

Le dossier – Plaies chroniques en pratique

Bilan étiologique devant un ulcère de jambe

RÉSUMÉ : Les ulcères de jambes (UDJ) sont un motif fréquent de consultation en dermatologie. L'examen clinique manque de sensibilité et de spécificité pour faire le diagnostic d'ulcère veineux. Tout UDJ doit donc avoir un écho-Doppler veineux des membres inférieurs, l'insuffisance veineuse restant la première cause d'UDJ.

La prise d'index de pression systolique est systématique : s'ils sont anormaux, alors un écho-Doppler artériel doit être prescrit. La biopsie cutanée est à effectuer en cas d'atypies cliniques ou de façon systématique en cas de non-cicatrisation après 6 mois/1 an. Le prélèvement bactériologique systématique n'a aucun intérêt, pas plus que l'imagerie. Le reste des examens complémentaires doit se discuter au cas par cas.



J.-B. MONFORT

Service de Dermatologie,
Médecine vasculaire et Allergologie,
Hôpital Tenon, PARIS.

Devant un ulcère de jambe (UDJ), il est nécessaire lors de la première consultation de connaître l'origine de cette plaie. La prise en charge thérapeutique en découlera par la suite et peut être différente selon l'étiologie.

L'ulcère de jambe est par définition une plaie chronique, évoluant depuis au moins 4 semaines, située entre le genou et la cheville. Les troubles trophiques des orteils, le pied diabétique et les ulcérations aiguës sont donc exclus.

La prévalence des UDJ est inférieure à 1 % dans la population générale, mais elle atteint 2-4 % de la population âgée de plus de 65 ans [1].

Les principales causes d'UDJ sont vasculaires : veineuse (48-52 %), artérielle (11-15 %), mixte (à la fois artérielle et veineuse (13-25 %)). Les autres causes sont plus rares (10-24 %) : tumeurs, hémopathies, vascularites, thrombophilies, génétiques, médicamenteuses... [2]

La **figure 1** résume la conduite à tenir devant un ulcère de jambe.

Rechercher des signes d'insuffisance veineuse, 1^{re} cause d'UDJ

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est la première cause d'UDJ. Les manifestations cliniques sont diverses [3] :

- œdème rétro-malléolaire s'aggravant en fin de journée ;
- télangiectasies, varices, varicosités ;
- eczéma périlésionnel ;
- dermite ocre ;
- lipodermatosclérose ;
- atrophie blanche ;
- limitation de l'amplitude de l'articulation de la cheville (ankylose) dans les cas évolués.

L'IVC peut être expliquée par trois mécanismes :

- une maladie post-thrombotique : une thrombose veineuse (superficielle ou profonde) a détruit partiellement les valvules permettant le retour veineux. Il est tout à fait possible de découvrir fortuitement des séquelles sur un écho-Doppler veineux alors que le patient n'a pas souvenir d'une douleur au mollet ni d'antécédent de thrombose ;

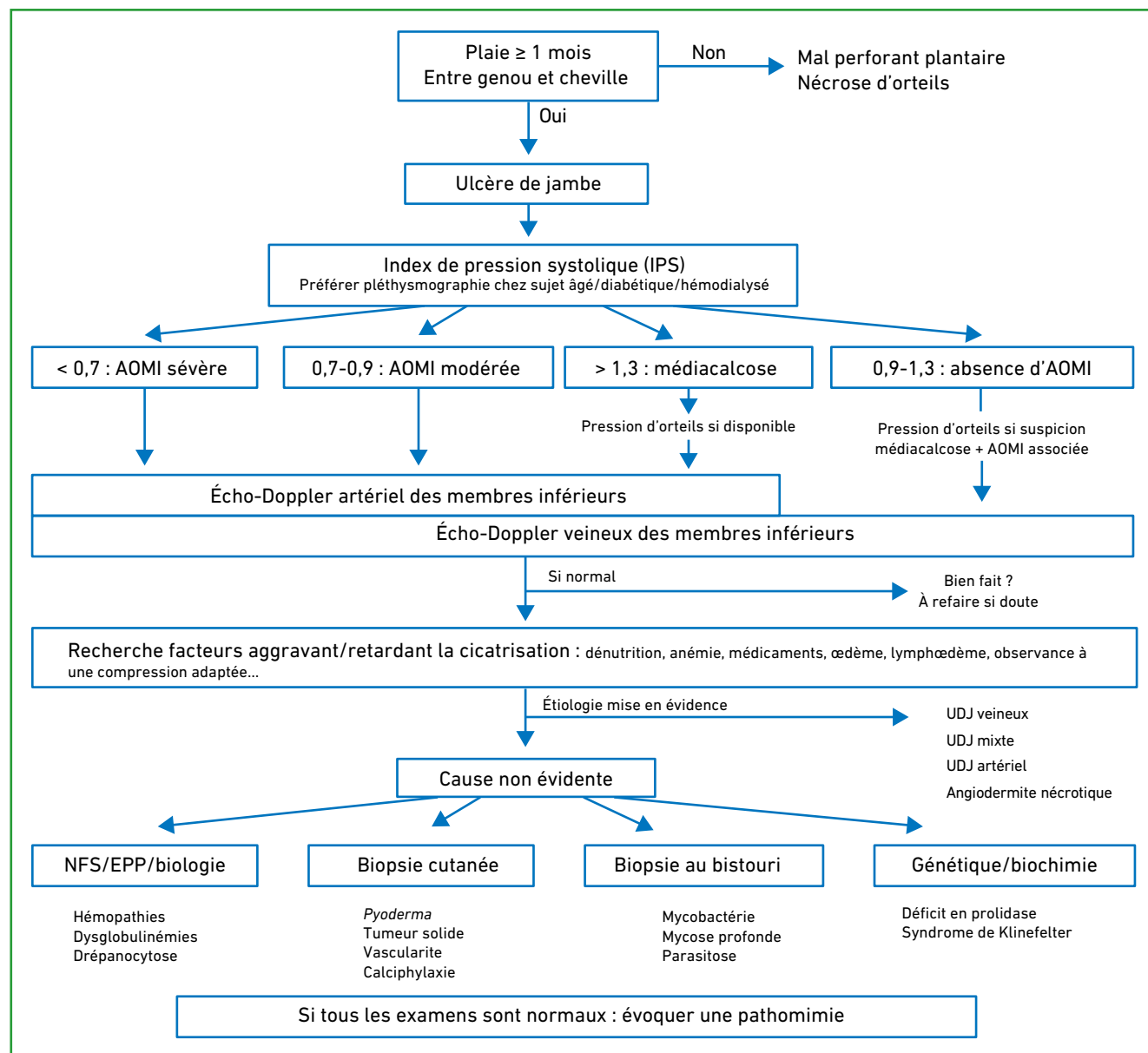


Fig. 1 : Bilan étiologique devant un ulcère de jambe.

– la maladie variqueuse : à forte composante génétique, l'interrogatoire retrouve fréquemment une notion de varices chez les parents, l'examen clinique met immédiatement en évidence des varices en position debout;

– une insuffisance veineuse fonctionnelle : les veines ont une structure normale au Doppler mais le retour veineux est perturbé par différents facteurs : la station assise (jambes pendantes) chez les

sujets âgés, une amyotrophie du membre inférieur (séquelles de poliomyélite, hémiplégie, neuropathie...), une insuffisance cardiaque droite.

Ainsi, il est recommandé de pratiquer systématiquement un écho-Doppler veineux des membres inférieurs devant tout ulcère de jambe, même si la clinique n'est pas forcément évocatrice (40 % des patients avec insuffisance veineuse

chronique objectivée au Doppler n'ont aucun signe clinique) [4]. Il recherche une incontinence veineuse superficielle et/ou profonde, un syndrome obstructif.

Il faut bien remplir la demande ! En effet, il est fréquent d'avoir un résultat dit "normal" mais, en y regardant de plus près, le Doppleriste n'a recherché qu'une thrombose et non pas une insuffisance veineuse...

Le dossier – Plaies chroniques en pratique

Rechercher une participation artérielle

Elle doit systématiquement être recherchée, même s'il existe une insuffisance veineuse évidente [5]. La palpation des poulx (pédieux, tibial postérieur, poplité et fémoral) recherche une disparition des poulx. La peau est sèche, dépilée, froide dans les artériopathies sévères.

Ces signes manquent cependant de sensibilité et de spécificité. La palpation des poulx est parfois difficile (sclérose secondaire à l'insuffisance veineuse, œdème des membres inférieurs en cas d'insuffisance cardiaque...). Pour cette raison, la prise des index de pression systolique (IPS) est recommandée devant tout ulcère de jambe, quelle que soit la présentation clinique. Il s'agit d'un examen simple, rapide et fiable. Il recherche une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) en mettant en évidence une diminution du flux sanguin au niveau des membres inférieurs.

Il se calcule en divisant la tension artérielle systolique humérale par la pression artérielle systolique au niveau de la cheville (une prise au niveau de l'artère pédieuse et une au niveau de l'artère tibiale postérieure, le chiffre le plus bas des deux étant retenu). On utilise un Doppler portable pour prendre ce dernier chiffre. Chez le sujet sain, la TA systolique au niveau de la cheville doit être environ égale à la TA humérale. En cas d'AOMI, la TA de la cheville diminue, et donc l'IPS aussi.

Interprétation de l'IPS

L'index de pression systolique s'interprète comme suit :

– $IPS > 1,3$: médiacalcose correspondant à une calcification de la paroi artérielle, fréquente chez les sujets âgés, l'insuffisant rénal dialysé et le diabétique. Ce chiffre est alors ininterprétable. On peut compléter l'examen avec une pression d'orteils mais du matériel spécifique est

nécessaire. Dans ces cas-là, il existe très souvent une AOMI ;

– $0,9 < IPS < 1,3$: absence d'AOMI. Attention, il ne faut pas conclure hâtivement : cela ne confirme pas forcément l'origine veineuse de l'UDJ mais élimine une participation artérielle ;

– $0,7 < IPS < 0,9$: présence d'une AOMI mais celle-ci ne peut expliquer à elle seule un UDJ. Il y a donc une insuffisance veineuse associée probable. On est alors devant un ulcère d'origine mixte ;

– $IPS < 0,7$: AOMI sévère, confirmant l'origine artérielle largement prédominante de l'UDJ. Encore une fois, cela n'exclut pas une insuffisance veineuse associée...

On comprend alors qu'il n'est pas nécessaire de prescrire systématiquement un écho-Doppler artériel des membres inférieurs devant tout UDJ. Il sera prescrit uniquement en cas de suspicion d'AOMI : $IPS < 0,9$ et/ou absence de poulx, ainsi qu'en cas de médiacalcose (IPS ininterprétable).

En effet, la prescription systématique d'un écho-Doppler artériel peut s'avérer "dangereuse". La prévalence de l'AOMI après 70 ans est supérieure à 50 %, il existera très probablement des lésions d'AOMI visibles au Doppler. Nous avons régulièrement de sombres histoires de patients adressés à des chirurgiens vasculaires pour quelques lésions artérielles vues au Doppler, qui sont opérés et ont des complications parfois désastreuses alors que l'ulcère était purement veineux. **Ce n'est pas le Doppler qui fait le diagnostic de l'AOMI mais bien l'IPS.** Il n'y a pas toujours de corrélation entre la gravité des lésions objectivées sur le Doppler et le retentissement sur les IPS.

Pour les dermatologues qui n'ont pas de Doppler de poche pour prendre les IPS, rien de plus simple : il suffit de le demander au Doppleriste, c'est un acte qui a une cotation et est remboursé par la Sécurité sociale.

Attention au piège classique ! Un IPS normal n'exclut pas toujours une

AOMI. C'est typiquement le cas lors de la médiacalcose (patient hémodialysé, diabétique...). Les artères étant rigides, l'IPS est $> 1,3$. Sauf si une AOMI est associée : l'IPS sera plus bas et peut donc être faussement normal. Chez ces patients, il est alors souhaitable de faire des explorations plus poussées par pléthysmographie (pression du gros orteil) qui, si elle est normale, pourra exclure une AOMI. C'est pour cette raison que l'IPS est actuellement discuté et n'est plus adapté pour les personnes âgées diabétiques et les patients dialysés.

Rechercher des facteurs aggravant ou retardant la cicatrisation

La dénutrition est un facteur de mauvais pronostic pour la cicatrisation des ulcères veineux (albuminémie < 35 g/L), de même que l'anémie [6].

Le lymphœdème, fréquemment associé (souvent même secondaire) à l'insuffisance veineuse, n'est pas une cause d'ulcère de jambe mais un facteur aggravant.

Certains médicaments retardent la cicatrisation : corticoïdes systémiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, chimiothérapie cytotoxique. Le rôle aggravant de l'hydroxyurée n'a jamais été formellement démontré [7].

La mauvaise observance de la compression, très fréquente, est à rechercher systématiquement.

Une seule étude à ce jour (étude cas-témoins) a mis en évidence qu'une situation sociale défavorisée était associée aux UDJ. Cela n'a pas été confirmé par d'autres études.

L'eczéma de contact aux pansements, parfois difficile à différencier d'un eczéma variqueux, doit être évoqué en cas d'éruption eczématiforme périlésionnelle rebelle aux dermocorticoïdes [8].

I Le dossier – Plaies chroniques en pratique

Si la cause n'est pas évidente...

Il n'est pas rare que, devant un UDJ, tous les poulx soient présents, les IPS normaux et l'écho-Doppler veineux normal. La première chose à faire est de regarder si le Doppler a été bien fait. Une insuffisance veineuse chronique a-t-elle été bien recherchée (et non pas juste une thrombose) ?

L'angiodermite nécrotique a une présentation clinique stéréotypée, chez le sujet hypertendu (souvent mal équilibré), avec un ulcère sur la face externe de la jambe ou en regard du talon d'Achille, purpurique, d'extension rapide et superficielle, nécrotique, très douloureux. La biopsie cutanée n'a aucun intérêt diagnostique [9]. Elle peut éventuellement être utile pour éliminer un diagnostic différentiel (vascularite, *pyoderma*). Le diagnostic reste purement clinique.

Si l'étiologie n'est toujours pas mise en évidence, il n'y a pas de recommandations officielles sur la conduite à tenir, mais plusieurs points doivent être discutés :

>>> La biopsie cutanée a 2 intérêts :
– elle est systématique en cas de non-cicatrisation après 6 mois-1 an d'évolution, à la recherche d'une transformation en carcinome épidermoïde. Il faut biopsier sur les berges et faire plusieurs prélèvements. Il n'est pas rare de devoir refaire l'examen plusieurs fois avant de réussir à mettre en évidence la transformation carcinomateuse. Le prélèvement au centre de l'ulcère, fréquemment effectué, n'est qu'exceptionnellement rentable [10] ;
– elle peut être effectuée à la première consultation en cas d'atypies (nodules associés, localisation atypique...) pour éliminer un *pyoderma gangrenosum*, une mycobactérie, une tumeur solide, une calciphylaxie...

>>> L'imagerie systématique n'a aucun intérêt mais est beaucoup trop souvent demandée (scanner de la jambe, IRM...). Il n'y a pas lieu de la faire s'il n'y a pas de suspicion d'ostéite. À noter qu'il existe pratiquement toujours un syndrome inflammatoire biologique chez les patients avec un UDJ, même en l'absence de complication infectieuse. La radiographie de jambe est parfois utile lorsqu'on recherche des calcifications sous-cutanées (visibles dans les UDJ veineux, la sclérodermie systémique...).

>>> Un bilan biologique simple permet de dépister une anémie (et par la suite son origine : drépanocytose, etc.), certaines hémopathies, une dysglobulinémie.

>>> Les causes génétiques (déficit en prolidase, etc.) sont exceptionnelles et doivent être discutées avec un service spécialisé avant de se lancer dans des explorations coûteuses et parfois inutiles.

>>> Le prélèvement bactériologique à l'écouvillon n'a aucun intérêt à être effectué de façon systématique. Les signes cliniques évocateurs d'une infection sont :
– inflammation/érythème/cellulite ;
– augmentation de la douleur ;
– exsudat purulent ;
– détérioration rapide de l'ulcère ;
– fièvre.

Les UDJ sont très fréquemment colonisés, le prélèvement est donc positif, mais aucune antibiothérapie ne doit être prescrite. En cas de complication infectieuse (érysipèle), les germes retrouvés à la surface de l'ulcère ne sont généralement pas ceux responsables de l'érysipèle qui, lui, est dû au streptocoque [11].

>>> Enfin, devant un ulcère non expliqué, à contours un peu géométriques et linéaires, un nomadisme médical, une pathomimie peut être évoquée.

BIBLIOGRAPHIE

1. VAN GENT WB, WILSCHUT ED, WITTENS C. Management of venous ulcer disease. *BMJ*, 2010;341:c6045.
2. APOLLONIO A, ANTIGNANI PL, DI SALVO M *et al.* ; SUV Study Group. A large Italian observational multicentre study on vascular ulcers of the lower limbs. *Int Wound J*, 2016;13:27-34.
3. VALENCIA IC, FALABELLA A, KIRSNER RS *et al.* Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol*, 2001;44:401-421.
4. SCRIVEN JM, HARTSHORNE T, BELL PRF *et al.* Single-visit venous ulcer assessment clinic: the first year. *Br J Surg*, 1997;84:334-336.
5. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2006.
6. LEGENDRE C, DEBURE C, MEAUME S *et al.* Impact of protein deficiency on venous ulcer healing. *J Vasc Surg*, 2008;48:688-693.
7. MONFORT JB, SENET P. Leg Ulcers in Sickle-Cell Disease: Treatment Update. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 2020;9:348-356.
8. VALOIS A, WATON J, AVENEL-AUDRAN M *et al.* ; Dermatology and Allergy group (GAD) of the French Society of Dermatology. Contact sensitization to modern dressings: a multicentre study on 354 patients with chronic leg ulcers. *Contact Dermatitis*, 2015;72:90-96.
9. MONFORT JB, CURY K, MOGUELET P *et al.* Cutaneous Arteriosclerosis Is Not Specific to Ischemic Hypertensive Leg Ulcers. *Dermatology*, 2018;234:194-197.
10. SENET P, COMBEMALE P, DEBURE C, BAUDOT N *et al.* ; Angio-Dermatology Group Of The French Society Of Dermatology. Malignancy and chronic leg ulcers: the value of systematic wound biopsies: a prospective, multicenter, cross-sectional study. *Arch Dermatol*, 2012;148:704-708.
11. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and management of venous leg ulcers. Ontario: RNAO; 2004.

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