

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

**UNIVERSITE BATNA 2
Faculté de médecine
Département de médecine**

Ulcère de jambe

Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année médecine

Module de Dermatologie

Année universitaire : 2021/2022

Présenté par : Dr. TEBABEL Wafia

Maitre assistante en Dermatologie-vénéréologie

CHU Batna

Objectifs :

- Diagnostiquer un ulcère de jambe.
- Connaitre les principales étiologies.
- Argumenter l'attitude thérapeutique, et planifier le suivi du patient.

Plan du cours :

- I. Définition**
- II. Epidémiologie**
- III. Physiopathologie**
- IV. Diagnostic**
 - 1. Ulcère
 - 2. Peau péri ulcéreuse
 - 3. Examen vasculaire
 - 4. Evaluation du retentissement
 - 5. Examen somatique général
- V. Etiologies**
 - 1. Ulcère veineux
 - 2. Ulcère artériel
 - 3. Autres causes
- VI. Evolution**
- VII. Complications**
- VIII. Traitement**

I. Définition

- L'ulcère de jambe se définit comme une perte de substance cutanée, chronique, sans tendance spontanée à la cicatrisation, depuis plus d'un mois. Siégeant au-dessous du genou.
- Ce n'est pas une maladie en soi ; mais une complication d'une maladie vasculaire sous-jacente, le plus souvent ancienne ou grave qui conditionne le pronostic et la conduite thérapeutique.

II. Epidémiologie

- L'UDJ est un problème fréquent et invalidant, à l'origine de très nombreuses hospitalisations.
- Prévalence = 1-1,3%
- Le risque augmente avec l'âge, avec un pic vers 70 ans.
- L'ulcère veineux est plus fréquent chez les femmes.

III. Physiopathologie

1. Ulcerèe veineux

- Il existe une **hypertension veineuse ambulatoire**, secondaire à :
 - Un *reflux* dans les veines superficielles et perforantes (lié à l'insuffisance des valves superficielles et les varices)
 - Un *reflux* et/ou *obstruction* dans les veines profondes (post-thrombotique)
 - Une déficience de la pompe musculaire du mollet.
- Cette hypertension veineuse ambulatoire entraîne des anomalies de la microcirculation et une souffrance tissulaire.
- Sur ces téguments fragilisés, un simple traumatisme peut évoluer vers un ulcère.

2. Ulcerèe artériel

- Les lésions cutanées sont directement liées à l'ischémie par défaut de perfusion artérielle du membre.

IV. Diagnostic

1. Ulcerèe : l'examen clinique détermine :

- Le nombre des ulcérations
- La taille
- Le siège, uni ou bilatéral
- Le fond
- L'aspect des bords
- L'importance de l'exsudat

2. Peau péri ulcéreuse : elle est rarement normale. Elle reflète le plus souvent les complications cutanées de la maladie vasculaire sous-jacente

2.1. Artériopathie :

- Peau blanche, ou cyanique
- Froide
- Luisante et dépillée.

2.2. Insuffisance veineuse : se manifeste par plusieurs signes, pouvant s'associer chez le même malade :

1) L'œdème :

- D'abord vespéral, aggravé par l'orthostatisme.
- Devenant permanent avec l'ancienneté des lésions.

2) Des lésions dermo-épidermiques :

- Réalisant l'eczéma variqueux :
 - Plaques érythémato-squameuses, prurigineuses
 - Débutant dans la région malléolaire interne ; et pouvant s'étendre au reste de la jambe.

3) Des lésions de capillarite :

A. Dermite ocre :

- Grandes plaques malléolaires internes, ou sur les faces antérieures des tibias.
- Rouge violacés au début, deviennent rapidement bruns, en raison des dépôts indélébiles d'hemosidérine.

B. Atrophie blanche :

- Petites plaques atrophiques, irrégulières, de couleur ivoirine, parfois parcourues de fines téléangiectasies.
- Correspondant à l'obstruction des petits vaisseaux dermiques.

C. Capillarites hypertrophiques :

- Aspect de chevelus capillaires malléolaires ou du dos des pieds.

4) Des lésions d'hypodermite :

A. Hypodermite aiguë ou subaiguë :

- Tableau de grosse jambe douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile.

B. Hypodermite scléreuse : Lipodermatosclérose

- Le mollet est dur, la peau scléreuse, pigmentée, impossible à pincer

3. Examen vasculaire : systématique et complet

3.1. Interrogatoire : il faut rechercher :

- Les *antécédents* : Varices (personnels et familiaux), Thromboses veineuses profondes, superficielles ou embolie pulmonaire, Traumatismes ou chirurgie des membres inférieurs, ATCDs obstétricaux
- Des signes *d'insuffisance veineuse* : sensation de lourdeur des jambes, phlébalgies, œdème vespéral
- Des signes *d'artériopathie* : Claudication intermittente, douleurs de décubitus

- La recherche de *facteurs de risque vasculaire* : diabète, HTA, troubles métaboliques, tabagisme ...

3.2. Examen clinique :

- *Examen artériel* :
 - Palpation des pouls périphériques
 - Auscultation des artères des membres et du cou
- *Examen veineux* :
 - Recherche de télangiectasies
 - Recherche de varices des membres inférieurs et leur localisation
 - Veines réticulaires de la cheville et du pied

4. Evaluation du degré d'handicap locomoteur :

- Souvent secondaire à l'ulcère, et compromet les chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle :
 - Ankylose de la cheville
 - Coxarthrose, gonarthrose
 - Déformations orthopédiques du pied (hallux valgus, affaissement plantaire...)

5. Evaluation du terrain :

- Profession : un orthostatisme prolongé peut aggraver une IVC
- Activité sportive, Sédentarité
- Traitements suivis : *Contraceptifs oraux* ...
- Prise de TA, poids
- Recherche de pathologies systémiques pouvant aggraver l'hypoxie cutanée : *Anémie, insuffisance respiratoire chronique* ...

V. **Etiologies** : Dominées par les causes vasculaires

1. Ulcère veineux

- **Terrain** : femme >50 ans
- **Ulcère** : caractères évocateurs
 - Unique
 - Superficiel
 - De grande taille
 - Les bords sont mousses
 - Le fond non détergé, fibrineux ou inversement rouge et bourgeonnant
 - Siège péri malléolaire jusqu'au 1/3 inf du mollet
 - Peu douloureux
- **Peau péri ulcéreuse** : signes de l'insuffisance veineuse chronique (voir ci-dessus)

- **Examens complémentaires :**

- *Echographie-doppler* : seul examen nécessaire et suffisant
 - ✓ Il confirme le diagnostic
 - ✓ Précise le mécanisme : Reflux ou obstruction
 - ✓ Et la localisation
- *Autres examens* : ne sont pas de pratique courante
 - ✓ Phlébographie
 - ✓ TDM ou IRM
 - ✓ Capillaroscopie
 - ✓ Endoscopie veineuse

2. Ulcère artériel

- **Terrain** : homme > 50 ans, FDR vasculaires : Tabac, HTA, Diabète, Obésité, Dyslipidémie.
- **Ulcère** :
 - *Unique* ou souvent *multiple*
 - Creusant, A l'emporte-pièce
 - Les bords sont abrupts, avec une bordure cyanotique
 - Fond atone, sans tendance au bourgeonnement
 - De topographie suspendue, ou distale (orteils)
 - Douleur habituellement intense
- **Peau péri ulcéreuse** : (voir ci-dessus)
- **Examens complémentaires** :
 - *Echographie-doppler* :
 - ✓ Montre le niveau et le type des lésions ainsi que le retentissement en aval.
 - ✓ Permet la mesure de l'IPS : indice de pression systolique = pression tibiale postérieure / pression humérale (Nle : 1-1,3)
 - ✓
 - *L'artériographie* : précise le siège de l'oblitération, sa longueur, dépiste les plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser.
 - La mesure de PO₂ trans cutanée : reflète l'oxygénation de la peau.
 - Bilan de la maladie athéromateuse (1^{ère} cause des ulcères artériels) :
 - ✓ ECG, Doppler des troncs supra aortiques
 - ✓ Exploration des FDR : diabète, HTA, Dyslipidémie ...

3. Ulcère mixte : artériel et veineux

- Dans un nombre important de cas, les 02 causes sont associées.
- IPS entre [0,9-1,3] = Ulcère veineux pur (pas d'AOMI associée)
- IPS entre [0,7-0,9] = Ulcère mixte à prédominance veineuse.

4. Autres causes

- **Angiodermite nécrotique :**
 - Survient chez la femme >60ans, avec une HTA ou diabète mal équilibré.
 - Réalise des ulcérations superficielles et nécrotiques ; à bords irréguliers « en carte de géographie »
- **Ulcère des vasculites :**
 - Un ulcère peut se voir lors des poussées de maladies systémiques : polyarthrite rhumatoïde, péri artérite noueuse, maladie de Wegener, lupus érythémateux.
 - Mécanisme= Vasculite ou Embolie
- **Pyoderma gangrenosum :**
 - Ulcération très douloureuse, d'extension rapide, caractérisée par des clapiers purulents et un bourrelet inflammatoire périphérique.
 - Fait partie des dermatoses « neutrophiliques » (cause inflammatoire)
 - Et s'associe souvent à d'autres maladies générales (MICI, Hémopathies, maladies rhumatismales, infections ...) qu'il convient de rechercher.
- **Ulcères d'origine infectieuse :**
 - Impétigo dans sa forme profonde (Ecthyma)
 - Gomme tuberculeuse, syphilitique
- **Ulcères néoplasiques :**
 - CBC, CEC, Mélanome, Lymphomes ...
 - Diagnostic histologique
- **Ulcères d'origine hématologique :**
 - Syndromes myéloprolifératifs : Maladie de Vaquez, Thrombocythémie ...
 - Dysglobulinémie
 - Anémies hémolytiques congénitales : Drépanocytose, Thalassémie ...
 - Troubles de coagulation
- **Mal perforant plantaire :**
 - Ulcère d'origine neurologique
 - Localisé à la plante (points d'appui)
 - Débute par une hyper kératose qui s'ulcère. Il est souvent indolore.
 - Causes : Diabète +++, Neuropathies sensitives familiales ou acquises (intoxication éthylique...), Anomalies médullaires ...
- **Autres :** Sd de Klinefelter...
- **Pathomimie :** diagnostic d'élimination : devant des ulcères d'aspect inhabituel, rebelle au traitement. Nécessite une PEC psychiatrique.

VI. Evolution

- **L'ulcère variqueux :**
 - Evolue en règle favorablement, avec cicatrisation en 3-6 mois, sous couvert d'un traitement étiologique et local ++ bien conduit.
 - Risque de récurrences, ou passage à la chronicité.

- **L'ulcère post thrombotique :**
 - Plus rebelle à cicatriser
 - En raison des troubles péri ulcéreux associés, des perturbations hémodynamiques, et la difficulté du traitement étiologique.
- **L'ulcère artériel :**
 - Peut cicatriser si un traitement étiologique est possible (pontage, dilatation...)
 - Dans les formes évoluées, la décision d'amputation est parfois nécessaire.

VII. Complications

- **Dermatite de contact :** fréquente.
- **Surinfection microbienne :**
 - La colonisation de l'ulcère est un phénomène non pathologique.
 - Dans certains cas ; l'UDJ représente la porte d'entrée d'une infection cutanée patente suspectée devant : l'augmentation de la douleur, l'inflammation des bords, une lymphangite ou une fièvre.
- **Lésions ostéo-articulaire :** périostite puis ostéo-périostite → Ankylose
- **Hémorragie :** surtout dans les ulcères veineux, peut être spectaculaire mais généralement contrôlée par une simple compression prolongée.
- **Cancérisation :** rare : Carcinome spino cellulaire. A évoquer devant :
 - Chronicité, sans aucune amélioration malgré un traitement bien conduit
 - Apparition de douleurs
 - Une hémorragie locale
 - Un bourgeonnement excessif.

VIII. Traitement

1. But

- Obtenir la cicatrisation dans des délais raisonnables.
- Eviter la récurrence et les complications.

2. Traitement local : 03 Phases :

2.1. Phase de détersion :

- Vise à enlever les débris cellulaires et crouteux accumulés.
- Avant tout mécanique.
- L'utilisation d'anti septiques n'est pas systématique en l'absence d'infection patente.

2.2. Phase de bourgeonnement :

- Stimuler par :
 - Les pansements gras
 - Les hydro colloïdes et les hydro-cellulaires
 - Les alginates de calcium

- Si bourgeonnement excessif, on peut utiliser les dermocorticoïdes ou les nitrates d'argent pour le diminuer.

2.3. Phase de ré épithélialisation :

- Utilise les mêmes produits précédents.
- La greffe cutanée peut être proposée dans un but antalgique, et pour raccourcir la durée de cicatrisation.
- L'utilisation de facteurs de croissance (EGF) est également utile.

3. Traitement général :

- Mettre à jour la vaccination anti tétanique
- Traiter la douleur
- Hygiène de vie :
 - Corriger les FDR : arrêt de tabac, perte de poids...
 - PEC des comorbidités : équilibrer un diabète, une HTA ...
 - Activité physique adaptée, Kinésithérapie ...

4. Traitement étiologique :

- Indispensable.
- Ulcère veineux :
 - Contention élastique
 - Sclérothérapie
 - Chirurgie d'éveinage
 - Ré éducation de la marche
 - Veinotoniques
 - Les cures thermales
- Ulcère artériel :
 - Traitement médical : vasodilatateurs
 - Traitement chirurgical : Pontage, Dilatation ...

5. Prévention des récives :

- Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle
- Port d'une contention
- Prévention de la maladie post-phlébitique

Points essentiels :

- La plupart des ulcères de jambe sont de cause vasculaire : par hyper pression veineuse ou insuffisance artérielle.
- Les autres étiologies sont plus rares.
- La douleur et l'extension nécrotique sont les signes d'orientation vers une cause artérielle.
- Les modifications de la peau péri ulcéreuses sont plus fréquentes dans les ulcères de cause veineuse.
- L'écho-doppler artério-veineux et la mesure de l'IPS sont les examens de première intention permettant souvent une orientation étiologique.
- Le traitement local doit être adapté aux trois phases évolutives de l'ulcère : détersion, bourgeonnement, épithélialisation.
- Le traitement étiologique est indispensable dans tous les cas, ainsi que la bonne hygiène de vie, et la PEC des complications.