

Ulcère de jambe IC-228

- Connaître la définition d'un ulcère de jambe
- Savoir diagnostiquer un ulcère veineux, artériel, mixte
- Connaître les principaux mécanismes physiopathologiques des ulcères de jambe artériels, veineux et mixtes
- Photographie d'un ulcère veineux typique
- Photographie d'un ulcère artériel typique
- Connaître les modalités du diagnostic d'une angiodermite nécrotique
- Connaître les bases physiopathologiques de l'angiodermite nécrotique
- Photographie d'une angiodermite nécrotique
- Connaître les causes non vasculaires d'ulcères de jambe
- Connaître la compression et ses modalités
- Connaître l'intérêt de l'imagerie : échodoppler artério-veineux en 1ère intention
- Connaître les modalités d'interprétation des pressions distales
- Connaître les trois phases de cicatrisation d'un ulcère
- Connaître les soins locaux, la gestion des exsudats, la détersion
- Connaître les complications des ulcères : allergies cutanées (eczéma de contact), infection et transformation maligne

Connaître la définition d'un ulcère de jambe OIC-228-01-A

L'ulcère de jambe

- perte de substance cutanée dermique chronique évoluant depuis plus d'un mois (ulcère cutané ; plaie).
- la prévalence augmente avec l'âge : 1 % après 60 ans, 5 % après 80 ans.
- le plus souvent d'origine vasculaire : veineuse, microcirculatoire ou artérielle.
- Le traitement de l'ulcère est avant tout le traitement étiologique et pas seulement son traitement local.

Savoir diagnostiquer un ulcère veineux, artériel, mixte OIC-228-02-A

La distinction entre l'origine veineuse, artérielle ou artériolaire (angiodermite nécrotique) se fait en fonction de :

- l'extension (superficie et profondeur),
- la douleur,
- la localisation,
- les signes associés,
- les comorbidités.

Dans certains cas, l'origine peut être mixte artérielle et veineuse.

L'ulcère veineux

L'origine veineuse de l'ulcère est évoquée devant :

- localisation péri-malléolaire ;
- caractère peu ou pas douloureux ;
- extension superficielle (non creusant, pas d'exposition articulaire ou tendineuse) ;
- caractère exsudatif ;
- souvent étendu, parfois circonférentiel ;
- bords irréguliers, peu nets.

En présence d'un ulcère d'origine veineuse on recherche :

- des antécédents de thrombose veineuse profonde (TVP) ou thrombose veineuse superficielle (TVS)
- des varices;
- des complications cutanées de l'insuffisance veineuse (œdème, eczéma, atrophie blanche, dermite ocre, lipodermatosclérose) ;

Les pouls sont présents et les indices de pression systolique de cheville (IPS) normaux.

Un écho doppler veineux profond et superficiel confirmera l'origine veineuse et pourra guider le traitement étiologique.



Ulcères veineux

L'ulcère artériel

L'origine artérielle de l'ulcère est évoquée devant :

- douloureux (**douleur chronique ; douleur d'un membre**) ;
- souvent récent ;
- de petite taille ;

- siégeant typiquement au niveau du pied ;
- creusant avec risque d'exposition des articulations et des tendons ;
- à fond atone ;
- à bords nets et réguliers.

En présence d'un ulcère d'origine artérielle on recherche :

- des facteurs de risque cardiovasculaire ;
- un antécédent d'ischémie d'effort (claudication intermittente) ;
- des douleurs de décubitus ;
- une diminution de la chaleur cutanée ;
- un allongement du temps de recoloration pulpaire ;
- une déshabitation des pulpes digitales et des coques talonnières et des coques talonnières (syndrome de la pulpe vide, aspect de fruit flétri) ;
- une érythrocyanose de déclivité ;
- une abolition des pouls périphériques.

Devant un ulcère artériel on demande :

- un indice de pression systolique de cheville (IPS) < 0,90 permet de confirmer la présence d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et justifie la réalisation d'un écho-Doppler. En cas de médiacalcose la pression de cheville peut être faussement normale ou élevée (diabète, insuffisance rénale, grand âge). Dans ce cas il faut mesurer la pression d'orteil.

- Une mesure hémodynamique est indispensable pour attribuer le trouble trophique à l'AOMI : pression de cheville < 50 mmHg ; pression d'orteil < 30 mmHg ; TcPO2 < 30 mmHg.

- Un écho-Doppler de l'aorte et des artères de membres inférieurs : cet examen permet de localiser les lésions artérielles significatives.

- On complète, en cas d'indication de revascularisation, par une imagerie artérielle en coupes (angioscanner ou angioIRM) (**rédaction de la demande d'un examen d'imagerie**).



Ulcères artériels

L'ulcère mixte

Il s'agit d'un ulcère associant plusieurs composantes étiologiques (par exemple veineuse et artérielle) qui survient chez un patient ayant une artériopathie avec ischémie de repos. Il est souvent nécessaire d'envisager un geste de revascularisation artérielle. Cliniquement, il s'agit le plus souvent d'un ulcère d'allure veineuse, peu sensible au traitement local, avec pouls abolis et pression d'orteil abaissée. On recherche les facteurs de risque cardiovasculaire, une abolition des pouls, une dermite ocre. On mesure les IPS ou la pression d'orteil chez les sujets à risque de médiacalcose.

Un écho-Doppler veineux et artériel est réalisé voire une imagerie artérielle en coupes (par angioscanner ou angioIRM) lorsqu'une revascularisation artérielle est envisagée.

Connaître les principaux mécanismes physiopathologiques des ulcères de jambe artériels, veineux et mixtes OIC-228-03-B

L'ulcère veineux

L'ulcère veineux est secondaire à une hyperpression cutanée par stase veineuse. Celle-ci est généralement secondaire à une maladie variqueuse (incontinence du réseau veineux superficiel) ou à une maladie post-thrombotique (dévalvulation ou occlusion du réseau veineux profond).

Cette hyperpression veineuse entraîne une souffrance tissulaire à l'étage microcirculatoire avec

- 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,
- formation de manchons péri-capillaires de fibrine.

Cela aboutit à une hypoxie tissulaire locale à l'origine de la perte de substance cutanée chronique.

L'ulcère artériel

L'ulcère artériel est secondaire à une hypoxie tissulaire ischémique consécutive à une AOMI sévère (au stade d'ischémie critique chronique).

L'ulcère mixte (ulcère à composante artérielle)

C'est un ulcère associant plusieurs composantes étiologiques. Il s'agit par exemple d'un ulcère veineux qui ne cicatrise pas en raison de l'existence d'une artériopathie associée.

Photographie d'un ulcère veineux typique OIC-228-04-A

Un ulcère veineux est typiquement

- péri-malléolaire,
- étendu et superficiel,
- peu ou pas douloureux,
- à bords irréguliers, peu nets,
- sur terrain d'insuffisance veineuse chronique.



Ulcères veineux

Photographie d'un ulcère artériel typique OIC-228-05-A

L'ulcère est secondaire à une hypoxie tissulaire ischémique consécutive à une AOMI sévère (au stade d'ischémie critique chronique).

L'origine artérielle est évoquée devant un ulcère :

- suspendu,
- douloureux,
- de petite taille,
- creusant (avec risque d'exposition des articulations et des tendons),
- à bords nets,
- souvent récent,
- siégeant typiquement au niveau du pied,
- à fond atone.

Devant un ulcère artériel on recherche :

- les facteurs de risque cardiovasculaire ;
- un antécédent d'ischémie d'effort (claudication intermittente) ;
- des douleurs de décubitus ;
- une diminution de la chaleur cutanée ;
- un allongement du temps de recoloration pulpaire ;
- une déshabitation des pulpes digitales et des coques talonnières ;
- une érythrocyanose de déclivité ;
- une abolition des pouls périphériques.



Ulcères artériels

Devant un ulcère artériel on demande :

- un écho-Doppler de l'aorte et des artères de membres inférieurs : cet examen confirme l'artériopathie, permet de localiser les lésions artérielles significatives ;
- une mesure hémodynamique est indispensable pour attribuer des symptômes à l'AOMI :
 - pression de cheville < 50 mmHg ;
 - pression d'orteil < 30 mmHg ;
 - TcPO2 < 30 mmHg.

D'autres valeurs ont été proposées par d'autres classifications.

Les valeurs proposées ici permettent de retenir une participation de l'AOMI à un symptôme de repos. La pression de cheville est souvent faussement normale ou élevée (diabète, insuffisance rénale, grand âge...), il faut alors mesurer la pression d'orteil.

On complète, en cas d'indication de revascularisation par une imagerie artérielle :

- angioscanner,
- angioloRM (en particulier s'il s'agit de lésions des artères jambières).

Connaître les modalités du diagnostic d'une angiodermite nécrotique OIC-228-06-B

Le diagnostic d'angiodermite nécrotique est évoqué devant un ulcère :

- de la face antéro-externe de la jambe ;
- avec des zones de nécrose superficielle ;
- à bords irréguliers ;
- avec un pourtour ulcéreux cyanique et livédoïde ;
- très douloureux, insomniant (**évaluation et prise en charge de la douleur chronique**).



Angiodermite nécrotique

On recherche :

- une HTA, (SDD-042)
- un diabète,
- la présence des poulx qui sont présents (il n'existe pas d'artériopathie dans les angiodermites).

Connaître les bases physiopathologiques de l'angiodermite nécrotique OIC-228-07-B

L'angiodermite nécrotique correspond à la survenue d'un infarctus cutané, secondaire à une occlusion artériolaire compliquant la plupart du temps une hypertension artérielle. (SDD-042 hypertension artérielle)

Photographie d'une angiodermite nécrotique OIC-228-08-B

Angiodermite nécrotique

Le diagnostic est évoqué devant un ulcère :

- de la face antéro-externe de la jambe ;
- avec des zones de nécrose superficielle ;
- à bords irréguliers ;
- avec un halo péri-ulcéreux cyanique et livédoïde ;
- très douloureux, insomniant.



Angiodermite nécrotique

On recherche :

- une HTA, un diabète ;
- les poulx qui sont présents (il n'existe pas d'artériopathie dans les angiodermites pures).

Connaître les causes non vasculaires d'ulcères de jambe OIC-228-09-B

Les ulcères d'origine non vasculaire sont beaucoup plus rares. Le diagnostic étiologique repose sur la réalisation de prélèvements spécifiques (bactériologiques, mycologiques, biopsiques) en présence d'un ulcère qui ne cicatrise pas après 2 à 3 mois de traitement bien conduit, ou un ulcère qui évolue rapidement, ou un ulcère à fond ou bord anormal (bourgeonnement hypertrophique), ou un ulcère de siège atypique. L'écho doppler artériel et veineux sont en règle générale normaux, bien que certaines étiologies veineuses fonctionnelles puissent ne pas être éliminées par l'écho doppler.

Ulcère neurotrophique

Il complique une neuropathie évoluée des membres inférieurs, comportant notamment une altération de la sensibilité douloureuse. Il siège classiquement sur les zones d'appui de la plante du pied (appuis normaux ou pathologiques, talon, tête des métatarsiens), au sein d'une hyperkératose et sont indolores.

Ulcère infectieux

Cette hypothèse nécessite un prélèvement à la recherche de mycobactériose, tuberculose, mycose et parasitose.

Pyoderma gangrenosum

Il s'agit d'une ulcération très douloureuse, à bord irrégulier, **entourée d'un bourrelet périphérique inflammatoire**, constituée de clapiers purulents, et ayant une extension centrifuge rapide. Cette affection est associée dans deux tiers des cas à une pathologie sous-jacente : hémopathie, maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou cancer.

Ulcères des hémopathies

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

Carcinome

Il faut évoquer cette étiologie devant une ulcération chronique et rebelle de petite taille, d'aspect atypique (carcinome basocellulaire ou 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 carcinome.

Vascularites cutanées

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

Ulcères iatrogènes

Après prise de certains médicaments au long cours (hydroxyurée, interféron γ) ou mésusage de médicaments chez les toxicomanes, des ulcères très fibreux et rebelles peuvent apparaître. Ils disparaissent généralement en quelques semaines après l'arrêt du traitement en cause.

Pathomimie

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

Connaître la compression et ses modalités OIC-228-10-A

L'utilisation d'un dispositif de compression est indispensable en cas d'insuffisance veineuse avec ou sans varices. En cas de maladie post-thrombotique, la demande d'un avis spécialisé est nécessaire. La compression permet de lutter contre l'œdème et l'hyperpression veineuse d'orthostatisme par un effet mécanique. Elle constitue le principal traitement de l'ulcère veineux.

Ulcère veineux

La compression repose sur l'utilisation de bandes au début de la prise en charge ; l'utilisation de bas ou de chaussettes étant envisageable par la suite. Un haut niveau de pression est requis (30-40 mm Hg, classe 3 Française). Il est préférable d'utiliser une compression multicouche et multitype (bandes élastiques et bandes inélastiques) remises en place tous les deux jours. Il est indispensable de s'assurer que l'IPS est $> 0,60$.

L'adhésion (**évaluation de l'observance thérapeutique**) à la compression est de l'ordre de 50 %, ce qui explique les difficultés de cicatrisation et les récurrences d'ulcère.

Ulcère à composante artérielle

Les contre-indications absolues sont l'AOMI au stade d'ischémie critique et la micro-angiopathie diabétique évoluée.

La mise en place d'une compression nécessite de s'assurer de l'absence d'AOMI en ischémie critique et est contre-indiquée aussi si l'IPS en cheville est $< 0,60$.

Les compressions non élastiques luttant contre l'œdème ne sont pas contre indiquées.

Connaître l'intérêt de l'imagerie : échodoppler artério-veineux en 1ère intention OIC-228-11-A

En première intention, un écho-Doppler veineux est réalisé à la recherche d'une insuffisance veineuse et de séquelles de thrombose veineuse profonde ou superficielle.

Cet examen est réalisé en position debout pour la recherche de l'insuffisance veineuse (incontinence ou reflux).

Il permet d'objectiver une insuffisance veineuse du réseau veineux superficiel (grande veine saphène, petite veine saphène) et du réseau veineux profond. Pour le réseau veineux profond et superficiel, l'examen permet aussi de mettre en évidence des séquelles obstructives ou non.

Un écho-Doppler de l'aorte et des artères de membres inférieurs avec mesure des IPS en cheville permet d'objectiver une artériopathie et de localiser les lésions artérielles significatives.

Connaître les modalités d'interprétation des pressions distales OIC-228-12-B

Les pressions distales ou pression de cheville peuvent être faussement normales ou élevées en cas de médiacalcose (diabète, insuffisance rénale, grand âge...). Ceci impose donc dans ces situations d'avoir recours à la mesure de la pression d'orteil.

Une mesure de critères hémodynamiques est indispensable pour dépister une AOMI au stade d'ischémie critique :

- pression de cheville < 50 mmHg ;
 - pression d'orteil < 30 mmHg ;
 - TcPO2 < 30 mmHg.
-

Connaître les trois phases de cicatrisation d'un ulcère OIC-228-13-A

Le traitement local d'un ulcère de jambe est associé à la prise en charge de l'affection vasculaire ou non vasculaire qui l'a généré.

Toute plaie possède une dynamique propre qui passe par 3 différents stades au cours du processus de guérison :

- la détersion (« nettoyage » de la fibrine et de la nécrose par les leucocytes et les macrophages),
- le bourgeonnement,
- l'épidermisation.

Dans tous les cas, il faut vérifier la date de la vaccination antitétanique (**vaccinations de l'adulte et de l'enfant**). Près des 2/3 des cas de tétanos ont pour porte d'entrée un ulcère de jambe.

Connaître les soins locaux, la gestion des exsudats, la détersion OIC-228-14-A

Traitement local

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.

Gestion des exsudats

La gestion des exsudats doit être assurée par des pansements suffisamment absorbants. L'insuffisance de gestion des exsudats est à l'origine d'une dermite péri-ulcéreuse de macération, facteur d'extension de l'ulcère.

Détersion

Le nettoyage se fait à l'eau ou au sérum physiologique, en évitant les antiseptiques et les antibiotiques locaux. La détersion est mécanique par curette, brosse, etc... Elle est nécessaire mais ne doit pas être algique. Elle sera réalisée avec un traitement antalgique adapté et/ou après anesthésie locale (**prévention de la douleur liée aux soins**). L'importance des lésions ou des douleurs peut justifier une détersion au bloc opératoire.

Connaître les complications des ulcères : allergies cutanées (eczéma de contact), infection et transformation maligne OIC-228-15-A

Différentes complications peuvent survenir en cas d'ulcère.

Allergies cutanées

Les allergies cutanées aux topiques utilisés sont très fréquentes (**érythème , grosse jambe rouge aiguë**). Le traitement habituel repose sur l'utilisation de dermocorticoïdes (**prescrire des corticoïdes par voie générale ou locale**) et l'éviction de l'allergène, le

plus souvent un produit présent dans le pansement (baume du Pérou, iode).

Infection

La présence de bactéries sur un ulcère est un phénomène de colonisation bactérienne normal. Les prélèvements bactériologiques ne sont donc pas systématiques.

Certains critères additionnés peuvent évoquer une surinfection locale (émergence d'une souche pathogène) qui peut amener à un traitement local spécifique de type pansement à l'argent dont la durée est réglementée à maximum 4 semaines.

Il n'y a pas d'indication à l'utilisation de pommades antibiotiques. Il faut traiter par antibiotiques par voie générale les infections de type érysipèle, cellulite, lymphangite (***grosse jambe rouge aiguë***).

Transformation maligne

Tout bourgeonnement anormal d'un ulcère chronique qui ne cicatrise pas doit faire évoquer une transformation carcinomateuse. Une biopsie cutanée de la zone suspecte doit être réalisée au moindre doute.

Tétanos

La vaccination anti-tétanique doit être vérifiée. Près des deux tiers des cas de tétanos ont comme porte d'entrée un ulcère de jambe.