

Ulcères des membres inférieurs

Dr B. Cortés, Service de Dermatologie et
Vénérologie
Colloque MPR du 16.10.2013

Objectifs de la présentation

- Revoir les différentes pathologies pouvant mener à un ulcère des membres inférieurs
- Connaître leurs caractéristiques sémiologiques

Vignette: Mme B, 76 ans

- Anamnèse:
 - Suite à une maladresse, se blesse au niveau du tibia droit (échec essai de suture en urgence) avec une plaie sur environ 4 cm. de longueur, 2 cm de largeur sur la face antérieure du tibia.
- Antécédents :
 - Insuffisance cardiaque globale d'origine ischémique, valvulaire et sur HTAP dans le contexte d'un COPD sévère
 - Insuffisance artérielle des membres inférieurs avec status après pontage du m.inf. droit en juin 2012
 - AIT et endariectomie carotidienne droite
 - Syndrome myélodysplasique avec anémie chronique à 95 g/l
 - Tabagisme actif

Mme B, 76 ans: évolution

- **Fin mai 2012** : Reçoit « rolator » sur sa jambe. Plaie. Points de suture. Echec de fermeture.
- **Juin à décembre 2012** :
 - Persistance de l'ulcère (veineux, artériel, mixte ?), soin d'ulcère débuté aux HUG.
 - Au cabinet : suivi rapproché pour le contrôle des oedèmes : diurétiques, activité physique, stop tabac ? Motiver la patiente pour retourner aux rdv...
- **Fin janvier 2013** : Soins toujours 2x/semaine (IMAD). Long et difficile. Amélioration des OMI. Fermeture de la plaie. Stop suivi HUG.
- **Février 2013** : démangeaisons, phlyctènes, rougeur, desquamation et réouverture de la plaie de manière diffuse.
- **Mars-mai 2013** : nouvelle prise en charge en dermatologie cette fois. Traitement avec corticoïdes puis Protopic. Succès après 1 mois.
- Plaie fermée en **juin 2013**.

Mme B: plaie à 6 mois



Ulcère des MI: principales étiologies

- Ulcères Veineux 70%
- Ulcères artériels 10%
- Ulcères mixtes 20%

- Autres:
 - Dermatologique: angiodermite nécrotique, PG, nécrobiose lipoïdique, vasculite, ...
 - Hématologique: drépanocytose
 - MAI: PR, cryoglobuline
 - Infectieux: Buruli, pseudomonas, maladie des griffes de chat ...
 - Tumorale: carcinomes ...

ULCÈRES VEINEUX

IVC de stade I

- Œdème des MI riche en protéines → augmentation de la pression oncotique
- Dilatation vasculaire (corona phlebectatica)



IVC de stade II: dermite ocre

- Extravasation de GR
- Troubles de l'hémostase:
 - ▲ du fibrinogène plasmatique
 - ▼ fibrinolyse (▲ plasminogen-activator inhibitor)
- Formation d'un manchon perivasculaire de fibrine : Hypoxie



IV de stade II: atrophie blanche

- Zones avasculaires
- Rarefaction des vsx avec dilatation vasculaires
- Tissu très fragile hypoxique
- Récidive d'ulcère fréquente



IV de stade II: dermatofibrosclérose

- Fibrose, inflammation graisse/fascia musculaire
- Graisse très sensible à l'hypoxie (panniculite fibrosante)
- Jambes dites en bouteille de champagne renversée



IVC de stade III: ulcère



Sémiologie de l'ulcère veineux

- Localisation malléolaire
- Sur terrain d' IVC
- Peu douloureux (sauf atrophie blanche)
- Bien delimité
- Peut être circonférentiel
- Mauvais pronostic: durée >12 mois, taille >100cm², âge 80



Complications

- Jambe rouge:
 - Dermite (eczéma de stase) de stase
 - Dermohypodermite infectieuse (porte d'entrée: ulcère)



Dermite de contact allergique



Allergènes les plus fréquents

- Lanoline - 18,1%
- Aminoglycosides - 15,8%
- Baume du Pérou - 15,6%
- Cetylstearylalcool - 13,4%
- Paraben-Mix - 11,9%
- Fragrance-Mix - 10,7%
- Nickelsulfate - 9,1%
- Chloramphenicol - 8,7%
- Kaliumdichromat - 8,1%
- Colophane - 8,0%
- Propylenglycol - 4,7%

Carcinome spinocellulaire



Calcinose

- Ne guérit plus avec soins conservateurs
- Exciser toute la zone et greffer



Prise en charge

- Bilan angiologique par ECHO DOPPLER en absence de pouls
 - Mesures des pressions bras / cheville
 - Mesure tcP02
- Drainages lymphatiques
- Contention élastique
- Chirurgie des veines (+/- fasciotomie)

Drainages Lymphatiques

- Drainage manuel doux renforce le travail des lymphatiques
- Réduction des oedèmes des MIs qui sont néfastes pour la guérison des plaies chroniques quelques soit leur origine
- Fréquence 3x/semaine suivi d'une contention efficace
- Drainages lymphatiques manuels (Hutzschenreuter, LymphForsch 2000)

ULCÈRE ARTÉRIEL

Sémiologie de l'ulcère artériel

- Pouls abents
- Douleurs de repos +++
- Peau fine, froide, érythémateuse (dysrégulation vasomotricité)
- Perte de la pilosité, altération des ongles
- Ulcères à l'emporte pièce
- Souvent très périphériques ou suspendu



Complications

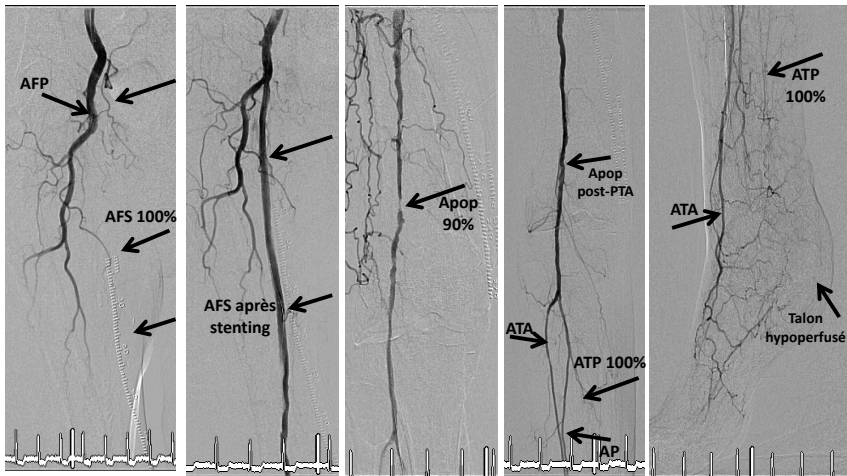
- Gangrène
- Infection
- Amputation

Prise en charge

- Correction FRCV
- Si oedème: drainages lymphatiques et contention élastique adaptée à l'IA
- O₂ hyperbare.
- Assurer antalgie
- Dilatation endovasculaire de plus en plus périphériques; peut éviter ou retarder une amputation. Succès à 6 mois?
- Pontages



Angioplastie



ULCÈRE ARTÉRIO-VEINEUX

Ulcères à l'emporte pièce, sur les 1/3 inférieurs de la jambe, oedème et inflammation, douleurs+++



Prise en charge

- Si IA modérée, traiter comme un ulcère veineux (drainages lymphatiques, contention élastique adaptée)
- Si IA sévère, situation très difficile car les mesures tendant à diminuer l'oedème délétère pour la cicatrisation sont contre-indiquées
- O2 hyperbare, dilatations, pontage

ANGIODERMITE NECROSANTE

- Artériolopathie avec thromboses des petites artérioles dermiques (HTA +diabétique)

Sémiologie

- Ulcères très douloureux, suspendus, inflammatoires, à début brutal, souvent post-traumatique
- Lésion purpurique (purpura retiforme) → nécrose (infarctus cutané) → ulcère superficiel → extension rapide surtout si débridement
Prédomine au 1/3 moyen de la jambe, en gén. en peau saine



Prise en charge

- Contrôler causes: diabète et HTA
- Bilan artériel: Macroangiopathie associée
- Inflammation +++
- Micro-Thromboses
 - Topiques antiinflammatoire
 - Anticoagulants (héparines Antivitamine K)
- Douleurs (EVA) +++
 - Antalgie majeure
- Greffe de peau mince autologue
- Attention au débridement → augmentation de la necrose

AUTRES CAUSES D'ULCÈRES





Pansements

- Principe de la cicatrisation: reproduire le milieu physiologique au plus près
- Détersion – granulation - épithélialisation
- **Aucune supériorité d'un pansement par rapport à un autre sauf matrice de collagène** (Vanscheid J Wound Care 2007, Vulnérologie 2008)
- Cave allergies aux topiques
- Plaies ou réfection des pansements peuvent être très douloureux, ne pas hésiter d'avoir recours aux antalgiques majeurs
- Traitement d'une plaie est une tâche **multidisciplinaire** (médecin, infirmière, physiothérapeute, assistant social, soins à domicile)

Ulcères et infection

- Bactéries vivent dans un BIOFILM et sont difficile à déloger
- Bactéries se communiquent gènes de virulence et résistance
- Tout ulcère est contaminé ou colonisé. Contamination, colonisation n'est pas = à infection. Rechercher signes d'infection (douleurs, rougeurs, odeur, stagnation, aggravation de l'ulcère)?
- Intégrer frottis et clinique avant de décider d'un antibiotique car grave problème de résistance

A retenir

- Ulcère chronique problème fréquent qui nécessite une prise en charge **multidisciplinaire**
- Il faut se fixer comme but de **fermer l'ulcère** et de le garder fermé. Impact sur la qualité de vie des malades
- En cas d'échec **revoir démarche diagnostic** et traitement. Se poser la question sur la compliance du patient
- Etre proactif dans la **prévention des ulcères**, port de bas de contention, drainages lymphatiques, chirurgie