

Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Département de médecine

L'ulcère de jambe

Cours à l'intention des étudiants de 6^{eme} année médecine
Année universitaire 2022/2023

Dr MANSOUL Tarek
Service de dermatologie CHU Constantine

I. Introduction

L'ulcère de jambe se définit comme une perte de substance cutanée chronique sans tendance spontanée à la cicatrisation. Il ne s'agit pas d'une maladie en soi, mais de la complication d'une maladie vasculaire sous-jacente souvent ancienne ou grave qui règle le pronostic et la conduite thérapeutique.

II. Épidémiologie :

Prévalence de 1 à 1,3 %.

Le risque augmente avec l'âge et il existe un pic de prévalence autour de 70 ans.

Les femmes sont plus atteintes que les hommes.

III. Physiopathologie

a. Ulcère veineux (voir figure 1).

- ✓ 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 et perforantes (maladie veineuse essentielle).
 - Des reflux et/ou une obstruction dans les veines profondes (étiologie post-thrombotique).
 - Une déficience de la pompe musculaire du mollet.
- ✓ L'hypertension veineuse ambulatoire conduit à des anomalies de la microcirculation et à une souffrance tissulaire.
- ✓ Sur ces téguments fragilisés, un simple petit traumatisme peut être à l'origine de l'ulcère.

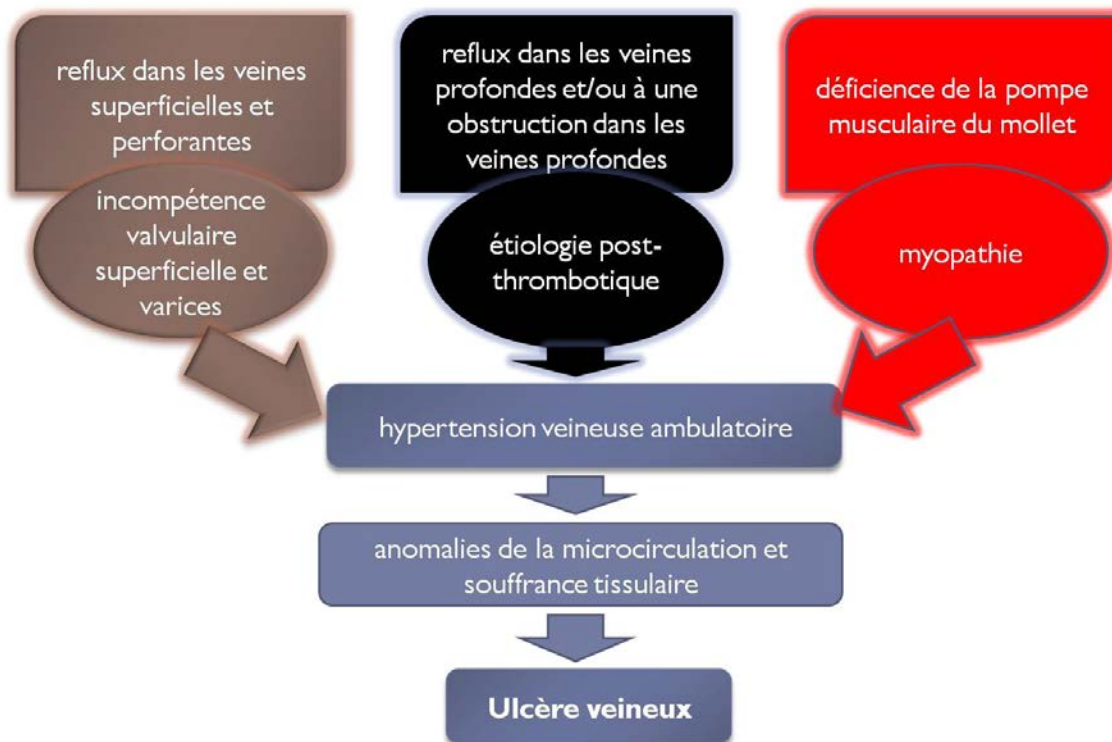


Figure1

b. Ulcère artériel

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

IV. Diagnostic

Il repose sur un examen clinique attentif :

1. Ulcère

L'examen clinique détermine :

- ✓ le nombre d'ulcères
- ✓ la taille ;
- ✓ le siège et le caractère uni- ou bilatéral ;
- ✓ le fond
- ✓ L'importance de l'exsudat
- ✓ L'aspect des bords

2. Peau péri ulcéreuse

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

- ✓ **Artériopathie** : La peau est blanche ou cyanique, froide, luisante et dépilée.
- ✓ **Insuffisance veineuse** : se manifeste par :
 - **L'œdème** : initialement vespéral, aggravé par l'orthostatisme avant de devenir permanent avec l'ancienneté des lésions.
 - **Des lésions dermoépidermiques** : plaques érythémato- squameuses, prurigineuses, débutant souvent dans région malléolaire interne et pouvant s'étendre au reste de la jambe. Elles sont également appelées eczéma variqueux.
 - **Des lésions de capillarite** :
 - ❖ **la dermatite ocre** qui forme de larges placards, au début de couleur rouge violacé puis bruns en raison des dépôts indélébiles d'hémosidérine.
 - ❖ **L'atrophie blanche** : Elle se présente sous la forme de plaques atrophiques et ivoirines parfois parcourues de fines télangiectasies.
 - ❖ **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.
 - ❖ **la lipodermatosclérose** (hypodermite scléreuse) : la peau est scléreuse, souvent pigmentée et impossible à pincer.

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

3. Examen vasculaire

Tout ulcère de jambe justifie un examen clinique vasculaire complet.

- ✓ **Interrogatoire** : *Il recherche* :
 - des signes d'insuffisance veineuse : douleurs à type de crampe au repos, œdème vespéral.
 - Des signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus.
 - Les antécédents personnels ou familiaux de varices, de thromboses veineuses profondes.
 - Les antécédents obstétricaux
 - Les facteurs de risque vasculaire : diabète, hypertension artérielle, trouble métabolique, tabagisme...
- ✓ **Examen clinique** : *Il 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.
 - la recherche de télangiectasies et de veines réticulaires de la cheville et du pied.

4. Évaluation du degré de handicap locomoteur

- ✓ Les malades handicapés par une ankylose de la cheville, une coxarthrose, une gonarthrose, des déformations orthopédiques des pieds, ont moins de chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle.

5. EXAMEN SOMATIQUE GÉNÉRAL

- ✓ **Interrogatoire :**
 - Préciser les traitements suivis (la prise de contraceptifs oraux).
 - Préciser la profession du patient, qui dans le cas d'un orthostatisme prolongé peut aggraver une insuffisance veineuse.
 - Apprécier l'activité sportive ou la sédentarité du patient.
- ✓ **Examen clinique :**
 - rechercher des signes de défaillance cardiaque, rénale ou hépatique.
 - Prendre la tension artérielle et le poids.
 - Rechercher des pathologies systémiques pouvant aggraver l'hypoxie cutanée : anémie, insuffisance respiratoire chronique.

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

V. Étiologie

Les étiologies restent dominées par les **causes vasculaires (voir figure 2)** : l'Insuffisance veineuse chronique : 60-70 %, les étiologies artérielles : 10 % et mixte : 20 %.

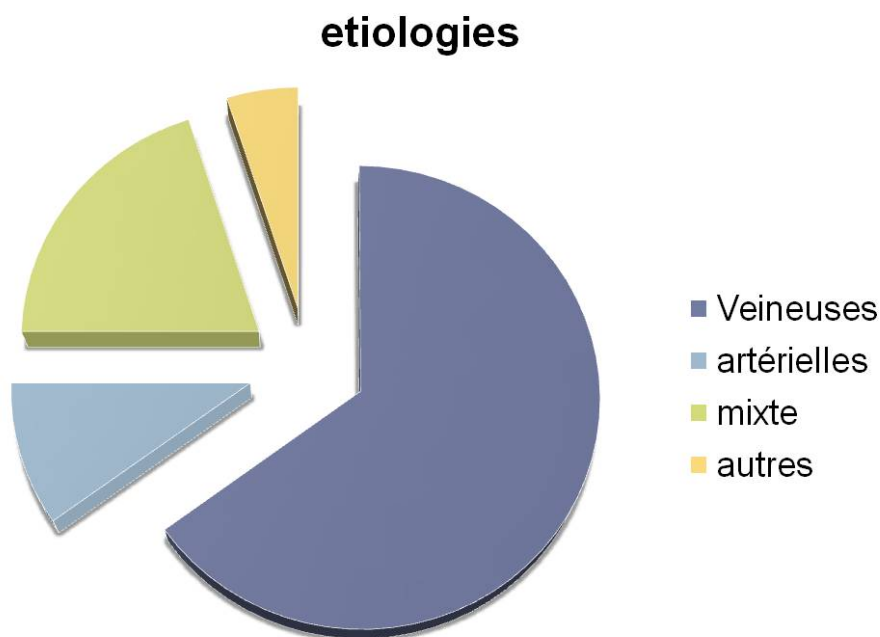


Figure 2

A) ULCÈRE VEINEUX

1) Clinique (voir figure 3):

- ✓ Les caractères de l'ulcère sont évocateurs. Il est le plus souvent :
 - Unique.
 - Superficiel
 - De grande taille.
 - Les bords sont mous.
 - Le fond non détergé, fibrineux ou au contraire rouge et bourgeonnant.
 - Peu douloureux. S'il existe des douleurs, elles apparaissent le plus souvent lors de l'orthostatisme, et sont soulagées par la surélévation des jambes.
 - De siège périmalleolaire, sus-malleolaire interne ou externe.

- ✓ La peau périulcéreuse est le siège de complications trophiques caractéristiques : dermoépidermite, capillarite ou hypodermite plus ou moins associées (voir plus haut).
- ✓ L'examen vasculaire montre des varices alors que l'examen artériel est normal.



Figure 3

2) **Paraclinique** : va compléter le bilan de la maladie veineuse.

- ✓ ***l'échographie-Doppler*** : seul examen nécessaire et suffisant. Peut mettre en évidence les éléments suivants :
 - un syndrome de reflux superficiel, signant la présence de varices.
 - un syndrome de reflux profond, synonyme de syndrome post-phlébitique.
 - un syndrome obstructif profond signe d'une phlébite aiguë.
- ✓ ***Autres examens*** : Phlébographies, l'imagerie par scanner ou résonance magnétique nucléaire (RMN), la capillaroscopie, l'endoscopie veineuse ne sont pas des méthodes d'utilisation courante.

B) ULCÈRE ARTÉRIEL

1) Clinique (voir figure 4) :

- ✓ Classiquement, il s'agit de patients de plus de 45 ans qui se plaignent d'une claudication intermittente depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, caractérisée par la survenue de crampes dans les mollets ou les cuisses après un certain périmètre de marche.
- ✓ Lorsque l'artériopathie est plus évoluée, il existe des douleurs de décubitus.
- ✓ L'aspect et la topographie de l'ulcère sont caractéristiques :
 - ulcère unique ou souvent multiple
 - creusant
 - les bords sont abrupts, souvent avec une bordure cyanotique
 - le fond atone, sans tendance au bourgeonnement
 - de topographie suspendue ou distale (orteils).
 - La douleur est habituellement intense. douleur difficile à contrôler, améliorée lorsque les jambes sont pendantes hors du lit ou lorsque le patient est debout
- ✓ La peau périulcéreuse est pâle, sèche, dépilée et atrophique. généralement froide à la palpation par défaut de perfusion, ou plus rarement de chaleur normal voir augmentée chez les diabétiques par hypervascularisation distale
- ✓ L'examen vasculaire montre une abolition d'un ou plusieurs pouls périphériques.



Figure 4

2) Paraclinique :

Des examens complémentaires vont permettre de faire le point sur la maladie artérielle.

- ✓ **L'échographie-Doppler** : elle va montrer le niveau et le type des lésions
- ✓ **L'artériographie** : elle précise le siège de l'oblitération, sa longueur, dépiste des plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser et sera indispensable à la décision opératoire.
- ✓ **La mesure de la PO2 transcutanée** : elle reflète de l'oxygénation de la peau. Sa mesure est prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle amputation.
- ✓ **Autres** : La cause la plus fréquente des ulcères artériels est représentée par la maladie athéromateuse qui impose un double bilan :
 - une étude de la diffusion de la maladie artérielle (électrocardiogramme [ECG], doppler des troncs supra-aortiques)
 - une étude des facteurs favorisants (diabète, HTA, dyslipidémie...)

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

C) AUTRES CAUSES VASCULAIRES

1) L'ulcère par angiodermite nécrotique :

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

2) Les ulcères des vasculites

D) ULCÈRES DE CAUSES NON VASCULAIRES

1) Les ulcères d'origine infectieuse

- ✓ L'impétigo dans sa variété profonde (l'ecthyma) va réaliser une ulcération nécrotique de petite taille, à bords inflammatoires souvent surélevés, douloureuse.
- ✓ Les infections chroniques peuvent donner des ulcérations par l'intermédiaire de gommes.

2) Les ulcères d'origine hématologique

- ✓ les syndromes myéloprolifératifs (maladie de Vaquez, thrombocytémie...)
- ✓ Les dysglobulinémies.
- ✓ Les anémies hémolytiques congénitales : drépanocytose, thalassémie...
- ✓ les troubles de la coagulation.

3) Autres : Syndrome de Klinefelter, les ulcères d'origine neurologique...

VI. Évolution- Pronostic

a) Ulcère veineux

- ✓ L'ulcère variqueux traité correctement évolue, en règle, favorablement avec cependant un risque de récurrence et de passage à la chronicité.
- ✓ L'ulcère post-thrombotique est plus rebelle

b) Ulcère artériel

- ✓ Il 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.

VII. Complications

1. *Dermatites de contact*

- ✓ Elles sont fréquentes en raison du grand nombre de produits topiques utilisés.
- ✓ Elles sont limitées au début à la zone d'application du produit, mais pouvant diffuser à distance secondairement.

2. *Surinfection microbienne*

- ✓ La présence de germes sur un ulcère est un phénomène non pathologique (colonisation).
- ✓ 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.
 - Une lymphangite.
 - De la fièvre.

3. *Lésions ostéoarticulaires*

- ✓ Elles sont très fréquentes : périostite puis ostéopériostite =>ankylose de la cheville.

4. *Hémorragie*

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

5. *Carcinome spinocellulaire*

- ✓ Sa survenue est rare, mais non exceptionnelle.
- ✓ Il faut y penser devant :
 - La chronicité de l'ulcère sans aucune amélioration malgré un traitement bien conduit ;
 - L'apparition de douleurs ;
 - Une hémorragie locale ;
 - Un bourgeonnement excessif.

VIII. Traitement

A. TRAITEMENT GÉNÉRAL

- ✓ Mettre à jour les vaccinations antitétaniques.
- ✓ Traiter la douleur en fonction de la cause et prescrire si besoin des antalgiques.
- ✓ Hygiène de vie :
 - Traiter les facteurs de risques et/ou des comorbidités : arrêt du tabac, équilibre d'un diabète...
 - activité physique adaptée (kinésithérapie si nécessaire).

B. LE TRAITEMENT LOCAL DE L'ULCÈRE

Il comprend trois phases :

1. La phase de détersion

- ✓ Elle a pour objectif d'enlever les débris cellulaires et croûteux accumulés à la surface de l'ulcère.
- ✓ Elle est avant tout mécanique.
- ✓ l'utilisation systématique d'antiseptiques n'est pas indiquée en l'absence d'infection déclarée.

2. La phase de bourgeonnement

- ✓ Elle fait appel à l'utilisation de trois types de produits :
 - les pansements gras

- les hydrocolloïdes et les hydrocellulaires.
- les alginates de calcium

✓ En cas de bourgeonnement excessif, l'utilisation de dermocorticoïde ou de nitrate d'argent permet de diminuer le bourgeonnement

3. La phase de réépithélialisation

- ✓ Elle fait appel au même type de produits que précédemment.
- ✓ Il peut être proposé au malade la réalisation de greffes cutanées qui vont avoir un effet antalgique puissant et permettre de raccourcir la durée de cicatrisation.
- ✓ l'utilisation de facteurs de croissance (EGF) ou de substituts cutanés est également utile.

C. LE TRAITEMENT DE LA PEAU PERI-ULCEREUSE

- ✓ Les complications trophiques de l'insuffisance veineuse justifient systématiquement le port d'une contention élastique.

D. LE TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Il est indispensable lors de toute prise en charge d'un ulcère.

1. Les ulcères veineux

- ❖ la contention élastique.
- ❖ La sclérothérapie.
- ❖ La chirurgie d'éveinage.
- ❖ La rééducation de la marche.
- ❖ Les veinotoniques.
- ❖ La crénothérapie (cure thermale).

2. L'ulcère artériel

- ❖ le traitement médical : les vasodilatateurs.
- ❖ le traitement chirurgical

3. Ulcère mixte à prédominance veineuse

- ❖ prendre en charge l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.
- ❖ Adapter la compression sous surveillance médicale spécialisée.

E. PREVENTION DE LA RECIDIVE ET PREVENTION DE L'ULCERE

1. Prévention de la récurrence

- La chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle et le port d'une contention.

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...

IX. conclusion

Devant un ulcère de jambe, il convient de faire un examen clinique soigneux non seulement de l'ulcère, des téguments périulcéreux, du membre atteint, mais aussi du contexte général.

On peut s'aider d'examen complémentaires afin de bien préciser l'étiologie qui reste largement dominée par les causes vasculaires.

Les moyens du traitement local doivent être adaptés aux trois phases évolutives successives de l'ulcère : détersion, bourgeonnement, épithélialisation.