



JAC

Journées Aquitaine Cicatrisation

10^{ème} Edition

Masterclass

Étiologie des ulcères de jambe

M. Drouard
Dermatologue – CHU Lille

P. Toussaint
Dermatologue – Hôpital Bagatelle

Ulcères vasculaires

- ✓ Veineux
- ✓ Artériels
- ✓ Mixtes

Ulcères micro - vasculaires

- ✓ Angiodermite nécrosante
- ✓ Calciphylaxie
- ✓ Vasculite nécrosante
- ✓ Vasculite livedoïde

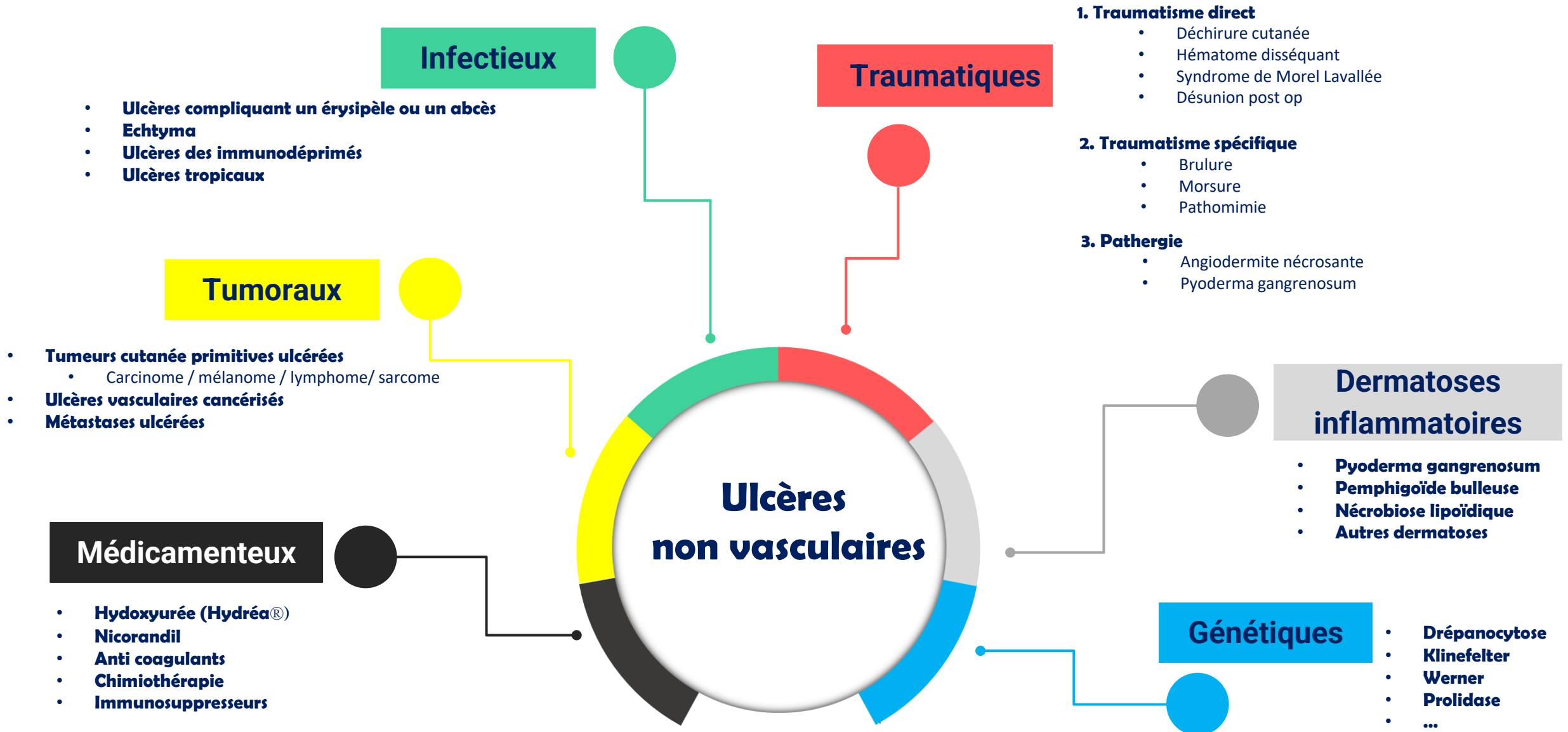
Ulcères non vasculaires

- ✓ Traumatiques
- ✓ Médicamenteux
- ✓ Tumoraux
- ✓ Infectieux
- ✓ Dermatoses inflammatoires
- ✓ Génétiques



**Étiologies
des ulcères de jambe**

Ulcères d'étiologie non vasculaire



Ulcères Tumoraux

Tumeurs cutanées primitives ulcérées



Patiente de 80 ans

Très bon EG

Plaie sus malleolaire interne depuis 3 ans

Œdème ++

Insuffisance veineuse

Pansements et contentions inefficace

Grefe de peau : echec



Patiente de 80 ans

Très bon EG

Plaie sus malleolaire interne depuis 3 ans

Œdème ++

Insuffisance veineuse

Pansements et contentions inefficace

Grefe de peau : echec

2eme AVIS : BORDURE SUSPECTE



Patiente de 80 ans

Très bon EG

Plaie sus malleolaire interne depuis 3 ans

Œdème ++

Insuffisance veineuse

Pansements et contentions inefficace

Grefe de peau : echec

2eme AVIS : BORDURE SUSPECTE



BIOPSIE : Carcinome basocellulaire

Exérèse marge 5 mm, greffe de peau mince





Cicatrisation a 1 MOIS





- Patiente de 88 ans
- Lésions ulcérées depuis 10 ans, au niveau lombaire bas
- Attribuées a des lésions de grattage / eczema



- Patiente de 88 ans
- Lésions ulcérées depuis 10 ans, au niveau lombaire bas
- Attribuées a des lésions de grattage / eczema



Devant un saignement chronique,
Malgré l'algosteril ...



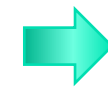
Avis DERMATO



- Patiente de 88 ans
- Lésions ulcérées depuis 10 ans, au niveau lombaire bas
- Attribuées a des lésions de grattage / eczema



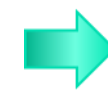
Devant un saignement chronique,
Malgré l'algosteril ...



Avis DERMATO

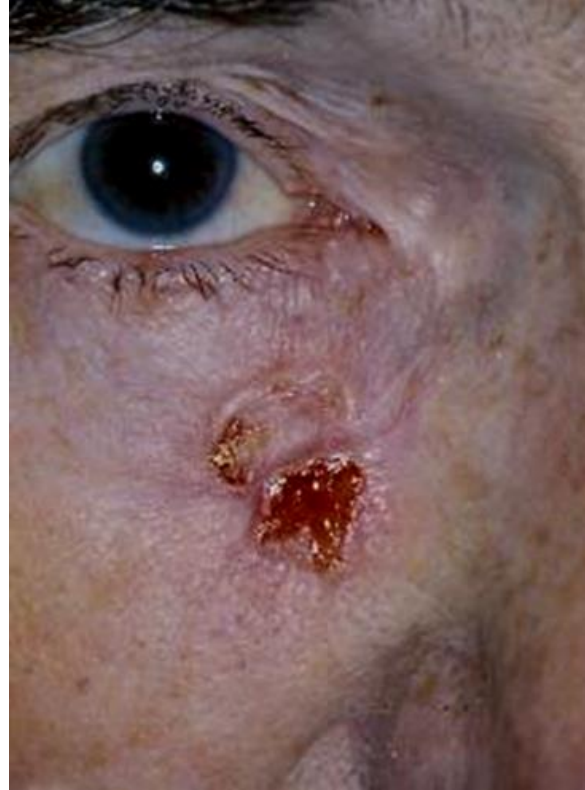


Bordure perlée
Centre ulcéré



Biopsie : Carcinome basocellulaire

Carcinome Basocellulaire ULCÉRÉ



**Visage le
plus
souvent**



Mais aussi, aux membres inferieurs ! **MEFIANCE !**



Y penser !! Devant :

- ✓ **Extension malgré pansements et contention**
- ✓ **Même si doppler anormal**
- ✓ **Bourgeonnement excessif**
- ✓ **Saignement**
- ✓ **Bordure perlée**



**Comment faire
le diagnostic ?**

BIOPSIES sur la bordure

Comment Traiter ?

EXERESE MARGE 5 mm (réparation selon taille)

si chir impossible : Vismodégib ou Radiothérapie

Patiente de 95 ans suivie pour ulcère veineux depuis 18 mois , aucune évolution favorable et saignement



Plaie bourgeonnante , saignotante, 1/3 moyen de la jambe (trop haut pour un ulcère veineux ...)



CAT : Biopsies

→ Carcinome épidermoïde

Traitement :

- **Exérèse marge 5 a 10 mm**
- **Cicatrisation dirigée**
- **Biatain non adhesif**
- **Rosidal K**

Carcinomes épidermoïdes

**Plus souvent :
Visage mais ...**



**Attention a :
Extension
Bourgeonnement**

**Exérèse marge 1 cm
greffe de peau mince**



Carcinomes épidermoïdes

**Parfois plus
difficile : Biopsie
au moindre doute**



Patient de 59 ans , diabétique, traité pour un mal perforant plantaire depuis 1 an



Patient de 59 ans , diabétique, traité pour un mal perforant plantaire depuis 1 an



**Pourquoi ce n'est pas
un MPP ???**

Patient de 59 ans , diabétique, traité pour un mal perforant plantaire depuis 1 an



**Car ce n'est pas une zone
de pression +++**

**Lésion ulcérée chronique
= BIOPSIE !!**

Patient de 59 ans , diabétique, traité pour un mal perforant plantaire depuis 1 an



MELANOME ACHROMIQUE

Bilan extension

**Exérèse marge selon Breslow
(ici amputation 2 rayons)**

Mélanomes



Le plus souvent :
Lésion pigmentée
Zone photo exposée
Critères ABCDE



Mais aussi ...
forme ulcérée , verruqueuse,
hyperkeratosique, achromique,
zone non photo exposée ...



Attention!

Autre tumeurs ulcérées plus rares



LYMPHOME T



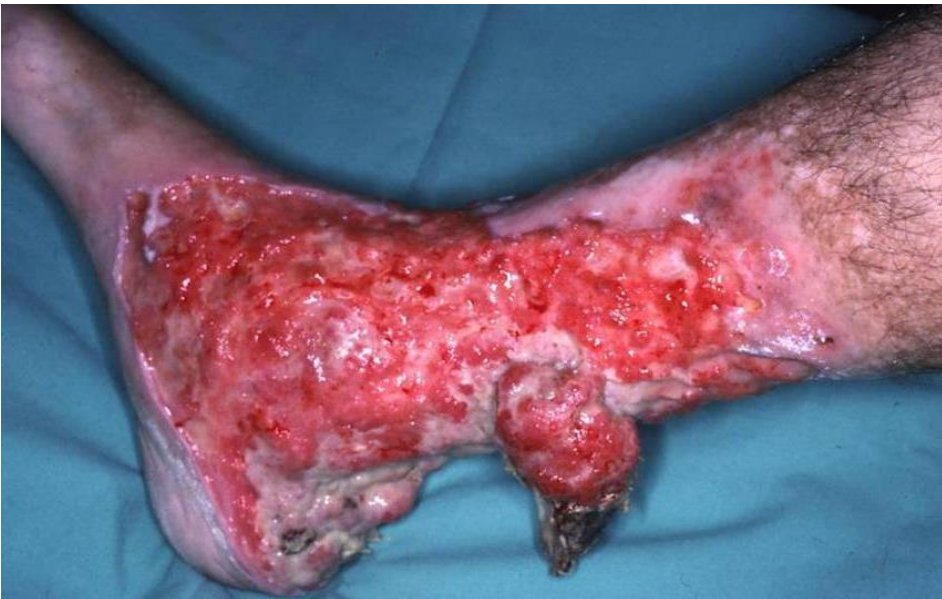
LYMPHOME B

Ulcères vasculaires cancérisés

Cancérisation d'ulcère vasculaire en carcinome épidermoïde



**Ici Diagnostic
évident +++
Malheureusement
TROP TARDIF**



Cancérisation d'ulcère vasculaire en carcinome épidermoïde



Y PENSER +++
Bourgeonnement
Saignement
Friabilité
Douleur
Evolution



Métastases ulcérées

PHOTOS ... NO COMMENT







Ulcères traumatiques

Ulcères traumatiques

- ✓ **Traumatisme direct (déchirure, hematome dissequant, desunion post op)**
- ✓ **Traumatisme spécifique (brulure, morsure, pathomimie)**
- ✓ **Pathergie (angiodermite necrotique , pyoderma gangrenosum)**

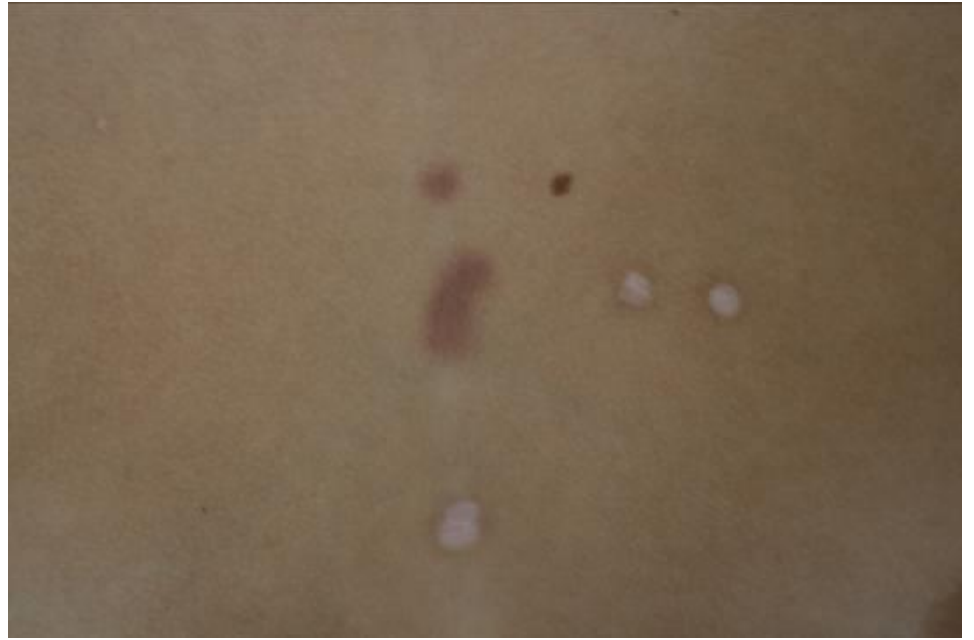
PATHOMIMIES

Pathomimie : Aspects cliniques

- La morphologie des lésions est très variable et dépend des moyens utilisés par le sujet : érythème, bulle, ulcère...
- Il peut s'agir
 - de « manipulation de surface » : caustiques, brûlures, excoriations ou ulcérations au moyen d'objets, de contusion...
 - d' injection sous cutanée de produits divers (lait, huile, matières fécales...)

TOUTES LES LESIONS SONT BIZARRES

- souvent linéaires, géométriques...
- Elles siègent sur des zones accessibles aux mains du sujet.
- Il coexiste des lésions d'âges différents













Comment faire le diagnostic ?

Souvent difficile d'obtenir la certitude absolue du diagnostic de pathomimie

C'est un diagnostic d'exclusion : il faut éliminer une dermatose

La forte présomption repose sur

- ✓ Morphologie et topographie des lésions
- ✓ Guérison sous occlusion
- ✓ Découverte par hasard du moyen de traumatisme : !
Recherche « policière » contre-indiquée
- ✓ Personnalité du patient

CAT ??

- ✓ C'est une manifestation psychopathologique grave et difficile à prendre en charge
- ✓ L'intervention d'un psychiatre est indispensable mais souvent refusée par les patients
- ✓ Sur le plan local, il faut proposer des pansements selon le stade de la plaie et surtout des bandages inamovibles dans la mesure du possible (acte diagnostique et thérapeutique)

















Ulcères Médicamenteux

Ulcères Medicamenteux

- ✓ **Hydroxyurée (Hydrea)**
- ✓ **Nicorandil**
- ✓ **Anti coagulants**
- ✓ **Chimiotherapie**
- ✓ **immunosuppresseurs**

Plaies depuis 6 mois , extensive ...

**Hospitalisation pour
plaies extensives et
douloureuses malgré
soins locaux**



Plaies depuis 6 mois , extensive ...

Multiples plaies
Douleurs
Leger œdème
Inflammation



Plaies depuis 6 mois , extensive ...

BILAN :

- ✓ **Echodoppler normal**
- ✓ **Biopsies : non contributives**
- ✓ **Bilan hemato normal**



Plaies depuis 6 mois , extensive ...

PRISE DE NICORANDIL



Arrêt du traitement



1 MOIS PLUS TARD !!!!

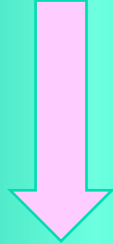


ULCERES SUR ATROPHIE BLANCHE SOUS HYDREA



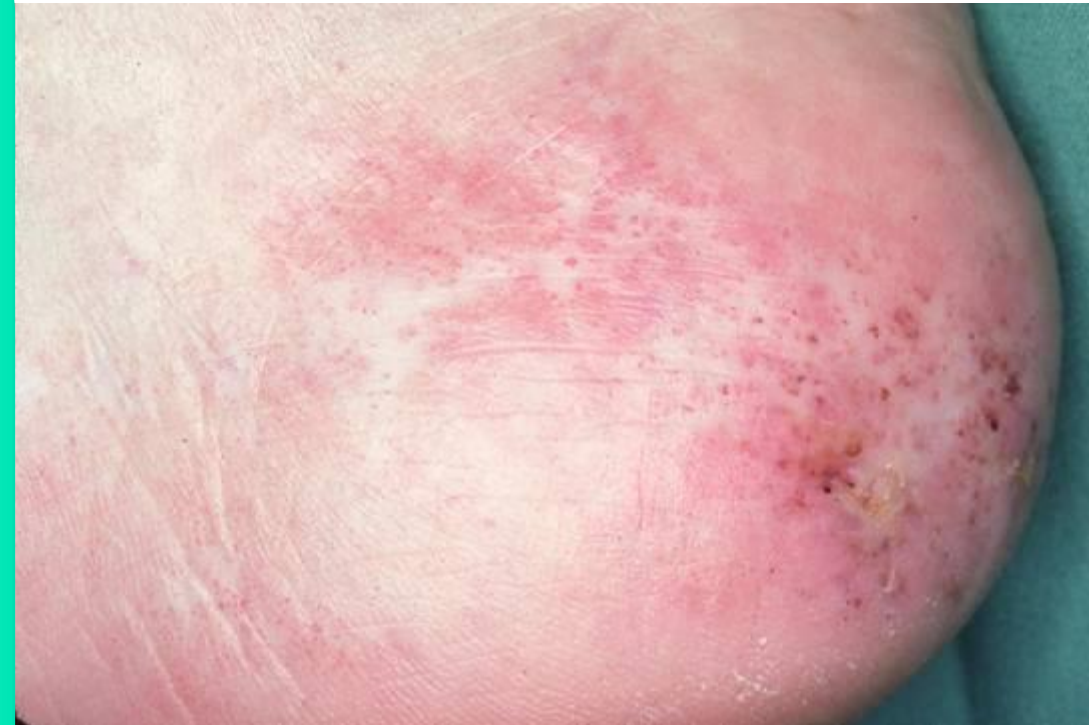
Douloureux +++

Avis hemato :



**poursuite de l'hydrea
car alternative trop
agressive**

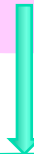
**BALANCE
BENEFICE / RISQUE**



Devant une plaie , avec bilan normal

**PENSER AUX
MEDICAMENTS +++**

**Cependant, pas toujours possible de les arrêter
(corticoïdes, chimio ...)**



BENEFICE / RISQUE a evaluer

Dermatoses inflammatoires

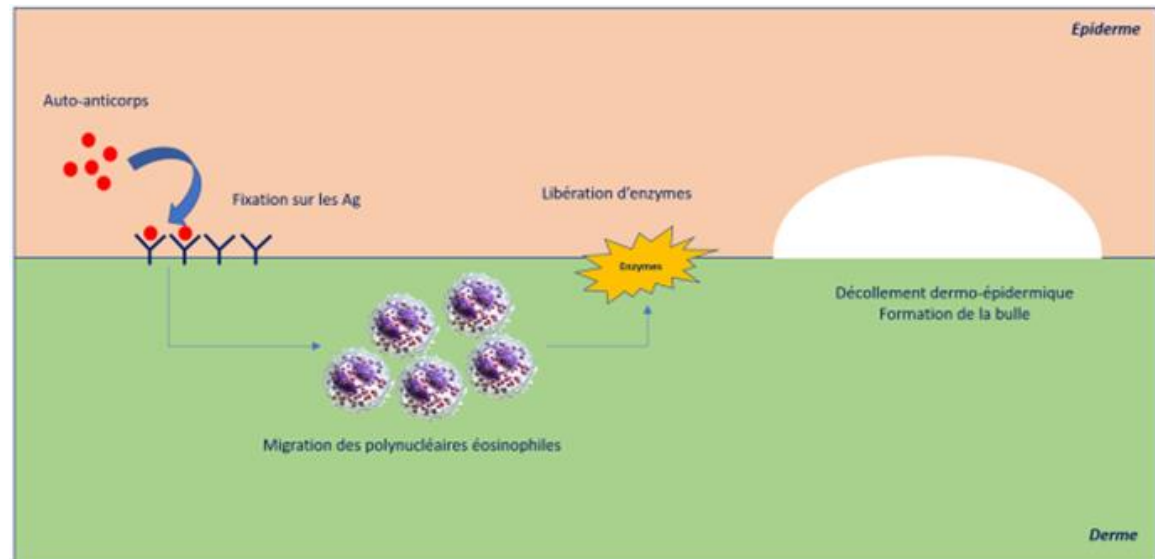
Pemphigoïde bulleuse

Dermatose bulleuse auto immune

- Maladie auto immune
 - Ac anti membrane basale (MB) épidermique
 - Dirigés contre 2 protéines de la MB
 - Ag PB 230 & Ag PB 180
- Le conflit immunitaire provoque
 - Des décollement au niveau de la MB
 - Des bulles dermo épidermiques

Terrain

- Patients âgé ≥ 80 ans
- Pathologies neuro dégénératives
- Traitements à risque
 - diurétiques de l'anse,
 - spironolactone,
 - neuroleptiques,
 - gliptines



**Devant quel aspect clinique
évoquer une PB ?**



Bulle

- Lésion en relief de $\varnothing > 1$ cm
- A contenu liquidien
 - Clair ou Hémorragique
- Nombre variable

Érosions post bulleuses

- Lésions superficielles
- Arrondies
- Uniques ou multiples
- Collerette épidermique en périphérie



**Devant quel aspect clinique
évoquer une PB ?**

Prurit

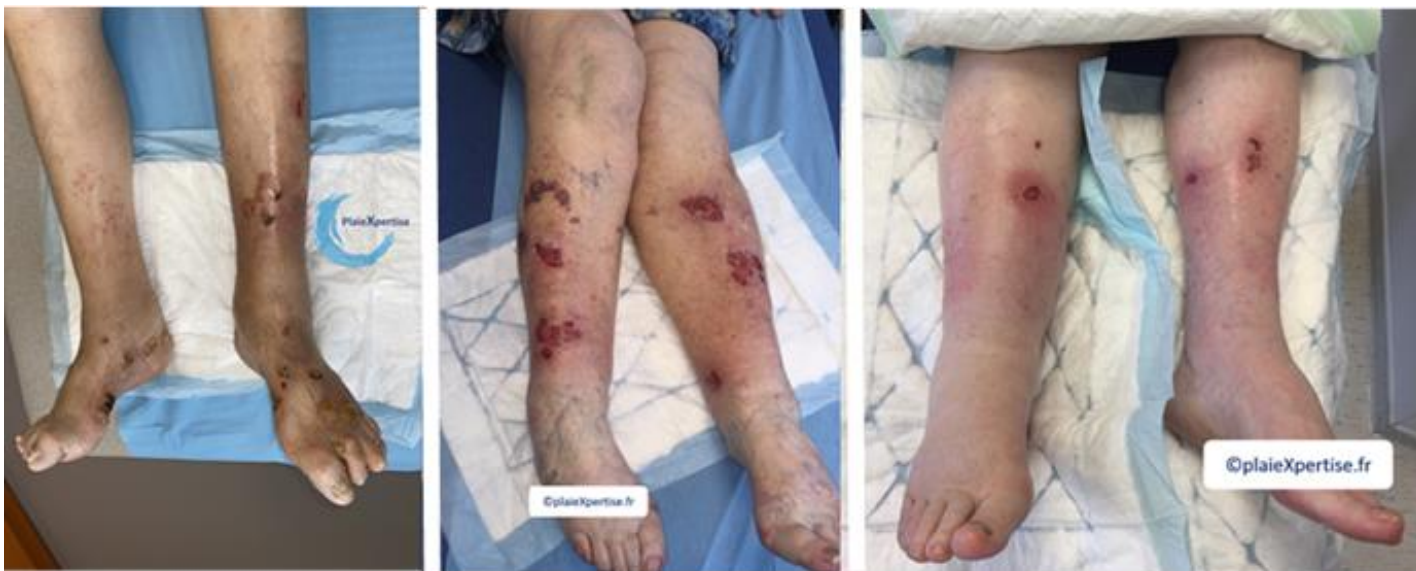
- Diffus
- Parfois ancien (mois / années)
- Insomniant / invalidant



Dermatose polymorphe

- Eczématiforme
- Urticarienne
- +/- diffuse





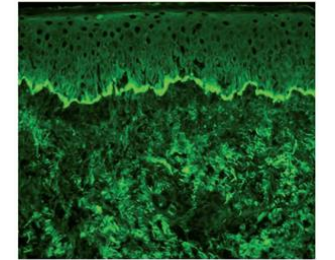
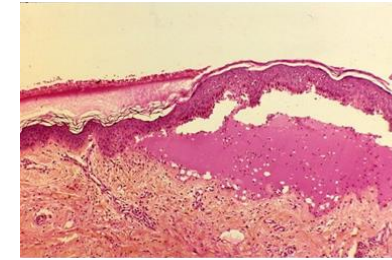
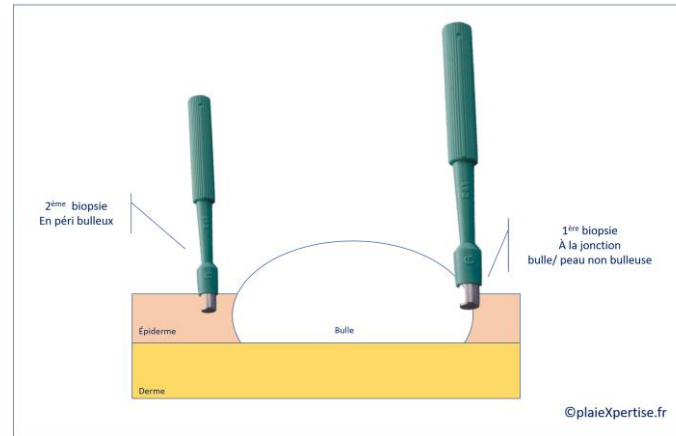
Les lésions peuvent être uniquement localisées sur la jambes ...

.... Ou il s'agit de forme plus diffuse avec atteinte des jambes



**Comment faire
le diagnostic ?**

Affirmer le diagnostic → histologie



Autres examens

- **NFP → hyper éosinophilie**
- **Ac anti membrane basale épidermique ↑**

Quelle prise en charge ?

1^{ère} intention → Dermocorticoïdes

Activité très forte → Dermoal ou Clarelux

Avant d'appliquer les dermocorticoïdes

- Compter les nouvelles bulles fraîches tous les jours
 - Facteur pronostic
 - Élément de suivi du traitement
- Désinfecter (Biseptine)
- Percer les bulles

- Aucun adhésif
- Attention aux psmt occlusifs

- Interfaces ++++++
- + Pansement absorbant

- Traitement d'attaque
- Puis Dégression
- puis Traitement d'entretien

Terrain

- **Patient âgé**
- Facteurs favorisants
 - Maladies neuro dégénératives
 - Traitements: diurétiques de l'anse / spironolactone / gliptines/ neuroleptiques



Diagnostic

Aspect des lésions

- Bulles claires tendues
- Sur base érythémateuse
- Érosions post bulleuses
 - Érosions arrondies > 1 cm ®

Peau Péri Lésionnelle

- Éruption eczématiforme et urticarienne

Douleur

- **Prurit +++++**

Examens complémentaires

- Biopsie cutanée (+ immunofluorescence)
- NFP → Eosinophilie ?
- Ac anti membrane basale épidermique

Prise en charge

Traitement spécifique ou étiologique

- **Avis spécialisé souhaitable**
 - Diagnostic
 - Projet thérapeutique
 - Traitement par Méthotrexate dans les formes résistantes

Traitement local

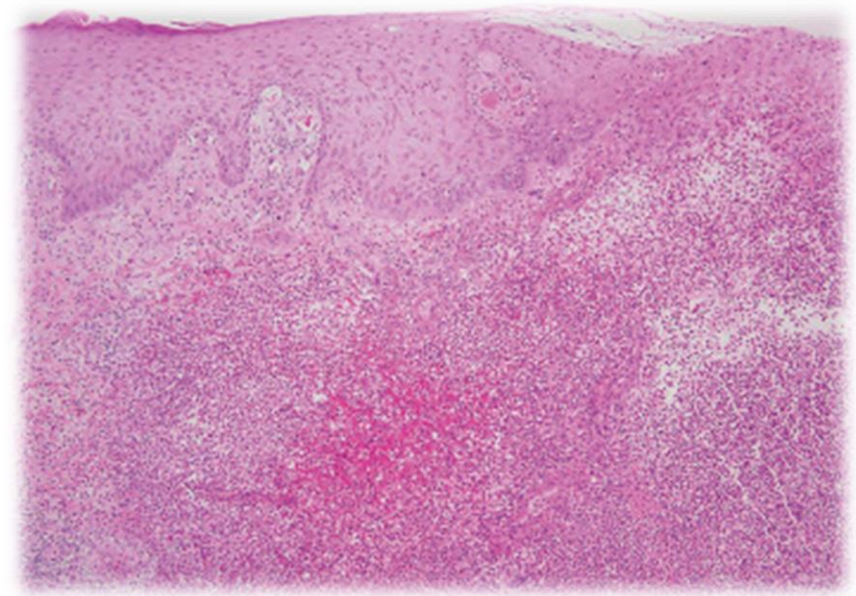
- **Compter les bulles**
 - Élément pronostic et de suivi thérapeutique
- Percer les bulles
- **Dermocorticoïdes selon un protocole bien défini**
- Pansement non adhérent et absorbant
 - Interface (Urgotul / Adaptic touch / Mepitel one)



Pyoderma gangrenosum

Dermatose neutrophilique

- ✓ Pathologie inflammatoire et non infectieuse
 - Expression cutanée et extra cutanée
- ✓ Infiltrat dermique de polynucléaires neutrophiles, sans vascularite
- ✓ Ulcération cutanée



Terrain à risque

✓ Digestif

- ✓ Crohn / Rectocolite
- ✓ Hépatite chronique
- ✓ Polypose intestinale

✓ Rhumato

- ✓ PR et autres rhum. inflammatoire

✓ Hémato

- ✓ Leucémies aiguës ou chroniques
- ✓ Syndrome myélo prolifératif ou myélodysplasique
- ✓ Gammopathie monoclonale
- ✓ Lymphome

✓ Divers

- ✓ Déficit immunitaires
- ✓ Tumeurs solides
- ✓ Maladies auto immunes

Dans 75% des cas de PG ,
il existe une **pathologie associée**

✓ Traumatisme cutané, même minime, à l'origine des lésions inflammatoire

- ✓ Piqure d'insecte
- ✓ Compresse
- ✓ Déterision mécanique
- ✓ Chirurgie

✓ Pathergie → 10 à 40% des PG

PG post traumatique
par **pathergie**

Aspect cliniques

- ✓ Toutes les zones peuvent être atteintes
- ✓ Membres inférieurs → 75 à 80%

- ✓ Plusieurs poussées inflammatoires possibles
- ✓ Lésions d'âge et d'aspects différents

1. Forme **ulcéreuse** « classique »



- ✓ Souvent un début **post traumatique**
- ✓ **Pustule** initiale (parfois non vue)
- ✓ **Ulcération** d'extension centrifuge
- ✓ Limites nettes et plaie peu profonde
- ✓ **Bords réguliers et surélevés**
 - Bourrelet inflammatoire caractéristique
 - Rouge violacé
 - Creusé de « clapiers » purulents
 - Décollement des berges
- ✓ **Douleur** intense et quasi constante

Aspect cliniques

- ✓ **Pustules douloureuses**
 - Sur fond érythémateux
- ✓ **+/- Ulcération douloureuse**
- ✓ Surtout dans un contexte de **pathologie digestive**

2. Forme pustuleuse



Attention aux pustules !!!

Sachez les reconnaître
... et évoquer
systématiquement un PG



Kikuchi N. J Dermatol 2015

Aspect cliniques

- ✓ **Bulles +/- hémorragiques**
 - +/- confluentes
- ✓ **+/- Ulcération douloureuse**
- ✓ **Surtout dans un contexte d'hémopathie**

3. Forme **bulleuse**



Attention aux bulles
(hémorragiques) !!!

Sachez les reconnaître
... et évoquer un PG



Aspect cliniques

- ✓ **Moins fréquentes sur les membres inférieurs**
 - Tronc ++
- ✓ Progression plus lente vers une **ulcération**
- ✓ Aspect parfois « **verruqueux** » & « **végétant** »

4. Forme **superficielle** ou **végétative**



Attention aspect parfois « **déroutant** »



Faire le diagnostic

Éliminer une origine vasculaire
prédominante

Éliminer une origine **médicamenteuse**
ou **tumorale**

Éliminer une étiologie **infectieuse** et une
angiodermite nécrosante



Faut-il faire une biopsie ?

PG → diagnostic d'élimination

**Risque d'aggravation
par pathergie**

**Pour éliminer une
autre pathologie**



Faire le diagnostic

En résumé, j'évoque un PG ...

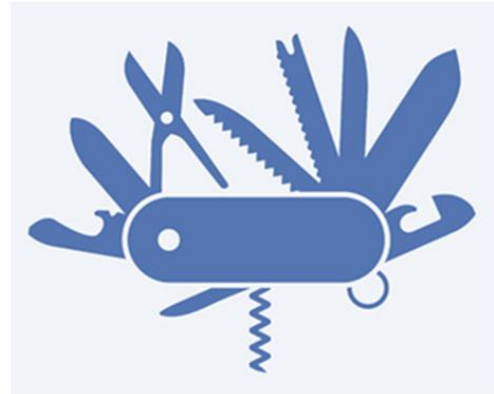


- **Devant des ATCD et un terrain à risque**
- **Dans un contexte traumatique**
 - Trauma parfois minime
 - Post op +++++++
- **Plaie atypique qui s'aggrave**
 - Ulcère avec bordure inflammatoire (clapiers)
 - Ulcères avec bulles hémorragique ou pustules
 - Plaie superficielle « végétante »
- **En l'absence d'autre étiologie prédominante**

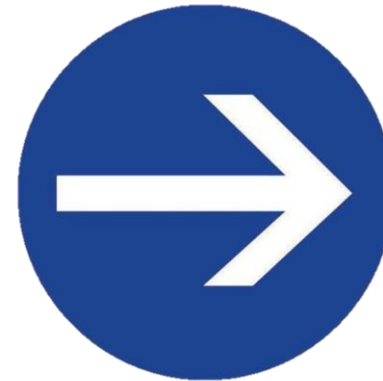
Prise en charge



- Confirmer le Dg
- Rechercher des pathologies associées
- Discuter le ttt



- Détersion mécanique 
- Psmt humides 



- Dermocorticoïdes +++
- Interfaces
- Psmts secs & absorbants



- Corticottt générale
- Immunosuppresseurs

Plaie évoluant depuis 1 an



Dermocorticoïde + Fibre CMC



J 30



Pyoderma gangrenosum

Terrain

- **Traumatisme initial → pathergie**
- **Co-morbidités**
 - Rhumatisme inflammatoire
 - Maladies intestinales chroniques
 - Hémopathies
 - Cancer évolutif
 - Maladies auto immunes)



Diagnostic

Aspect des plaies

- **Pustules** initiales
- Ulcère unique ou multiples
- Extension centrifuge
- Forme superficielle, végétante ou cribiformes
- **Berges décollées avec micro abcès**

Peau Péri Lésionnelle

- Pustules (inconstantes)

Douleur

- Quasi constante

Examens complémentaires

- **Avis spécialisé souhaitable**
 - Affirmer le diagnostic
 - Éliminer d'autres étiologies
 - Rechercher des pathologies associées



Prise en charge

Traitement spécifique ou étiologique

- Corticothérapie générale ou immunosuppresseur
- Traitement des pathologies associées

Traitement local

- **Contre-indications**
 - DéterSION mécanique → aggravation par pathergie
 - Pansement humide
- **Dermocorticoïdes**
- **Pansement non adhérent et absorbant**

Plaie 

- Interface (Urgotul / Mepitel One / Adaptic Touch)
- Pansement super absorbant

Plaie 

- Interface + pansement américain
- Hydrocellulaire siliconé

Nécrobiose lipoïdique

- ✓ **Dermatose inflammatoire**
 - Granulomateuse
 - Non infectieuse

- ✓ **Dégénérescence du collagène dermique**

Terrain

- Diabète ++++++
- Prédominance féminine

✓ Devant quel aspect clinique devez-vous évoquer une NL ?

✓ **Localisation ++++++**

- Face antérieure de jambe
- Uni ou bilatérale

✓ **Plages / papule / nodules rouges bruns**

- Confluence sous forme de plaques
- Evolution jaune orangée / atrophique

✓ **Ulcères**

- Post traumatique
- Évolution chronique
- Risque de récurrence et d'évolution carcinomateuse









✓ En pratique ...



✓ **Évoquer une NL**

- Plaie crête tibiale (autre localisations possibles mais + rares !)
- Chez un diabétique



✓ **Avis dermato**

- Confirmer le Dg
- Rechercher des signes de dégénérescence

✓  **Risque**

- Exposition osseuse
- Exposition tendineuse

✓ **Prise en charge**

-  détersion mécanique
-  corticothérapie locale

Terrain

- **Diabète**
- **Post traumatique**



Diagnostic

Localisation typique → **crête tibiale**

- Uni ou bilatérale

Aspect clinique

- Papules/ Nodules rouges-bruns
- Plaques jaune-orangées
- Évolution atrophique
- Ulcération

Peau Péri Lésionnelle

- **Atrophie /**
- **Plages infiltrées Jaunes orangées**

Risques

- Exposition osseuse
- Exposition du tendon (tibial antérieur)

Examens complémentaires

- **Avis dermatologique souhaitable**
 - Affirmer le diagnostic

Prise en charge

Prise en charge générale

- Lavage à l'eau et au savon
- Vérifier la vaccination antitétanique
- Peau Péri Lésionnelle → crème émolliente

Détersion mécanique



- Risque d'aggravation
- Risque d'exposition osseuse ou tendineuse

Pansements humides



- Détersion mécanique ou chirurgicale
- Élimination du capot nécrotique
- Évacuation de l'hématome

Prise en charge spécifique



Sur avis spécialisé médical

- Corticothérapie locale
- Corticothérapie intra lésionnelle
- Tacrolimus pommade



Plaie

- Alginate ou Urgotul®
- + pansement super absorbant

Plaie

- Alginate ou fibres à HPA*
- + Pansement américain ou Hydrocellulaire

Plaie

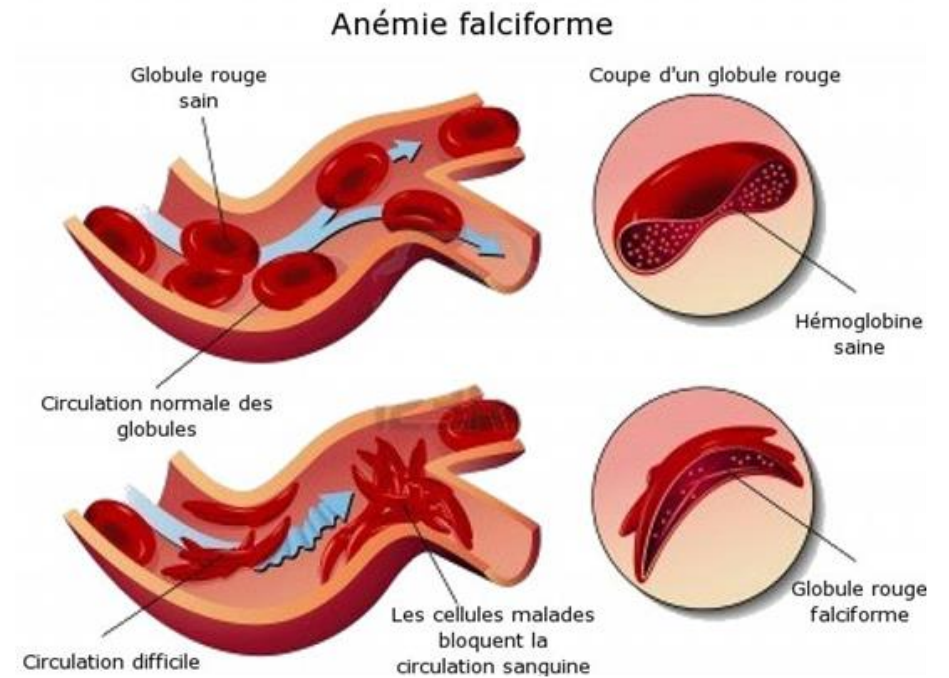
- Interface + Pansement américain
- Ou Hydrocellulaire siliciné

* HPA → Haut Pouvoir d'Absorption

Ulcères d'origine génétique

Drépanocytose

- ✓ **Hémoglobinopathie**
- Transmission autosomique récessive
 - Population Afrique sub saharienne



Conditions d'hypoxie

✓ Quand devez-vous évoquer le diagnostic ?

✓ **Ulcère chez un patient originaire du « grand » bassin méditerranéen**

✓ **Ulcère sur peau pigmentée ++++**

- Face antérieure de jambe
- Uni ou bilatérale

✓ **Ulcères**

- Uni ou bilatéral
- Malléolaire
- Ulcères taille variable
- Retard de cicatrisation
- Douleur







©plaieXpertise.fr

✓ Ulcère chez un patient à peau pigmentée



**Absence
certaine de
Drépanocytose**

**Drépanocytose
connue**

**Statut
drépanocytaire
inconnu**

- Étiologie ???
 - Ulcère drépanocytaire
 - Avis spécialisé
 - Prise en charge ?
 - Calmer la douleur
 - Prudence → détersion mécanique
 - Électrostimulation / greffe
-
- Electrophorèse de l'hémoglobine

Syndrome de klinefelter

✓ **Anomalie congénitale → hypogonadisme**

- 47 XXY
 - Touche 1 homme sur 500
 - Manifestations variables
- **Prévalence des ulcères de jambe → 6 à 13%**

✓ **Ulcères multifactoriels**

- Insuffisance veineuse
- Obésité
- Artériopathie
- Diminution de la fibrinolyse
- Thrombose micro vaisseaux cutanés

✓ Quand évoquer le Sd de Klinefelter devant un ulcère de jambe ?

✓ **Difficile ++++**

- Symptômes variables selon patients
- Parfois asymptomatique

✓ **Homme**

✓ **Morphologie**

- Grande taille & macroskélie
- Obésité gynoïde

✓ **Gynécomastie**

✓ **Hypogonadisme**

✓ **Stérilité**

✓ **Hypopilosité**

✓ **Klinefelter et terrain neuro psy**

- Pas de déficit intellectuel
- Retard des acquisitions
- Tbles émotionnels



En pratique, ulcère veineux atypique ou sur un terrain particulier



- Patient de 62 ans
 - Marié 3 enfants
 - Technicien industrie automobile
- Plaie évolutive depuis 4 ans
 - Récidive → 5 épisodes depuis 30 ans
- Insuffisance veineuse chronique
 - TVP et TVS
 - Chirurgie veineuse
 - Échosclérose
 - Doppler → insuffisance veineuse superficielle majeure
- Autre étiologie ?
 - AOMI → doppler normal
 - Ttt: ∅
 - Pas de signe de carcinome
 - Pas de signe de vascularite ni de pyoderma





- Morphologie
 - Obésité gynoïde
 - Peu de poils
- Sur le plan familial
 - Les enfants sont ceux de son épouse (1^{ère} union)
 - Lui a été en couple avant → infertilité (azzospermie)
- Hypogonadisme
 - ↓ testostérone
 - ↑ FSH et LH



✓ Quelle prise en charge ?

- Compression ++++
- Stimulation des bourgeons
 - TPN
 - Électrostimulation
 - Greffe
- Avis endocrino
 - Androgenottt ?
- Récidive ++++++

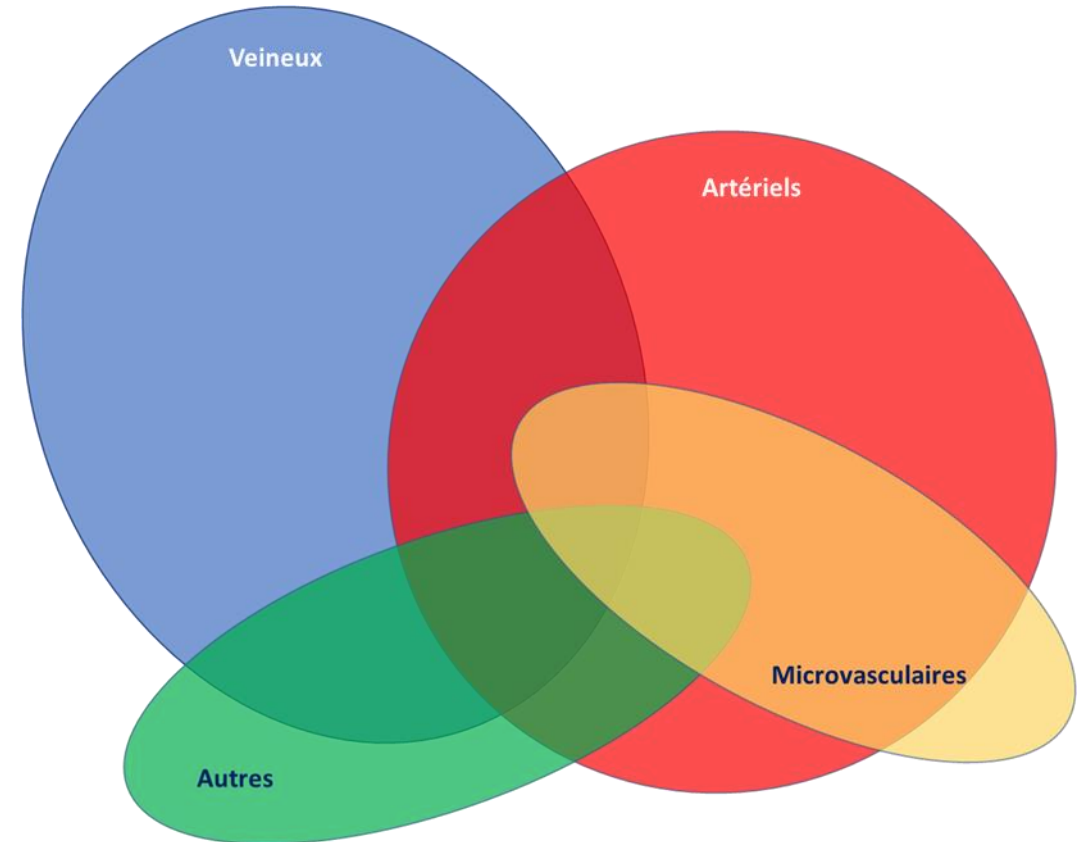


Conclusion



Étiologies des ulcères

- Nombreuses +/- associées
- **Nécessité de rechercher TOUTES les étiologies**
- **Objectif → prise en charge adaptée**
 - Ttt étiologique
 - Contre-indications de certains ttt locaux
 - Indications spécifiques



Check-list « Étiologies d'un ulcère »

Check List - Etiologie

1. Peau pigmentée ?
2. Traumatisme ?
3. Insuffisance veineuse ?
4. Artériopathie ?
5. Médicaments à risque ?
6. Cancer ?
7. PPL violacée ?
8. Lésions dermatologiques associées ?
9. Antécédents spécifiques ?
- 10 Retour des tropiques ?

✓ Série de 10 items

- ✓ Questions à se poser
- ✓ Pour « balayer » toutes les étiologies
- ✓ À partir de situations cliniques précises

✓ Répondre à tous les items ... de 1 à 10 !

- ✓ Exhaustivité

✓ Analyse de chaque réponse

- ✓ Non → je passe à l'item suivant
- ✓ Oui → conduite à tenir adaptée
- ✓ Je ne sais pas → avis spécialisé