Le dossier – Plaies chroniques en pratique

Soins locaux d'un ulcère de jambe

RÉSUMÉ : L'ulcère de jambe est une pathologie fréquente, dont la prévalence augmente avec l'âge et dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique doit être multidisciplinaire. Les soins locaux ne sont qu'un complément du traitement de la cause de l'ulcère, notamment pour les ulcères d'étiologies rares qui relèvent d'un traitement spécifique.
Les soins doivent être adaptés au stade de la plaie et comprennent plusieurs étapes : nettoyage, détersion sous couverture d'une bonne antalgie, application d'un pansement et si besoin d'une compression veineuse.
Le choix du pansement repose sur l'analyse de trois critères principaux : la couleur de la plaie, la quantité de l'écoulement, la qualité de la peau péri-ulcéreuse.
Les complications, comme l'eczéma de contact ou l'infection localisée, doivent également être prises en charge.

T. KLEJTMAN
Service de Médecine vasculaire,
Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, PARIS.

L'ulcère de jambe est défini comme une plaie située entre le genou et jusqu'à 2 cm sous les malléoles, ne cicatrisant pas depuis plus de 4 semaines malgré des soins correctement réalisés. La prévalence est estimée entre 0,5 et 1 % de la population générale et augmente avec l'âge. La prise en charge thérapeutique d'un ulcère de jambe repose avant tout sur le traitement de la cause. En parallèle, la réalisation de soins locaux adaptés est la base essentielle de la prise en charge.

L'antalgie

Avant de réaliser les soins, il faut commencer par anticiper la douleur pouvant être induite. En effet, 50 à 70 % des patients ayant des ulcères chroniques se plaignent de douleur et celle-ci est très fréquemment exacerbée pendant les soins, pouvant avoir un impact majeur sur la qualité de vie [1]. Dans l'étude MAPP, étude observationnelle française portant sur plus de 800 médecins et près de 2000 ulcères, le retrait du pansement et le nettoyage de la plaie étaient douloureux dans 97 % des cas [2].

Pour cette raison, il peut être nécessaire de prévoir une prémédication par des antalgiques ou des anxiolytiques en cas d'anxiété associée aux douleurs. Après le retrait du pansement, qui doit être humidifié pour limiter la douleur, la détersion est l'étape la plus sensible. L'utilisation d'un anesthésiant local est indispensable. La crème EMLA est la seule à avoir l'AMM dans les ulcères et doit être appliquée pendant 30 à 60 minutes avant le soin, en couche épaisse sous un pansement occlusif. La lidocaïne en gel ou en spray (non remboursé) n'a pas l'AMM mais a l'avantage d'avoir un délai d'action plus rapide : 10-15 minutes. L'utilisation d'un mélange de protoxyde d'azote + oxygène (Kalinox, Entonox) pendant le geste a montré sa bonne efficacité [3].

Les différentes étapes des soins

La première étape est le nettoyage de la plaie qui doit se faire à l'eau et au savon. Il n'y a pas d'intérêt à l'utilisation d'antiseptiques, sources d'eczéma de contact [4]. En effet, la colonisation bactérienne d'un

Le dossier – Plaies chroniques en pratique

ulcère est constante et plurimicrobienne, et ne doit pas justifier l'utilisation d'antiseptiques ni d'antibiotiques locaux ou systémiques [5]. Le lavage de jambe se fait à l'aide d'un gant jetable ou d'un gant de toilette changé tous les jours. Il permet d'éliminer les squames et résidus de pansement ou de pommade.

La détersion est l'étape suivante. Elle doit être réalisée à chaque changement de pansement, sauf en cas d'ulcère artériel non revascularisé. Elle permet l'élimination des corps étrangers et des tissus morts se présentant sous la forme de fibrine ou de nécrose (***fig. 1***). La détersion a également pour but d'éliminer le biofilm, qui correspond à une communauté de cellules bactériennes fixées à des surfaces et englobées dans une substance visqueuse (*slime*) qui les protège contre la phagocytose, les antibiotiques et les antibactériens [6]. La détersion mécanique (à la curette ou au bistouri) est la détersion de choix. Certains pansements comme les hydrogels ou les alginates peuvent aider la détersion mécanique en ramollissant la fibrine ou la nécrose. De même, il existe certains systèmes d'aide à la détersion utilisant un microjet d'eau à air pulsé comme Jetox ou Debritom. Le Debrisoft Pad, sorte de gant en polyester, peut être une bonne alternative en cas de douleurs trop importantes pendant la détersion. En cas de calcifications sous-cutanées, comme on peut le voir dans l'insuffisance veineuse, il est nécessaire de les retirer à la pince.

Fig. 1 : Détersion au bistouri de la fibrine entre les greffons (**pastilles blanches**) après greffe cutanée en pastilles.

Une fois la plaie nettoyée, l'analyse du fond de l'ulcère va permettre de déterminer le stade de la plaie et de choisir le pansement le mieux adapté.

Quel pansement choisir ?

Toutes les plaies cicatrisent mieux en milieu clos et humide, car cela permet de stimuler la synthèse de tissu conjonctif et de collagène [7]. Le pansement idéal doit créer une atmosphère humide tout en absorbant les exsudats, être bien toléré, non sensibilisant. Il doit pouvoir être laissé en place quelques jours.

Le choix du pansement repose sur l'analyse de trois critères principaux : la couleur de la plaie, la quantité de l'écoulement et la qualité de la peau péri-ulcéreuse [8].

>>> En cas d'ulcère sec, atone ou nécrotique, si le terrain artériel sous-jacent le permet, l'utilisation des hydrogels constitués de carboxyméthylcellulose, molécule permettant la rétention hydrique, permettra de ramollir la fibrine ou la nécrose. À l'inverse, si la plaie est fibrineuse et exsudative, les alginates ou hydrofibres, avec leur fort pouvoir absorbant, seront indiqués.

>>> Les pansements hydrocolloïdes ou hydrocellulaires maintiennent un milieu humide adéquat favorable à tous les stades de la cicatrisation, dans les plaies peu ou pas exsudatives.

>>> Les tulles ou interfaces seront préférés dans la phase de bourgeonnement ou d'épithélialisation, mais ils n'ont aucune capacité absorbante et peuvent induire de la macération en cas d'écoulement.

>>> Les pansements biologiques comme l'Urgostart utilisent le NOSF (*Nano-OligoSaccharide Factor*), qui limite l'action des protéases (MMP, métalloprotéases matricielles) et favorise l'action des facteurs de croissance. Selon l'écoulement, ils existent en tulle ou en fibres de polyacrylate.

>>> En cas d'infection localisée, les pansements à l'argent permettent de diminuer la charge bactérienne grâce à leur activité antibactérienne à large spectre, fongicide et antivirale [9]. Depuis 2010, seule la gamme Urgo est remboursée. Selon l'écoulement, ils existent en tulle ou en fibres de polyacrylate. Leur utilisation doit être réévaluée à 4 semaines, selon les recommandations de l'HAS [10]. Cependant, ils peuvent parfois être mal tolérés, car sources de douleurs.

>>> Des pansements secondaires à fort pouvoir absorbant peuvent être utiles en cas de plaies très exsudatives.

>>> La greffe cutanée, en pastilles ou en filet, est le pansement le plus physiologique, permettant de raccourcir le délai de cicatrisation [11]. Elle permet le recouvrement partiel de la surface ulcérée, la sécrétion de facteurs de croissance et comporte une action antalgique. Elle doit être réalisée sur un ulcère propre, détergé et doit être proposée chaque fois que cela est possible. La greffe en pastilles est la technique la plus simple : elle consiste à prélever quelques pastilles de peau saine et superficielle et à les appliquer sur l'ulcère. Elle s'effectue dans la chambre du patient et peut même être réalisée en ambulatoire (***fig. 2***).

En complément du soin de l'ulcère, il faut hydrater la jambe avec une crème

Fig. 2 : Greffe cutanée en pastilles d'un ulcère. Les greffons sont revascularisés.

émolliente, en se méfiant des allergies possibles. Enfin, ne pas hésiter à séparer les orteils à l'aide d'un pansement ou de compresses pour éviter les frottements.

Soins locaux des complications

La complication locale la plus fréquente est l'eczématisation de la peau périulcéreuse. En effet, selon les études, 60 à 85 % des patients ayant des plaies chroniques sont sensibilisés et développent un eczéma de contact [12]. Le traitement repose sur l'application de dermocorticoïdes de classe forte ou très forte, sans schéma dégressif, jusqu'à disparition des signes cutanés (***fig. 3***). Il faut toutefois noter avec attention que l'eczéma de contact aux dermocorticoïdes existe et représente 10 % des cas d'allergie de contact des ulcères de jambes. Ce risque semble moins élevé avec l'application des formes pommades et des dermocorticoïdes de classe C, ne contenant pas de dérivés fluorés. La réalisation de *patch test* permet d'identifier les produits incriminés.

En cas d'infection localisée, l'application d'eau boriquée et de pansements à l'argent peut permettre de diminuer la charge bactérienne et d'éviter parfois le recours à des antibiotiques systémiques. L'application d'antibiotiques locaux n'a pas démontré d'efficacité [13].

Soins locaux spécifiques à chaque type d'ulcère

Le traitement de la cause est fondamental. Ainsi, concernant les ulcères veineux, la base du traitement est la compression veineuse qui doit être appliquée rigoureusement. En cas de pansement, les bandes seront privilégiées aux chaussettes ou bas. L'HAS recommande une compression multitype ou multicouche à haut niveau de pression [14]. Le but de la compression est de diminuer l'hyperpression veineuse qui est maximale au niveau des zones de déclivité (1/3 inférieur de jambe et cheville). Elle permet d'améliorer le retour veineux, agit sur les anomalies microcirculatoires par diminution de l'œdème interstitiel et réduit l'hypoxie cutanée. La force de compression doit être adaptée à l'artériopathie sous-jacente et est contre-indiquée en cas d'index de pression systolique (IPS) inférieur à 0,6. Les moyens de compression sont multiples :

– les bandes inélastiques ou à allongement court, qui peuvent se garder jour et nuit ;
– les bandes élastiques ou à allongement long, à retirer la nuit car elles sont souvent mal tolérées ;
– les bandages multitypes sont des dispositifs qui se gardent 24 h/24 et qui associent au moins deux types différents de bandes de compression ;
– les bandages multicouches par superposition des bandes de même nature.

Le traitement des varices dans le territoire de l'ulcère (sclérose, techniques thermiques endoveineuses ou chirurgie) permet de diminuer le délai de cicatrisation et de limiter le risque de récidive. En cas d'ulcère artériel, un geste de revascularisation devra être discuté avec les chirurgiens vasculaires ou les radiologues interventionnels.

Dans les angiodermites nécrotiques, la réalisation rapide d'une greffe en pastilles ou la mise en place de soins locaux spécifiques, comme l'électrothérapie ou l'autohémothérapie, sont préconisées [15].

D'autres causes d'ulcères rares ne doivent pas être méconnues, telles que la pustulose érosive de jambe ou le *pyoderma gangrenosum* qui nécessitent des

Fig. 3 : Eczéma de contact à la sulfadiazine : avant (**A**) et après (**B**) traitement par dermocorticoïdes.

Le dossier – Plaies chroniques en pratique

soins locaux spécifiques, principalement l'application de dermocorticoïdes.

Mesures associées aux soins locaux

Dans la prise en charge globale de l'ulcère, il ne faut pas omettre les mesures générales associées : kinésithérapie pour lutter contre l'ankylose de la cheville, mise à jour du calendrier vaccinal pour la prévention du tétanos, prise en charge d'une dénutrition ou de carences vitaminiques.

Comment prescrire des soins locaux ?

Un protocole de soins doit être prescrit par un médecin ayant une bonne connaissance dans la prise en charge des plaies et mis en œuvre par un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'État. Il est nécessaire de faire figurer sur l'ordonnance :
– le nombre de plaies ;
– la durée des soins ;
– la fréquence (qui dépendra du type de pansement) ;
– la mention "à domicile" si besoin ;
– les différentes étapes du soin incluant le nettoyage, l'antalgie, la détersion, le nom commercial du pansement choisi ;
– l'application de crème émolliente sur la peau péri-ulcéreuse ;
– la pose de contention ou non.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leren L, Johansen E, Eide H *et al.* Pain in persons with chronic venous leg ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*, 2020;17:466-484.
2. Meaume S, Téot L, Lazareth I *et al.* The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: the MAPP study. *J Wound Care*, 2004;13:409-413.
3. Paris A, Horvath R, Basset P *et al.* Nitrous Oxide–Oxygen Mixture During Care of Bedsores and Painful Ulcers in the Elderly: A Randomized, Crossover, Open-Label Pilot Study. *J Pain Symptom Manage*, 2008;35:171-176.
4. 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.
5. Serra R, Grande R, Butrico L *et al.* Chronic wound infections: the role of Pseudomonas aeruginosa and Staphylococcus aureus. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 2015;13:605-613.
6. Bianchi T, Wolcott RD, Peghetti A *et al.* Recommendations for the management of biofilm: a consensus document. *J Wound Care*, 2016;25:305-317.
7. Eaglstein WH. Experiences with biosynthetic dressings. *J Am Acad Dermatol*, 1985;12:434-440.
8. Meaume S, Senet P. Pansements. Aide à la cicatrisation. *EMC Dermatologie*, 1999;98:8.
9. Lazareth I, Meaume S, Sigal-Grinberg M *et al.* The Role of a Silver Releasing Lipido-colloid Contact Layer in Venous Leg Ulcers Presenting Inflammatory Signs Suggesting Heavy Bacterial Colonization: Results of a Randomized Controlled Study. *Wounds*, 2008;20: 158-166.
10. HAS commission d'évaluation des produits et prestation : avis de la commission du 30 septembre 2008.
11. Jones JE, Nelson EA. Skin grafting for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007.
12. Valois A, Waton J, Avenel-Audran M *et al.* Contact sensitization to modern dressings: a multicentre study on 354 patients with chronic leg ulcers. *Contact Dermatitis*, 2015;72:90-96.
13. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y *et al.* Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014;(1): CD003557.
14. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2007; 134:287-296.
15. Vuerstaek JD, Reeder SW, Henquet CJ *et al.* Arteriolosclerotic ulcer of Martorell. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24; 867-874.

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