux et non pas des médicaments. On utilise des tulles vaselinés (Jelonet®, Vaselitulle®, Adaptic®). On peut également utiliser des pansements hydrocolloïdes ou hydrocellulaires, tous deux à base de carboxyméthylcellulose (CMC) et qui ne se distinguent que par leur texture. Une exsudation importante justifie l'utilisation de pansements adsorbants de type alginates ou hydrofibres de CMC en plaques non adhésives.

Pansements

T1 - Principaux pansements hydrocellulaires commercialisés

<i>Hydrocellulaires non adhésifs</i>	<i>Hydrocellulaires adhésifs</i>
Allevyn®	Askina Transorbent®
Hydroclean®	Combiderm®
Mepilex®	Tielle®
Tielle S®	

T2 - Principaux pansements hydrocolloïdes commercialisés

Algoplaque®	Aquacel®	Comfeel®
DuoDerm®	Hydrocoll®	Sureskin®
Tegasorb®	Urgomed®	Ialuset®

T3 - Principaux Alginates commercialisés

Algostéril®	Askina sorb®
Comfeel Seasorb®	Hyalofill-F®
Melgisorb®	Sorbalgon®
Urgosorb®	

II.1.3 Greffes cutanées

Les greffes cutanées représentent une part importante du traitement des ulcères veineux. Outre l'antalgie, elles assurent une épithélialisation rapide et favorisent la cicatrisation. Leur application se fait soit par pastilles pour les ulcères de petite surface, soit par filets pour les ulcères de plus grande taille. Elles nécessitent une surface parfaitement détergée, bourgeonnante et non infectée.

II.1.4 Traitement des complications

- **Allergies cutanées**

Les allergies cutanées sont très fréquentes. Elles gênent considérablement la cicatrisation de l'ulcère et parfois sont un facteur de son extension. Le traitement habituel repose sur l'utilisation des dermocorticoïdes et l'éviction de l'allergène, le plus souvent un produit appliqué dans le pansement (baume du Pérou, iode, hydrocolloïde).

- **Infection**

La présence de bactéries sur un ulcère est un phénomène normal. Il faut traiter par antibiotiques par voie générale les infections focales (érysipèle, cellulite, lymphangite ...).

Points essentiels : Révisions rapides : http://umvf.univ-nantes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/revisions_137.pdf