Annales de dermatologie et de vénéréologie - FMC 3 (2023) 644—652

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

CONNAISSANCES

Item 228 — Ulcère de jambe

CEDEF[1]

Hiérarchisation des connaissances.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Ulcère de jambe	
A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer un ulcère veineux, artériel, mixte	Identification des ulcères vasculaires
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les principes physiopathologiques des ulcères de jambe artériels, veineux et mixtes	
A	Contenu multimédia	Reconnaître un ulcère veineux typique	
A	Contenu multimédia	Reconnaître un ulcère artériel typique	
B	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer une angiodermite nécrotique	
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les bases physiopathologiques de l'angiodermite nécrotique	Artériolosclérose, HTA, diabète de type 2
B	Contenu multimédia	Reconnaître une angiodermite nécrotique	
B	Diagnostic positif	Connaître les causes non vasculaires d'ulcères de jambe	Identifier les causes rares : neurotrophique, infectieuse, pyoderma gangrenosum, hémopathies, cancers cutanés, vascularite cutanée, médicamenteuse, pathomimie
A	Prise en charge	Connaître la compression et ses modalités	Connaître les différents types de contention
A	Examens complémentaires	Intérêt de l'imagerie : échographie Doppler artérioveineuse en première intention	

DOI de l'article original : https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.001.
Adresse e-mail de l'auteur correspondant : mariealeth.richard@ap-hm.fr
[1] La liste des auteurs et collaborateurs, publiée dans ce numéro, est disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.001.

https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.019
2667-0623/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

B	Examens complémentaires	Savoir interpréter les pressions distales	Pour évaluer l'ischémie en cas d'ulcère artériel ou mixte
A	Diagnostic positif	Connaître les trois phases de cicatrisation d'un ulcère	Détersion, bourgeonnement, épidermisation
A	Prise en charge	Connaître les soins locaux, la gestion des exsudats, la détersion	Bourgeonnement et épithélialisation par moyens médicaux (connaître les différents types de pansements), greffes cutanées, traitement antalgique
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications des ulcères : allergies cutanées (eczéma de contact), infection et transformation maligne	

Textes officiels

C Des recommandations sur la prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse (hors pansement) ont été publiées en juin 2006 (HAS) ; des recommandations sur les pansements, indications et utilité, ont été publiées en avril 2011 (HAS).

- A **Ulcère de jambe : plaie de la jambe ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois.**
- Complication d'une maladie vasculaire sous-jacente qui conditionne pronostic et traitement.
- Fréquent, invalidant et à l'origine de nombreuses hospitalisations.
- La prévalence (ulcères veineux et artériels) augmente avec l'âge : 1% de 60 à 70 ans, 2—5 % au-delà de 80 ans.
- Prédominance féminine de l'ulcère veineux (sex-ratio : 1/1,6).

Physiopathologie

Ulcère veineux

B L'ulcère de jambe veineux pur est dû à une hypertension veineuse qui peut être secondaire à :
- un reflux dans les veines superficielles, perforantes (incompétence valvulaire superficielle et varices dans la maladie veineuse essentielle) ;
- un reflux et/ou une obstruction dans les veines profondes (post-thrombotique) ;
- et/ou une déficience de la pompe musculaire du mollet.

L'hypertension veineuse conduit à une souffrance microcirculatoire et tissulaire responsable de troubles trophiques. Un petit traumatisme peut être à l'origine de l'ulcère.

L'ulcère mixte à prédominance veineuse est défini comme un ulcère de mécanisme préférentiellement veineux, mais s'accompagnant d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) modérée qui n'explique pas à elle seule la présence de l'ulcère.

La physiopathologie de la microangiopathie veineuse est encore mal élucidée :
- capillaires cutanés dilatés et raréfiés ;
- destruction capillaire secondaire à une adhérence et à une activation des leucocytes dans la microcirculation avec production de radicaux libres et d'enzymes toxiques pour le capillaire et pour le tissu interstitiel ;
- piégeage des facteurs de croissance réduisant les capacités de cicatrisation de la peau ;
- dilatation capillaire avec fuite capillaire et œdème ; microangiopathie lymphatique par surcharge secondaire à la fuite capillaire.

Ulcère artériel

Les lésions cutanées sont directement en rapport avec l'ischémie par défaut de perfusion artérielle du membre et baisse de l'oxygénation tissulaire locale.

Diagnostic

Ulcère

A L'examen clinique détermine les informations suivantes :
- nombre d'ulcères, taille, siège, caractère uni- ou bilatéral (ulcère périmalléolaire interne : Fig. 1) ;
- le fond : propre ou surinfecté, purulent, bourgeonnant, en voie de cicatrisation ou recouvert d'un enduit jaunâtre adhérent (fibrine), voire d'une zone nécrotique noirâtre ;
- les bords : souples au même niveau que l'ulcère (bon pronostic) ou, au contraire, durs et faisant saillie au-dessus de l'ulcère (retardant la cicatrisation).

Peau péri-ulcéreuse

Rarement normale, elle reflète les complications cutanées de la maladie vasculaire sous-jacente.

Artériopathie

Peau luisante, dépilée. Rechercher :
- baisse de la température cutanée ;
- pâleur à la surélévation du pied, cyanose de déclivité ;
- allongement du temps de recoloration pulpaire.

Figure 1. A Ulcère veineux sus-malléolaire interne, à fond fibrineux, associé à une dermite ocre.

Figure 2. A Ulcère veineux avec dermite de stase périulcéreuse et volumineuses varices.

Insuffisance veineuse

- **Lésions dermo-épidermiques :** plaques érythémato-squameuses, prurigineuses, débutant souvent dans la région malléolaire interne et pouvant s'étendre au reste de la jambe — « eczéma variqueux » (Fig. 2) ;
- Lésions de capillarite :
  - **dermite ocre :** larges macules malléolaires internes ou face antérieure des tibias ; rouge violacé en phase initiale, devenant brunes en raison des dépôts d'hémosidérine ;
  - **atrophie blanche :** plaques de petite taille, irrégulières, atrophiques et de couleur ivoire parfois parcourues de fines télangiectasies. Souvent douloureuses et tendance à l'ulcération +++ ;
  - **capillarites hypertrophiques :** chevelus capillaires malléolaires ou du dos du pied.
- Lésions d'hypodermite :
  - **hypodermite aiguë ou subaiguë :** grosse jambe rouge et douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile ;
  - **lipodermatosclérose** (hypodermite scléreuse) après plusieurs épisodes d'hypodermite aiguë ou d'emblée, insidieusement. Le mollet est dur avec peau scléreuse, souvent pigmentée réalisant une véritable guêtre rétractile.

Examen vasculaire

Un ulcère de jambe justifie :
- un examen clinique vasculaire complet ;
- une échographie Doppler veineuse et/ou artérielle (Tableau 1) avec mesure de l'IPS B (pression tibiale antérieure ou postérieure/pression humérale ; valeur normale : 1 à 1,3).

Interrogatoire

A Il recherche :
- des signes d'insuffisance veineuse essentielle ou post-thrombotique :
  - lourdeur de jambes,
  - phlébalgies,
  - œdème vespéral,
  - crampes au repos ;
- des antécédents personnels ou familiaux de varices traitées ou non, de thromboses veineuses profondes, superficielles ou d'embolie pulmonaire, des antécédents de traumatismes ou de chirurgie des membres inférieurs ;
- des facteurs de risque vasculaires : diabète, HTA, tabagisme, antécédents d'AVC ou d'ischémie myocardique ;
- des antécédents obstétricaux et les autres antécédents médicaux et chirurgicaux ;

Tableau 1 A B Comparatif de l'ulcère veineux et de l'ulcère artériel.

Ulcère veineux	Ulcère artériel
Femme de plus de 50 ans (1,5 fois plus fréquent que chez l'homme)	Homme de plus de 50 ans
Surpoids	Tabac, HTA, diabète, obésité, dyslipidémie
Ulcère unique, de grande taille, moyennement douloureux, de siège périmalléolaire jusqu'au 1/3 inférieur du mollet	Ulcère unique ou multiple, à l'emporte-pièce ou de grande taille, creusant, pouvant mettre à nu les structures sous-jacentes, de topographie suspendue ou distale (orteils)
Complications trophiques caractéristiques de la peau péri-ulcéreuse	Peau péri-ulcéreuse lisse, froide, dépilée
Présence de varices, l'examen artériel est normal	Abolition d'un ou plusieurs pouls périphériques
Œdème, plus marqué en cas de syndrome post-phlébitique	La douleur est habituellement intense
L'échographie Doppler des veines des membres inférieurs est nécessaire pour : — confirmer le diagnostic d'ulcère veineux — préciser le mécanisme (reflux/obstruction) — orienter le traitement en mettant en évidence : • un syndrome de reflux superficiel (en précisant les niveaux de fuite et la topographie des perforantes) • un syndrome de reflux profond qui est quasi synonyme de syndrome post-thrombotique • un syndrome obstructif profond qui est le témoin d'un processus thrombotique ancien et mal reperméabilisé ou récent	L'échographie Doppler artérielle confirme l'artériopathie et montre le niveau, le type des lésions et le retentissement d'aval Il recherche également un anévrisme de l'aorte abdominale, source d'emboles vasculaires
L'échographie Doppler veineuse doit être systématiquement complétée par une mesure des IPS à la recherche d'une AOMI associée : — IPS entre 0,9 et 1,3 : ulcère veineux pur (absence d'AOMI)	L'échographie Doppler veineuse doit être systématiquement complétée par une mesure des IPS à la recherche d'une AOMI associée : — IPS entre 0,7 et 0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse — IPS > 1,3 : artères calcifiées incompressibles L'angiographie précise le siège de l'oblitération, sa longueur, dépiste des plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser ; elle est indispensable à la décision opératoire La mesure de la PO_2 transcutanée est un bon reflet de l'oxygénation de la peau ; sa mesure est prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle intervention chirurgicale (revascularisation, amputation) En cas d'ischémie critique : pression artérielle systolique < 50 mmHg à la cheville ou < 30 mmHg au gros orteil, l'hospitalisation en milieu spécialisé est recommandée

- des signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus.

Examen clinique

- Il comprend :
  - palpation des pouls périphériques ;
  - auscultation des artères des membres et du cou.
- Il recherche :
  - en position orthostatique, des varices des membres inférieurs et leur localisation (inspection, palpation) ;
  - des télangiectasies, des veines réticulaires et une couronne phlébectasique de la cheville et du pied ;
  - la présence de cicatrices d'anciens ulcères ;
  - des signes de dénutrition.

Évaluation du degré de handicap locomoteur

Les malades ayant une déambulation réduite ont moins de chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle, on recherche :

- une ankylose de la cheville elle-même souvent secondaire à l'ulcère ;
- une coxarthrose ;
- une gonarthrose ;
- des déformations orthopédiques des pieds (hallux valgus, affaissements plantaires...).

Figure 3. A Ulcère artériel.

Figure 4. B Angiodermite nécrotique.

Étiologie

Causes vasculaires

L'insuffisance veineuse, l'insuffisance artérielle, les ulcères mixtes (veineux et artériels), l'angiodermite nécrotique sont les causes les plus fréquentes des ulcères de jambe.

Ulcère artériel et ulcère veineux

Voir Tableau 1 et Fig. 3.

Ulcère mixte artériel et veineux

Quand les deux causes sont mises en évidence simultanément, on parle d'ulcère mixte artériel et veineux.

L'échographie Doppler veineuse avec IPS doit être complétée par une échographie Doppler artérielle en cas de :
- abolition des pouls périphériques ;
- symptômes ou autres signes cliniques d'AOMI ;
- IPS < 0,9 ou > 1,3 (artères incompressibles, souvent en cas de diabète).

Dans le cas d'IPS entre 0,7 et 0,9, l'ulcère est mixte à prédominance veineuse (AOMI n'expliquant pas l'ulcère).

Angiodermite nécrotique

- B Entité anatomoclinique définie par un infarctus cutané secondaire à une **occlusion artériolaire** (artériolosclérose des vaisseaux du derme).
- Terrain :
  - la femme après 60 ans ;
  - HTA ;
  - diabète.
- Les caractères évocateurs de l'ulcère sont :
  - début brutal par une plaque **purpurique ou livedoïde** extensive ;
  - évolution rapide vers une nécrose noirâtre ;
  - puis une ou plusieurs ulcérations superficielles à bords irréguliers en « carte de géographie » (Fig. 4) ;
  - une localisation suspendue à la face antéro-externe de la jambe ;
  - des **douleurs** très importantes, insomniantes.
- Les examens complémentaires montrent :
  - normalité des grands axes vasculaires artériels et veineux ;
  - cryoglobulinémie négative, FAN et ANCA négatifs.

Ulcères des vasculites ou des autres atteintes vasculaires cutanéo-systémiques

A Les ulcères des vasculites ou des autres atteintes vasculaires cutanéo-systémiques sont rares :
- B polyarthrite rhumatoïde, péri-artérite noueuse, granulomatose avec poly-angéite, lupus érythémateux surtout en cas d'association à un anticoagulant circulant ou à un syndrome des anti-phospholipides ;
- embolies de cristaux de cholestérol, cryoglobulinémies.

Ulcères de causes non vasculaires

Il faut se poser la question d'une autre étiologie de l'ulcère devant :
- des examens artériel et veineux normaux n'expliquant pas la symptomatologie ulcéreuse ;
- et/ou une évolution ulcérante rapide ;
- et/ou l'absence d'évolution favorable vers la cicatrisation après 2 à 3 mois de traitement bien conduit ;
- et/ou une anomalie du fond (bourgeonnement hypertrophique...), du bord, de la périphérie ;
- et/ou un siège atypique.

On doit discuter :
- **un pyoderma gangrenosum** (cause inflammatoire) : la lésion élémentaire est une pustule qui rapidement laisse place à une ulcération douloureuse à extension rapide, constituée de clapiers purulents au centre entourés d'un bourrelet périphérique violacé caractéristique ; association à une hémopathie (syndrome myéloprolifératif, myélodysplasie) ou à une maladie inflammatoire du tube digestif (1/3 à 2/3 des cas) ;
- **une infection** (mycobactérioses dont tuberculose, mycoses profondes, parasitoses) ;
- **un carcinome** (transformation de l'ulcère en carcinome épidermoïde, à différencier d'une tumeur ulcérée : voir ci-après IV. Diagnostic différentiel) ; diagnostic par biopsie ;

- **une cause hématologique** (syndromes myéloprolifératifs ou dysglobulinémies) avec ulcération souvent superficielle et nécrotique, drépanocytose avec ulcères survenant chez un sujet jeune ;
- **un ulcère iatrogène** (par exemple, traitement par l'hydroxyurée) qui cicatrise lentement à l'arrêt du médicament ;
- **une pathomimie** : diagnostic d'élimination devant des ulcères d'aspect inhabituel rebelles au traitement nécessitant un avis psychiatrique.

Diagnostic différentiel

Mal perforant plantaire

Le mal perforant plantaire est une ulcération d'origine neurologique particulière localisée à la plante :
- plus fréquent chez l'homme ;
- localisé sur les points d'appui (talon, tête des métatarsiens) ;
- indolore, ce qui explique son aggravation ;
- débutant par une hyperkératose qui s'ulcère.

Les causes principales sont :
- le diabète ;
- les neuropathies sensitives familiales (acropathies ulcéromutilantes, maladie de Thévenard) ou acquises (intoxication éthylique, lèpre dans certains pays tropicaux...) ;
- les anomalies médullaires traumatiques ou non (spina bifida).

Ulcérations tumorales

Ce sont principalement les carcinomes épidermoïdes, les carcinomes basocellulaires, les lymphomes ou plus rarement des mélanomes ulcérés.

Artériolopathie calcifiante (calciphylaxie)

C Les nécroses cutanées des calciphylaxies sont localisées aux cuisses ou à l'abdomen. Elles sont en lien avec des calcifications de la média des artérioles et compliquent des anomalies phosphocalciques dans le cadre d'une insuffisance rénale chronique.

Évolution

Pronostic

- A **Pour l'ulcère variqueux :**
  - cicatrisation en 3 à 6 mois sous couvert d'un traitement étiologique et local bien conduit ;
  - mais récidive et passage à la chronicité non rares.
- **L'ulcère post-thrombotique** est plus rebelle en raison :
  - des troubles péri-ulcéreux associés souvent importants ;
  - des perturbations hémodynamiques ;
  - de la difficulté d'un traitement étiologique.
- **L'ulcère artériel :**
  - peut cicatriser si un traitement étiologique est possible (pontage, dilatation artérielle...) ;
  - dans les tableaux évolués ou après des phénomènes ischémiques aigus sans possibilité de revascularisation, la décision d'amputation du membre est parfois nécessaire devant l'importance de la douleur, le risque septique (gangrène gazeuse) et les risques de décompensation viscérale (insuffisance rénale sur rhabdomyolyse, hyperkaliémie...).

Complications

Dermatites de contact (voir chapitre 13 — item 187)

Elles sont fréquentes en raison du grand nombre de produits topiques utilisés dans cette situation où la barrière cutanée est altérée. L'érythème microvésiculeux prurigineux est limité au début à la zone d'application du produit, mais peut diffuser à distance par la suite.

Les principaux allergènes (intérêt des tests épicutanés) sont :
- le baume du Pérou ;
- certains antiseptiques ;
- les fragrances ;
- la lanoline ;
- les conservateurs ;
- certains pansements.

Le diagnostic différentiel d'avec une dermatite de stase est parfois difficile en raison de l'intrication fréquente des deux mécanismes.

Surinfection microbienne

La présence de germes sur un ulcère est un phénomène non pathologique (colonisation) et ne justifie pas de prélèvements bactériologiques, ni de traitements antiseptiques ou antibiotiques systématiques.

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 ;
- inflammation des bords (symptôme et signe non spécifiques) ;
- lymphangite ;
- fièvre.

Il peut s'agir d'une dermohypodermite bactérienne (voir chapitre 8 — item 155 et chapitre 23 — item 350), très rarement d'une fasciite nécrosante, d'une gangrène gazeuse (anaérobies) au cours des ulcères artériels.

Le tétanos doit être prévenu systématiquement par vaccination chez les malades non immunisés (+++).

Lésions ostéo-articulaires

Les modifications ostéo-articulaires sont très fréquentes : périostite puis ostéopériostite aboutissant à l'ankylose de la cheville.

Les positions antalgiques souvent à l'origine d'attitudes vicieuses sont parfois très difficiles à corriger.

Hémorragie

Elle survient souvent dans le cadre d'ulcères veineux par saignement d'une varice (traitement par compression et surélévation du membre).

Carcinome épidermoïde

La survenue d'un carcinome épidermoïde est rare et tardive.

Il faut y penser devant un(e) :

- chronicité de l'ulcère ;
- apparition de douleurs ;
- hémorragie locale ;
- bourgeonnement excessif de la plaie initiale ++.

La biopsie doit parfois être répétée pour faire le diagnostic.

Principes du traitement

Traitement étiologique

Le traitement étiologique est indispensable lors de toute prise en charge d'un ulcère.

Il peut permettre une amélioration significative des performances hémodynamiques et la limitation du risque de récidive.

Ulcères veineux

Compression

La compression est systématique, pour lutter contre l'œdème et diminuer le reflux par un effet mécanique.

Une compression à haut niveau de pression est recommandée (30 à 40 mmHg à la cheville) si IPS entre 0,8 et 1,3. Il faut :

- favoriser les compressions multicouches ;
- obtenir une bonne observance ;
- porter la compression toute la journée.

Chirurgie

Il est nécessaire d'opérer par éveinage les insuffisances veineuses superficielles en l'absence d'obstruction et de reflux veineux profond axial.

La sclérothérapie n'a pas fait l'objet d'études comparatives d'efficacité dans le traitement de l'ulcère veineux. Elle est principalement utilisée en complément de la chirurgie.

Il faut envisager les recours aux greffes en pastilles ou en filet si l'ulcère résiste aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou si l'ulcère est de grande taille > 10 cm^2.

Physiothérapie

C La rééducation de la marche et la mobilisation de l'articulation tibiotarsienne sont un complément thérapeutique nécessaire pour la vidange de la pompe veineuse du mollet et de la semelle veineuse plantaire.

Veinotoniques

Ils peuvent agir sur les symptômes, mais sont sans intérêt pour la correction des anomalies hémodynamiques ou pour favoriser la cicatrisation de l'ulcère.

Crénothérapie lors des cures thermales

Il s'agit d'un traitement d'appoint.

Ulcère mixte à prédominance veineuse

A Il faut :

- prendre en charge l'AOMI ;
- adapter la compression en diminuant la pression sous 30 mmHg, si elle est autorisée (IPS > 0,7), et en utilisant des bandes à étirement court, sous surveillance médicale.

Ulcère artériel

Traitement médical

Le traitement médical comprend les vasodilatateurs et les analogues de la prostacycline ; la prostacycline est indiquée en cas d'ischémie grave avec non-indication ou contre-indication chirurgicale.

Traitement chirurgical

Il s'agit des techniques de désobstruction, de pontage, de sympathectomie.

Les indications chirurgicales se posent en fonction des résultats des examens (échographie Doppler artérielle et angiographie artérielle).

Angiodermite nécrotique

C Il faut traiter la douleur souvent intense et les facteurs de risque associés. Les greffes cutanées précoces aident à la cicatrisation et ont une action antalgique.

Traitement général

- A Mettre à jour la vaccination antitétanique.
- Traiter la douleur en fonction de la cause (traiter les complications locales, prescrire un topique anesthésique...), prescrire si besoin des antalgiques, en particulier avant les soins.
- Favoriser une bonne hygiène de vie et traiter les facteurs de risque et/ou de comorbidité : arrêt du tabac, équilibre d'un diabète, lutte contre l'hyperlipidémie, traitement de l'HTA, perte de poids, antiagrégants si besoin, activité physique adaptée (kinésithérapie si nécessaire, en particulier en cas d'ankylose des chevilles) en évitant les microtraumatismes.
- Prise en compte du contexte social et gériatrique.
- Évaluation du statut nutritionnel, en particulier en cas de retard de cicatrisation.

Traitement local de l'ulcère et de la peau péri-ulcéreuse

Pour réussir, les soins locaux doivent être réalisés avec une bonne coopération entre le médecin et le personnel infirmier.

Phase de détersion

- Nettoyage de l'ulcère à la douchette (eau stérile inutile) ; pas d'antiseptiques en l'absence d'infection déclarée (++).

Figure 5. A Greffe en pastilles sur ulcère bien détergé et bourgeonnant.

- Enlever les débris cellulaires et croûteux à la surface de l'ulcère au bistouri, à la curette ou aux ciseaux. Éventuellement après topique anesthésique ou MEOPA, gaz à visée antalgique ; en cas de douleurs trop importantes : anesthésie locorégionale.
- Topiques à ce stade : alginates et hydrogels pour favoriser la détersion de la fibrine ou de la nécrose, laissés en place 48 à 72 heures selon le suintement et en l'absence d'infection patente.

Phase de bourgeonnement

Elle fait appel à l'utilisation de trois types de produits :
- tulles vaselinés (à choisir dépourvus de produits sensibilisants comme le baume du Pérou ++) ;
- hydrocolloïdes, hydrocellulaires, interfaces : peuvent être laissés plusieurs jours. But : favoriser le bourgeonnement en maintenant humidité, pH et oxygénation optimaux ;
- alginates de calcium (aussi hémostatiques) et hydrofibres en cas de plaie très exsudative.

Phase de ré-épithélialisation

Mêmes types de produits que précédemment, en particulier hydrocolloïdes et interfaces.

Greffes en pastilles (Fig. 5) ou en résille : effet antalgique et raccourcissement de la durée de cicatrisation. Greffes indiquées pour les ulcères de grande taille (> 10 cm^2) et les ulcères rebelles ne cicatrisant pas au bout de 6 mois.

En cas d'ulcères à caractère inflammatoire

Pansements à l'argent, si les caractères suivants sont présents et évoquent une forte colonisation bactérienne :
- érythème périlésionnel ;
- plaie malodorante ;
- exsudat abondant.

Traitement de la peau péri-ulcéreuse

- Port d'une compression veineuse systématique.
- Suppression de l'allergène et application de dermocorticoïdes si eczéma de contact.
- Désinfection et antibiothérapie générale si dermohypodermite bactérienne.
- Les lésions de dermatite ocre ne régressent pas sous traitement. La contention peut éviter leur aggravation.

Prévention de la récidive et prévention de l'ulcère

Prévention de la récidive

- C Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle.
- Dans tous les cas, port d'une contention de classe 3 idéalement, sinon de classe 2.

Prévention de l'ulcère

- La prévention de l'ulcère est celle de la maladie post-thrombotique : traitement correct des thromboses, prévention dans les situations à risque.
- Traitement des varices à un stade non compliqué.

Points clés
- A La plupart des ulcères de jambe sont de cause vasculaire par insuffisance veineuse chronique ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs.
- Les ulcères infectieux, neurotrophiques, dysimmunitaires et néoplasiques sont plus rares.
- Les ulcères les plus chroniques sont les ulcères post-thrombotiques.
- La douleur en particulier de décubitus et l'extension nécrotique sont les signes d'orientation vers une cause artérielle ou artériolaire (angiodermite nécrotique).
- Les modifications de la peau péri-ulcéreuse sont plus fréquentes dans les ulcères de cause veineuse.
- La sensibilisation allergique aux topiques utilisés et les surinfections sont les principales complications des ulcères veineux.
- Dans l'ulcère veineux : échographie Doppler veineuse et mesure des index de pression systolique (IPS) à compléter par échographie Doppler artérielle dans trois cas (voir texte).

- Dans l'ulcère artériel : échographie Doppler artérielle et mesure des IPS, angiographie en cas d'option chirurgicale.
- Le traitement chirurgical doit être envisagé en priorité dans les ulcères par insuffisance veineuse chronique non post-thrombotique et dans les ulcères de cause artérielle.
- Traiter par compression à haut niveau de pression les ulcères veineux en l'absence d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).
- Les moyens du traitement local doivent être adaptés aux trois phases évolutives successives de l'ulcère : détersion, bourgeonnement, épithélialisation.
- Une bonne hygiène de vie et la rééducation de la marche sont des compléments indispensables des traitements spécifiques.
- Pour l'exécution des soins locaux, la coopération entre le médecin et le personnel soignant est essentielle.
- Les récidives sont fréquentes et doivent être prévenues.

Pour en savoir plus

HAS. Fiche de bon usage. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. Décembre 2010.

HAS. Les pansements. Indications et utilisations recommandées. Avril 2011.

HAS. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse, hors pansement. Juin 2006.