Ulcère de jambe : que faire ?

RÉSUMÉ : L'ulcère de jambe est une pathologie fréquente dont la prise en charge doit être multidisciplinaire. L'origine est principalement vasculaire. Un bilan vasculaire clinique et paraclinique pour la meilleure prise en charge étiologique est fondamental.
Les soins locaux (désinfection, détersion, bourgeonnement, cicatrisation) doivent suivre des règles rigoureuses pour éviter une complication majeure qui est l'eczéma de contact. L'ulcère veineux se traite par la compression. L'évolution stagnante d'un ulcère malgré des soins bien conduits doit faire pratiquer une biopsie à la recherche d'un carcinome cutané.

→ **P. MODIANO**
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Vincent de Paul,
Université Catholique,
LILLE.

L'ulcère de jambe est une pathologie en recrudescence avec l'augmentation de l'espérance de vie. La prévalence augmente avec l'âge de 0,1 % avant 60 ans, de 2 % après 80 ans [1]. La prise en charge doit être multidisciplinaire, faisant intervenir : médecin généraliste, infirmière, dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire. La recherche étiologique et les soins locaux adaptés sont les bases essentielles de la meilleure prise en charge.

Reconnaître l'étiologie d'un ulcère de jambe

L'origine vasculaire est la cause principale de l'ulcère de jambe. L'insuffisance veineuse avec la maladie variqueuse représente 57 %-80 % des causes. La cause artérielle représente 10 %-25 %. Ces deux causes sont souvent intriquées, représentant les ulcères mixtes dont il faut déterminer la part la plus importante [1]. L'angiodermite nécrotique par atteinte artériolaire sur HTA (Martorell) ou diabète est sous-estimé (8 %) [2]. Les causes non vasculaires sont rares avec un aspect clinique et un terrain qui permettent de rectifier le diagnostic.

L'aspect clinique de l'ulcère veineux est caractéristique : malléole, volumineux, superficiel, unique, pas douloureux (***fig. 1***) ; autour de l'ulcère, la dermite ocre et l'atrophie blanche peuvent être associées. L'examen des membres inférieurs debout à la recherche de varices et l'écho-Doppler veineux sont indispensables [1].

Pour les ulcères artériels, l'aspect est différent : multiples, petits, en dehors des malléoles, profonds, pouvant mettre à nu les tendons avec une douleur insom-

Fig. 1 : Ulcère veineux.

Fig. 2 : Ulcère artériel.

Fig. 4 : Angiodermite nécrotique.

Fig. 5 : Carcinome épidermoïde.

Fig. 3 : Ulcère artériel.

nieuse obligeant la position jambe pendante la nuit (***fig. 2 et 3***). Cette position antalgique aggrave l'ulcère par l'œdème, et l'utilisation d'antalgique adaptée pour remettre le patient au lit jambes allongées est fondamental. La palpation des pouls périphériques et la lutte contre les facteurs de risque de l'athérome sont essentielles. L'écho-Doppler artériel avec les IPS et la po2 transcutanée sont utiles pour sélectionner les patients candidats à une chirurgie artérielle nécessitant une artériographie [1].

L'angiodermite nécrotique, souvent mal reconnue, est un ulcère superficiel nécrotique très douloureux de début brutal déclenché par un traumatisme minime avec un pourtour inflammatoire (***fig. 4***). Il siège sur le 1/3 moyen de la jambe, évoluant sur plusieurs poussées et pouvant se bilatériser. Survenant surtout chez la femme de plus de 60 ans, elle est fréquemment associée à l'HTA (90 %) et au diabète (30 %). L'évolution est lente, rythmée par les rechutes, la plaie cicatrisant brutalement, après des mois d'indifférence aux traitements. L'aspect histologique – artériolosclérose – est peu spécifique.

L'absence d'atteinte des gros troncs est un argument diagnostique important. Les diagnostics différentiels sont les connectivites (lupus, périartérite noueuse), les emboles de cholestérol, thrombophilie et syndrome myéloprolifératifs [2].

Reconnaître un carcinome cutané devant un ulcère

Le risque de dégénérescence carcinomateuse d'ulcère de jambe est estimé de 0,2 à 0,4 %. Ce risque est plus fréquent chez la femme de plus de 75 ans avec un ulcère veineux évoluant depuis plus de 25 ans. La majorité des cas sont des carcinomes épidermoïdes (***fig. 5***), mais des carcinomes basocellulaires ont été rapportés. Le problème du diagnostic différentiel du basocellulaire ulcéré

Fig. 6 : Ulcère basocellulaire.

(***fig. 6***) mimant un ulcère est certainement sous-estimé.

Alors, quand biopsier un ulcère de jambe ? Quand il bourgeonne trop à la recherche d'une dégénérescence ? Quand il résiste aux traitements bien conduits depuis 3 mois pour le diagnostic différentiel ? [3, 4].

Soins locaux adaptés

Quatre phases sont indispensables à la prise en charge d'un ulcère quelle qu'en soit la cause : désinfection, détersion

(plaie de couleur noire ou jaune), bourgeonnement (plaie de couleur rouge) et enfin cicatrisation [5].

La désinfection doit être simple en évitant l'antiseptique, source d'eczéma de contact. Les allergies de contact sont très fréquentes chez les sujets porteurs d'ulcères de jambe. Plus de 2 patients sur 3 ont au moins un test positif. Les allergènes les plus souvent rencontrés sont les antiseptiques, antibiotiques locaux, lanoline, biafine, baume du Pérou et parfums. Les pansements modernes sont peu allergisants, exceptés les hydrogels (9,5 %). Enfin, la prévalence des sensibilisations aux dermocorticoïdes augmente (10 %) [6, 7].

La présence de bactérie au sein d'un ulcère est banale et ne doit pas faire prescrire une antibiothérapie souvent source de sélections et de résistances. En dehors de signes d'infection clinique, la contamination ou colonisation d'une plaie nécessite humidification au sérum physiologique ou à l'eau savonneuse [8].

La détersion est obligatoire, d'abord mécanique au scalpel ou à la curette. La douleur ne doit pas être un obstacle en utilisant l'EMLA 30 minutes avant la détersion sous occlusif. Si cet antalgique ne suffit pas, la morphine, le kalinox sont indiqués. Plusieurs systèmes de jets d'eau sous pression sont actuellement disponibles. La technique doit être adaptée en fonction de la douleur. Des systèmes simples (Jetox) et plus sophistiqués (Debritom) sont disponibles. Certaines machines offrent des pressions de près de 400 bars et sont de véritables bistouris à eau qui séparent les tissus nécrotiques des tissus vivants. Ces techniques nécessitent de se protéger contre les projections d'eau et de germes qui colonisent les plaies chroniques. Ces techniques sont plus consommatrices de temps. Versajet offre un couplage des effets de cisaillement, d'aspiration et de projection d'air et d'eau comprimés, mais s'utilise en milieu chirurgical [9].

POINTS **FORTS**

- Le bilan étiologique d'un ulcère recherche une cause vasculaire : insuffisance veineuse, artériopathie, angiodermite nécrotique.
- Un ulcère qui bourgeonne trop ou qui résiste au traitement bien conduit depuis 3 mois doit bénéficier d'une biopsie à la recherche d'un carcinome cutané.
- L'ulcère veineux se traite par la compression.
- L'eczéma de contact est une complication fréquente de l'ulcère qui pourrait être évitée par des soins locaux adaptés.

La détersion chimique utilise les hydrocolloïdes pour les plaies avec exsudats modérés, les hydrogels pour les plaies sèches et alginates et les hydrofibres pour les plaies exsudatives. Les pansements à l'argent ont un pouvoir bactéricide sur des Gram+ et - tel que le Pseudomonas (***fig. 7***).

Le bourgeonnement sera favorisé par les alginates et les hydrofibres dans les plaies exsudatives, et les hydrocellulaires et hydrocolloïdes dans les plaies peu exsudatives.

La greffe d'ulcère (auto-greffe) en pastille ou filet est le pansement le plus physiologique. Elle a un rôle antalgique immédiat très utilisé dans les angiodermites. Elle nécessite une hospitalisation avec alitement de 3-5 jours selon les équipes [9].

Fig. 7 : Surinfection à Pseudomonas.

Le traitement des plaies par pression négative (TPN) consiste à placer la surface d'une plaie sous une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante. Pour cela, un pansement spécialement réalisé est raccordé à une source de dépression et à un système de recueil des exsudats. Dans les ulcères, le TPN n'est envisagé qu'en deuxième intention pour accélérer la formation d'un tissu de granulation de qualité, éviter les complications liées à la chronicisation de la plaie et drainer les exsudats [10].

La larvothérapie est une technique de détersion par les larves de mouche verte (*Lucilia Sericata*). Elle permet d'obtenir une bonne détersion avec un effet antimicrobien et une stimulation du tissu de granulation. Le pansement est laissé 3 jours et permet d'obtenir un site de greffe propre.

La compression au centre de la prise en charge de l'ulcère à prédominance veineuse

L'ulcère veineux se traite par la compression, plusieurs études ayant montré qu'elle permet une cicatrisation plus rapide. La compression à haut niveau de pression (entre 30 et 40 mmHg) doit être préférée à la compression à pression faible [5].

Les moyens de compression sont multiples :
– les bandes à étirement court qui exercent une pression basse au repos et qui sont bien tolérées la nuit,
– les bandes à étirement long qui continue à exercer une pression au repos, parfois mal tolérées la nuit,
– les bandages multicouches, soit kits du commerce, soit par superposition des bandes de même nature ou de nature différente,
– les bas classiques de compression,
– la compression multicouche s'est montrée supérieure à la compression monocouche, probablement parce que le niveau de pression est plus élevé. La compression forte par bas est également efficace, mais parfois difficile à mettre en place pour des patients qui ont un ulcère. Enfin, aucune différence d'efficacité n'apparaît entre le multicouche élastique à étirement long et le bi-couche à étirement court.

Bibliographie

1. Amblard P, Leccia MT. Ulcères de jambe. *EMC Dermatologie*, 12-695-A-10, 1997.
2. Vuerstaek JDD, Reeder SWI, Henquet CJM *et al.* Arteriolosclerotic ulcer of Martorell. *JEAD*, 2010 ; 24 : 867-874.
3. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma : a large-scale epidemiological study. *Br J Dermatol*, 1995 ; 133 : 571-574.
4. Combemale P, Bousquet M, Estival J *et al.* Dégénérescence carcinomateuse des ulcères vasculaires de jambe : étude nationale rétrospective de 80 cas. *Ann Dermatol Venereol*, 2004 ; 131 : 1S67.
5. Meaume S, Senet P. Pansements. Aide à la cicatrisation. *EMC Dermatologie*, 98-942-A-10, 1999, 8 p.
6. Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Weber M *et al.* Ulcères de jambes. Explorations allergologiques dans 359 cas. *Ann Dermatol Venereol*, 1999 ; 126 : 131-135.
7. Barbaud A, Collet E, Le Coz C *et al.* Sensibilisation de contact dans les ulcères de jambes : évaluation d'une batterie spécialisée de tests épicutanés par une étude multicentrique chez 423 patients. *Ann Dermatol Venereol*, 2004 ; 131: 1S33-34.
8. Petherick ES, Dalton JE, Moore PJ *et al.* Methods for identifying surgical wound infection after discharge from hospital : a systematic review. *BMC Infect Dis*, 2006 ; 27 : 170.
9. **www.has.fr** Pansements primaires et secondaires, révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables (28/05/08).
10. Debure C. Détersion des ulcères par le système VAC : étude prospective ouverte. *J Mal Vasc*, 2002 ; 30 : 1S-38.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.