

# Trucs et astuces pour soigner les ulcères de jambe

Dr F Augey  
Dermatologie  
CH Vienne



# Définitions

- ▶ Un ulcère cutané est une perte de substance atteignant au moins le derme (si seulement épidermique =érosion) ne manifestant pas de tendance spontanée à la guérison après un mois d'évolution.
- ▶ La jambe en est une localisation privilégiée
- ▶ Aux points d'appui , la pression joue très souvent un rôle majeur : on parle alors d'escarre (qui n'est qu'une forme clinique d'ulcère)
- ▶ Nous nous intéresserons ici essentiellement aux ulcères de jambe qui atteignent en **France en permanence (prévalence) 300 à 600.000 patients**
- ▶ (coût annuel par patient 10.000 euros -coût total 4,5 milliards d'euros)

# Prise en charge des ulcères de jambe généralités

- ▶ Les UDJ ont longtemps été le parent pauvre de la médecine, y compris de la dermatologie
- ▶ car affection désespérante, non gratifiante, patients âgés, parfois plaintifs ou résignés.
- ▶ Regain d'intérêt depuis une quinzaine d'années en tant que problème de santé publique majeur mais encore enseigné à mon sens de manière trop caricaturale (simple problème de "tuyauterie" : ulcère veineux ou artériel ou mixte).

# Prise en charge des ulcères de jambe généralités

- ▶ L'objectif de la prise en charge doit être la guérison.
- ▶ Le délai « raisonnable » de guérison est de 4 à 6 mois après le début de la prise en charge sauf plaies de taille inhabituelle.
- ▶ Une évaluation médicale régulière est nécessaire, ni trop fréquente pour permettre à l'évolution de se dessiner, ni trop espacée pour régler les problèmes qui entravent la cicatrisation ; Dans mon expérience 4 à 6 semaines semble être le délai moyen idéal entre deux consultations, à rapprocher en cas de suspicion de surinfection bactérienne, douleur intolérable...
- ▶ A chaque visite avoir des **moyens objectifs pour suivre l'évolution** : photos dans le dossier ou mesure de la taille et pourcentage de bourgeonnement.

# Prise en charge des ulcères de jambe généralités

- ▶ A chaque visite doit être observée une progression ; si ce n'est pas le cas ne pas renouveler le traitement précédent sans se poser les (bonnes) questions ;

Discuter point par point les causes possibles de la non progression, sans s'attarder sur le pansement qui ne joue qu'un rôle mineur dans la cicatrisation+++

- La discussion avec le patient doit être précise, avec des questions le plus souvent fermées (ne pas dire : « est-ce que vous vous reposez ?...être beaucoup plus précis que cela).
- Ne pas hésiter à questionner l'entourage sur le mode de vie du patient, les soins infirmiers à domicile etc...

# Prise en charge des ulcères de jambe

## Pièges à éviter

- Ils sont nombreux ce qui explique dans une large mesure le caractère désespérant de cette pathologie :
  - Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie
  - Se focaliser sur le choix des pansements
  - Surestimer le rôle de l'artérite
  - Sous-estimer la surinfection bactérienne
  - confondre fibrine et nécrose
  - Drainage inopérant des oedèmes
  - Pièges diagnostics : tumeurs et pustulose érosive
  - Avoir des objectifs inconciliables



# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Il est frappant de constater qu'un patient avec de volumineuses varices ou une artérite évoluée des membres inférieurs ne développe pas toujours des plaies ; **les défauts de « tuyauterie » (reflux ou obstruction), contrairement à ce qui est largement enseigné, ne sont qu'une partie du problème.**
- ▶ En conséquence les approches chirurgicales (veineuses ou artérielles) ne doivent pas être proposées sans une analyse sérieuse des co-facteurs :



# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ en effet les **UDJ sont une somme de facteurs**,
  - ▶ certains favorisent la stase.
  - ▶ d'autres favorisent l'hypoxie
- ▶ Il y a plus rarement des facteurs traumatiques (grattage surtout).

# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Les facteurs qui aggravent la stase :
  - ▶ **L'immobilité et donc la station assise prolongée** ; à l'extrême certains patients, qui ont des oedèmes considérables, ne s'allongent jamais y compris la nuit ; les raisons en sont diverses : clinophobie du fait de dyspnée ou douleurs diverses mais parfois absence d'aide au couchage, incontinence urinaire... *Ils ne le signalent pas : il faut leur poser la question « dormez-vous allongés la nuit ? »*. D'autres s'endorment ou somnolent dans leur fauteuil une partie de la journée ce qu'il faut bannir.



Ulcère de stase  
Sur moignon  
d'amputation

# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Les facteurs qui aggravent la stase :
  - ▶ L'obésité joue un rôle considérable (quasi impossibilité de guérir les plaies chez les grands obèses) ; la maîtrise du poids, y compris parfois par la chirurgie bariatrique, doit être toujours discutée, le patient pesé pour le sensibiliser...
  - ▶ Il existe même des ulcères de stase abdominaux sur éventration inopérable chez les grands obèses (ou compliquant une ascite majeure)



# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Les facteurs qui aggravent la stase :
  - ▶ **L'insuffisance cardiaque**, présente dans 40% des ulcères de stase (Thèse médecine Vienne 2012 et article Annales dermatologie ) et également fréquente dans les autres ulcères vasculaires. Les oedèmes sont souvent considérables ; les plaies volontiers multiples et superficielles ; elles se constituent surtout au moment des épisodes de décompensation cardiaque.

Une échographie cardiaque et un avis cardiologique doivent être proposés en cas de doute, un traitement diurétique discuté (ou son augmentation) ; **les inhibiteurs calciques** (entre autres) aggravant les oedèmes doivent être également sources de discussions collégiales.

# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Les facteurs qui aggravent l'hypoxie:
  - ▶ **L'insuffisance cardiaque**, de nouveau
  - ▶ **L'insuffisance respiratoire chronique et le SAS**: une prise en charge optimale est indispensable avec discussion d'appareillages , d'oxygène à domicile...ainsi que bien sûr la maîtrise du poids.
  - ▶ **Les épisodes infectieux broncho-pulmonaires** : avoir l'antibiothérapie facile chez les patients dyspnéiques avec escarres ou UDJ.
  - ▶ **L'anémie**...parfois seul facteur sur lequel on peut agir

# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ **Le rôle du diabète est en revanche minime pour les ulcères de jambe** (contrairement aux maux perforants plantaires) ; Il peut générer bien sûr une artérite ...question qui sera évoquée plus loin.

En dehors des grands déséquilibres glycémiques (avec risque important de surinfection bactérienne) , la cicatrisation des UDJ n'est que peu affectée par un diabète. **Il ne faut donc pas accrédi-ter l'idée que « c'est le diabète qui empêche de cicatriser »**

# Considérer les UDJ comme un simple problème de tuyauterie

- ▶ Il convient donc de parler dans la majorité des cas d'ulcère de stase ou d'ulcère mixte à prédominance de stase plutôt que d'ulcère veineux.
- ▶ Le véritable ulcère veineux « pur » est très rare, presque toujours post-thrombotique (et s'accompagne alors volontiers d'une botte sclérodermiforme et d'une dermite ocre importante)





ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

## Insuffisance cardiaque et ulcère de stase: une association significative (étude prospective de 100 cas)

Heart failure and stasis ulcer: A significant association (prospective study of 100 cases)

**F. Augey<sup>a,\*</sup>, A. Pinet<sup>a</sup>, P. Renaudier<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Service dermatologie, centre hospitalier général Lucien-Hussel, BP 127, 38209 Vienne cedex, France

<sup>b</sup> Service hémovigilance, hôpital de la Croix-Rousse, Grande-Rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

7% versus 2,5%). En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à l'ulcère de stase étaient l'IV (OR=5,5 ; 3–9,9), et l'IC (OR=4,7 ; 2,1–10,4), notés respectivement dans 71 % et 44% des cas. L'IC était significativement associée aux plaies bilatérales ( $p = 10^{-4}$ ) mais non à un délai de cicatrisation supérieur à six mois.





# Surestimer le rôle de l'artérite

- ▶ La majorité des UDJ surviennent chez des patients âgés avec une artérite plus ou moins prononcée.
- ▶ Une erreur commune est de renoncer à mettre une compression dès qu'il y a une artérite mise en évidence au doppler ou des antécédents de chirurgie artérielle des membres inférieurs .
- ▶ Il est important dans les ulcères mixtes (de stase et artériel), de faire la part de ce qui revient à l'artérite et aux oedèmes. Dans mon expérience le rôle des OMI est souvent sous estimée et le chirurgien artériel sollicité trop rapidement (d'où des échecs ou des déceptions fréquents après une chirurgie de revascularisation)-
- ▶ Illustration :

# Mme S...Odile, 75 ans, vue en juillet 2015

- ▶ A eu une endartériectomie et une angioplastie **pour artérite « sévère » du MID avec escarre talonnière avant l'intervention.**
- ▶ Dans les suites opératoires immédiates apparition **d'une plaie exsudative pré-tibiale droite de 3x2cm ne progressant pas depuis 3 mois** (bourgeonnant sur la moitié de la surface) associée à un œdème de cette jambe.
- ▶ La compression élastique avait été contre indiquée et la patiente ne s'allongeait que 5h par jour.

# Mme S...Odile, 75 ans, vue en juillet 2015

- ▶ Après la première consultation dans le service, **consigne de passer plus de temps allongée (au moins 13h/24)** et attendre les résultats du doppler artériel de contrôle pour décision sur la compression élastique.
- ▶ **6 semaines plus tard** : l'œdème a diminué, la plaie ne mesure plus que 2x1cm (donc surface diminuée des deux tiers) avec bourgeonnement à 100%.
- ▶ Doppler artériel : bonne perméabilité de l'endariectomie ilio-femorale Dte mais resténose au Hunter.
- ▶ **Je prescris à la patient une compression faible par chaussettes force 2** en vue d'accélérer la cicatrisation et d'en tester la tolérance à long terme
- ▶ **6 semaines plus tard** : **cicatrisation complète** ; bonne tolérance de la compression ; un nouveau résultat de doppler quelques jours plus tard montre un bon résultat à 3 mois de la thrombo endariectomie ilio fémorale dte avec angioplastie fémorale profonde dte ; IPSC à 0,85

# Surestimer le rôle de l'artérite

- ▶ En pratique seule une artérite sévère avec IPSC  $<0,6$  contre indique une compression élastique; commencer dans le doute avec une compression faible et observer ce qui se passe dans les jours qui suivent;
- ▶ L'apparition d'une nécrose cutanée contre indiquerait alors la poursuite de la compression.
- ▶ "L'œdème de revascularisation" souvent constaté après chirurgie artérielle est à mon sens le plus souvent un œdème lié à la station assise prolongée qui bloque alors toute progression de la plaie. Cet œdème peut être important au point d'entraîner des lâchages de suture après chirurgie artérielle qui font évoquer à tort des surinfections bactériennes.

# Surestimer le rôle de l'artérite

- ▶ **Beaucoup plus rarement l'artérite est à l'inverse sous-estimée** : un ulcère de stase génère une inflammation chronique qui favorise une artérite à long terme ; un doppler artériel tous les deux ans doit être réalisée en l'absence de progression de la cicatrisation.



# Sous-estimer la surinfection bactérienne (ce que j'ai longtemps fait !)

- ▶ Nettement plus fréquente en saison chaude (température supérieures à 25 degrés celsius) elle est loin d'être toujours évidente cliniquement ; le caractère malodorant est souvent plus sensible que l'aspect purulent.
- ▶ Le risque est plus important sur les plaies étendues ou profondes.
- ▶ Une dégradation rapide d'une plaie et /ou l'apparition de zones nécrotiques (souvent corrélées à la recrudescence de la douleur) , doivent également alerter le clinicien.



# Sous-estimer la surinfection bactérienne

- ▶ La CRP est le meilleur reflet de cette surinfection bactérienne ; elle doit toujours accompagner un prélèvement bactériologique.
- ▶ Au-delà de 20 mg/l de CRP une antibiothérapie doit être discutée (initiée systématiquement au-delà de 30 mg), ciblant en premier lieu les cocci gram (sauf si plaie très profonde et malodorante) adaptée aux bactéries mises en évidence sur le prélèvement si la CRP ne diminue pas rapidement grâce à l'antibiothérapie initiale .
- ▶ Elle doit être relativement prolongée (8 à 15 jours)
- ▶ Une antibiothérapie préventive est utile dans mon expérience en cas de plaie étendue en période estivale, même en l'absence d'erysipèle (Oracilline 1Mui par jour ).

# Confondre nécrose et fibrine

- ▶ La nécrose est souvent confondue avec de la fibrine car **la partie inférieure de la nécrose est blanche ou jaune**
- ▶ La nécrose, contrairement à la fibrine, résiste au curetage qui est donc inutile. La détersion par un bistouri à lame est en revanche utile si la nécrose est épaisse sous réserve que la douleur le permette.



La couleur de la nécrose varie selon la profondeur du noir , au blanc en passant par le jaune . La nécrose résiste à la curette.

Une petite plaque de nécrose  
infectieuse



Ulcère mixte hyperalgique et verdâtre surinfection à pyocyanique prédominante  
CRP 58mg/l



La fibrine, blanche ou jaune, s'enlève facilement à la curette

# Drainage inopérant des œdèmes

C'est une cause majeure d'échec !

- ▶ Du fait d'une insuffisance de décubitus chez un patient hyperactif ou appréhendant ce décubitus (raisons à préciser) mais le plus souvent du fait d'explications insuffisantes ; il faut préciser
  - ▶ Que se reposer assis est tout le contraire du repos pour les jambes
  - ▶ la durée exacte du décubitus (15h en hiver, 16 en été ?)
  - ▶ les modalités (lit, canapés, fauteuil électrique bien basculé dans la pièce à vivre)
  - ▶ le fait que cela n'exclut pas la marche +++
- ▶ Du fait de la non prise en compte de défaillances viscérales notamment cardiaques et de la non prescription de diurétiques.

Les problèmes de jambes à type de plaie, douleur, rougeur, écoulement important, seront améliorés en respectant en priorité des temps de repos allongé.

Les pansements sont utiles pour absorber les écoulements et maintenir une certaine propreté.

### CE QU'IL FAUT FAIRE :



1- Le repos allongé est primordial pour favoriser l'amélioration et la guérison des plaies, en effet, cela permet de drainer l'oedème, c'est à dire l'eau accumulée dans les mollets et autour des chevilles.

Pour que ce drainage soit efficace, il faut que les chevilles soient à la même hauteur que le cœur ou légèrement plus hautes :

- sur un lit, les pieds surélevés de 20 cm
- sur un canapé
- sur un relax basculé vers l'arrière.

Au début le repos peut parfois donner l'impression d'aggraver la douleur mais il apparaît une nette amélioration au bout de 2-3 jours.

Il est possible d'alterner de courtes périodes d'activité et de repos allongé.

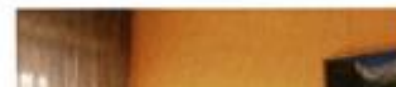
Il n'est pas interdit de marcher bien au contraire mais il faut éviter le piétinement.

2- La compression élastique sous forme de bandes ou de bas de contention (chaussettes, collants) doit être mise **avant le lever.**

Elle peut parfois être mal supportée au début lorsque l'oedème est très important. Il est alors possible d'attendre 3 à 4 jours de repos allongés avant de commencer à les utiliser.

### CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE :

- 1- ne pas être assis, jambes surélevées sur une chaise.
- 2- ne jamais dormir, même lors de la sieste en position assise.



# Drainage inopérant des œdèmes

- ▶ En raison d'une compression élastique non mise, non comprise, mal mise, inadaptée, trop étroite, trop courte, trop longue, non serrée au dos du pied, ou mise avant un minimum de drainage des OMI donc mal tolérée et abandonnée...
- ▶ **Ne pas hésiter à renouveler les explications** , à faire mettre la bande par le patient lui-même , préciser que la bande ne doit pas être mise tardivement après le lever ou qu'il faut se recoucher 30 mn avant le passage de l'infirmière si c'est elle qui met la bande.





# Drainage inopérant des œdèmes

- ▶ Si les conditions d'un succès de la compression ne sont pas réunies, essayer la compression fixe de type UrgoK2 (en général 3 fois par semaine, pas plus) mais à éviter en période de canicule ou sur épiderme très atrophique ou déjà très eczématisé.



# Se focaliser sur le choix des pansements

- ▶ **Les pansements peuvent apporter du confort mais leur apport en terme de vitesse de cicatrisation est au mieux minime** (de même pour le curetage qui ne doit pas être fait si la plaie est très algique-respect de la douleur avant tout !)
- ▶ Ils absorbent les exsudats, limitent le risque de surinfection, parfois diminuent la douleur (mais parfois l'aggravent...) et cachent la plaie au regard des autres
- ▶ Ils peuvent aggraver une plaie ou surtout en créer de nouvelles à proximité du fait des érosions induits par les adhésifs (et ou les phlyctènes par une bande mal mise)
- ▶ **La discussion sur le choix du pansement doit être reportée à la fin de la consultation et ne prendre qu'une faible part de la consultation.**

# Se focaliser sur le choix des pansements

- ▶ **Eviter le zapping** qui entretient l'illusion d'un pansement miracle et coûte cher à l'assurance maladie;
- ▶ Rester ferme sur certains principes :
  - ▶ ne pas nuire (discussion sur l'utilisation ou non de la forme adhésive)
  - ▶ Simplifier les soins au maximum
  - ▶ Avoir une fréquence de renouvellement (et une épaisseur de pansement) adaptée à l'exsudation : une fois par jour si exsudation importante en se préoccupant parallèlement de la cause de cette exsudation-(œdème le plus souvent) ; jusqu'à 2 fois par semaine lorsque la plaie est peu profonde et peu exsudative.
  - ▶ Se préoccuper du pansement secondaire si nécessaire
  - ▶ **Faire arrêter les pansements dès la cicatrisation obtenue : trop de pansement nuit à la santé de la peau !**

# Se focaliser sur les dispositifs médicaux ou la greffe cutanée

- Ce n'est en effet qu'à l'issue des points précédents et non pas avant que l'on envisagera l'usage de dispositifs médicaux (VAC, électrostimulation...) ou des greffes cutanées, dont un des mérites non négligeables est d'obliger le patient à se reposer davantage allongé.

# Avoir des objectifs contradictoires

- ▶ Reprenons le cas de Mme S...Odile : qu'était devenu son escarre du talon après la chirurgie artérielle ? : **absence de progression !**
- ▶ « pour améliorer l'artériopathie la patiente a eu pour consignes de marcher, ce qui est louable, **mais quelques pas dans la journée suffisent hélas à bloquer la progression de l'escarre talonnière** (qui est profonde, sans contact osseux cependant mais étroite, de 4mm) »
- ▶ Il s'agit d'une situation classique de conflit entre des objectifs inconciliables : **il faut toujours privilégier la cicatrisation des plaies du pied (escarres, MPP) avant la reprise de la mobilité** ; pour les UDJ la conciliation avec l'entretien de la musculature et de la mobilité est possible dans une certaine mesure
- ▶ « Je pense pour résumer qu'il faut en priorité cicatrifier l'escarre du talon et qu'ensuite seulement préconiser la marche régulière pour améliorer l'artériopathie. Les deux objectifs ne pourront être réalisés simultanément ».
- ▶ **Cicatrisation complète de l'escarre talonnière deux mois plus tard grâce à la suppression de l'appui du talon jour et nuit**



# Pièges diagnostics

- ▶ Les tumeurs
- ▶ La pustulose érosive
- ▶ Situations plus rares



# Pièges diagnostics

**LES TUMEURS** : Les tumeurs (carcinomes) mimant un ulcère vasculaire avec bourgeonnement excessif sont un piège classique notamment en cas de phototype clair, chez les patientes ayant travaillé dans le domaine agricole, ayant longtemps porté des robes.

- ▶ Les doigts, les avant-bras sont parfois aussi concernés.
- ▶ Se méfier particulièrement des patient(e)s ayant un phototype clair, les yeux bleus, de nombreuses kératoses solaires et en cas de plaie unique.
- ▶ Les carcinomes (et les mélanomes) sont le plus souvent bourgeonnants mais parfois ulcéro-bourgeonnants ou seulement à type d'ulcération.







# Pièges diagnostics

## LA PUSTULOSE EROSIVE (erosive pustular dermatosis)

- ▶ Entité décrite seulement en 1987 par Lanigan et Cotterill, et pourtant très fréquente, quasi constante après quelques mois de pansements. Elle doit être absolument connue.
- ▶ Il s'agit d'une dermatose inflammatoire très corticosensible, localisée le plus souvent aux jambes sur épiderme atrophique, abimé par le soleil et irrité par des microtraumatismes répétés.
- ▶ La jambe est la localisation privilégiée du fait de la finesse de l'épiderme en zone pré-tibiale (++) . Peut s'observer ailleurs notamment au cuir chevelu en zone alopécique et insolée.
- ▶ Elle est, aux jambes, **très souvent précédée (accompagné) d'un eczéma irritatif, premier signe d'alerte.**



# Pièges diagnostics

## LA PUSTULOSE EROSIVE

- ▶ Les pustules sont rarement visibles
- ▶ Les érosions (par définition strictement épidermiques) font un mitage de l'épiderme qui conflue peu à peu en vastes nappes
- ▶ **Plus on fait de pansements et plus la situation s'aggrave jusqu'à devenir intenable**
- ▶ **La corticothérapie locale forte (type Nérisonne crème+/-Tubifast bleu) a un effet absolument spectaculaire « quasi miraculeux »**
- ▶ Dans certains cas il y a intrication entre ulcère de stase et pustulose érosive : la corticothérapie locale permet de distinguer rapidement ce qui revient à l'un ou à l'autre













Après 5 jours de Diprosone !)



## Pustulose érosive après chirurgie du cuir chevelu



Avant et après corticothérapie locale

# Autres pièges diagnostics

- ▶ Ulcérations par vasculite leucocytoclasique





# Autres pièges diagnostics

- ▶ Ulcérations par dermatose bulleuse auto-immune



Pemphigoïde bulleuse  
Post opératoire ...

# Autres pièges diagnostiques

- ▶ Ulcérations infectieuses (ecthyma, leishmaniose)



# Autres pièges diagnostics

- ▶ Ulcérations « factices » : pathomimie



# Autres pièges diagnostics

- ▶ Ulcérations « factices » : injections de stupéfiants (Subutex°...)





# Conclusion

- ▶ En cas de retard de cicatrisation plutôt que d'essayer un nième pansement il faut :
  - ▶ Envisager le rôle de la stase persistante, de la surinfection bactérienne et de la complication fréquente qu'est la pustulose érosive
  - ▶ Rediscuter le diagnostic
  - ▶ Les rôles de l'artérite, du diabète ne doivent pas être envisagés par excès
  - ▶ Il faut entrer dans les détails de la vie du patient et de l'observance des conseils
  - ▶ S'aider de l'entourage qui participera indirectement aux soins
  - ▶ Reconvoquer le patient régulièrement pour évaluer la stratégie et augmenter l'observance
  - ▶ **Et s'aider des indispensables dermocorticoïdes**





Je vous remercie de votre  
attention ....

The slide features a white background with decorative green geometric shapes. On the left, a small green triangle points upwards. On the right, a large, complex shape is composed of several overlapping triangles in various shades of green, ranging from light to dark. A thin white line extends from the bottom right towards the center of the slide.