

DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES DES ULCÈRES

COURS DES MEDECINE VASCULAIRE

BOUVET NADÈGE

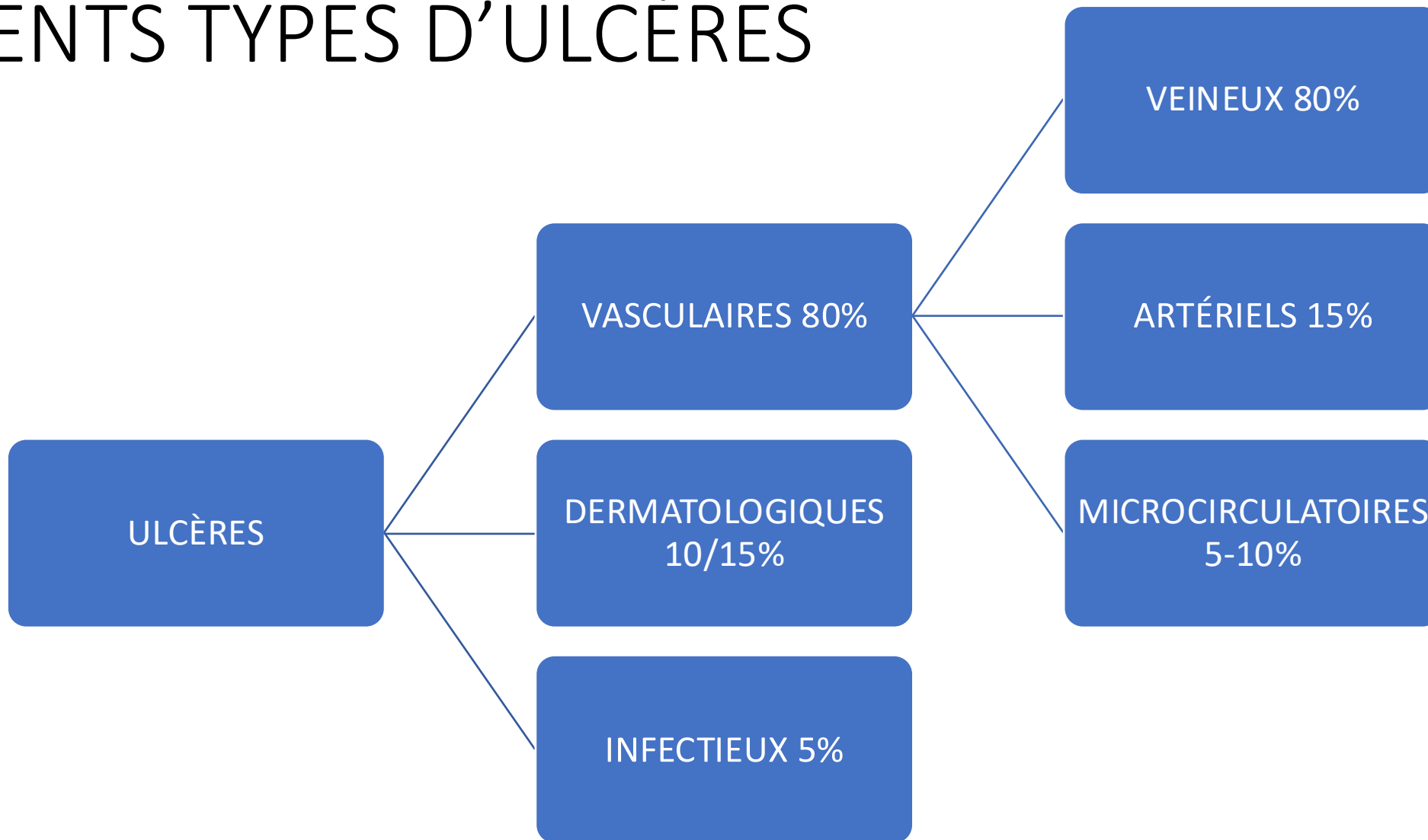
SERVICE PR SARLON

DÉFINITION



Plaie chronique en dessous le genou qui ne cicatrise pas depuis **4-6 semaines**

DIFFÉRENTS TYPES D'ULCÈRES



INTERROGATOIRE/EXAMEN CLINIQUE

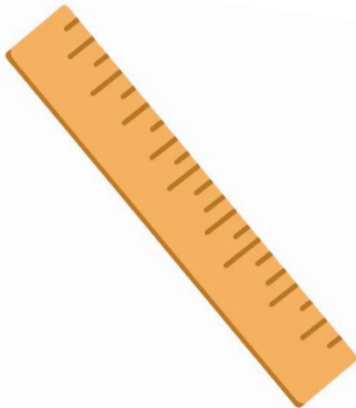
Interrogatoire

- Histoire de l'ulcère
- Antécédents/histoire vasculaire du membre inférieur

Ulcère

- Ulcère : suintement/bord/fond/taille/profondeur
- Peau péri ulcéreuse
- Signes de souffrance micro circulatoire
- Surinfection

Memb



-
-
-
-



dème, s hyperpression veineuse)
PGO)

INTERROGATOIRE/EXAMEN CLINIQUE

Examen général

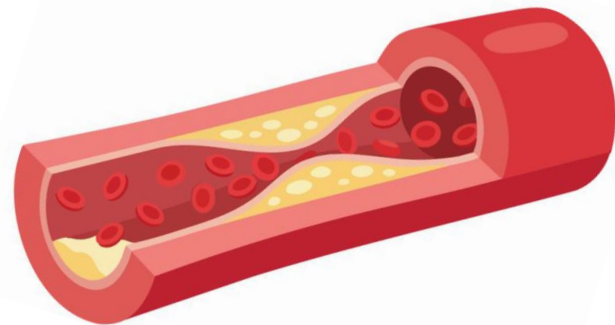
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance respiratoire
- Dénutrition
- Anémie
- Diabète
- Pathologie inflammatoire chronique

Retentissement

- Syndrome dépressif
- Perte d'autonomie

ULCÈRE ARTÉRIEL

1^{ère} étiologie : athérosclérose



↓ *PERFUSION ARTÉRIELLE*

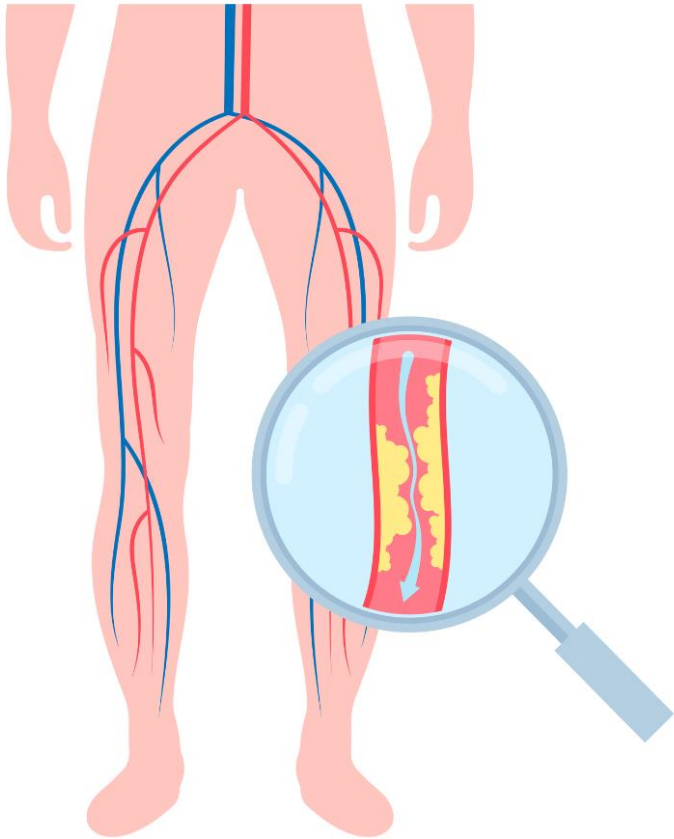


HYPOXIE CUTANÉE



ULCÈRE

ULCÈRE ARTÉRIEL



Facteurs de risques cardio-vasculaires

Antécédents : revascularisation MI, IDM, AVC

Symptômes : claudication à la marche, douleur de décubitus

Post traumatique ++

Clinique : pouls absent, froideur cutanée, érythrocyanose de déclivité, atrophie peau, ongles fragiles et épais, douloureux

ULCÈRE ARTÉRIEL



Localisation : face antérieure de jambe/pied

Bords : à « l'emporte-pièce » ou nécrotiques

Fond : pâle, atone

Peau péri ulcéreuse : lisse, dépilée, froide

Extension : vers la profondeur

Douleur ++ : maximale en décubitus

Retentissement : important

ULCÈRE ARTÉRIEL

Ischémie critique

Douleur décubitus/Troubles trophiques

P cheville <50 mmHg ; IPS <0,4

PGO <30 mmHg

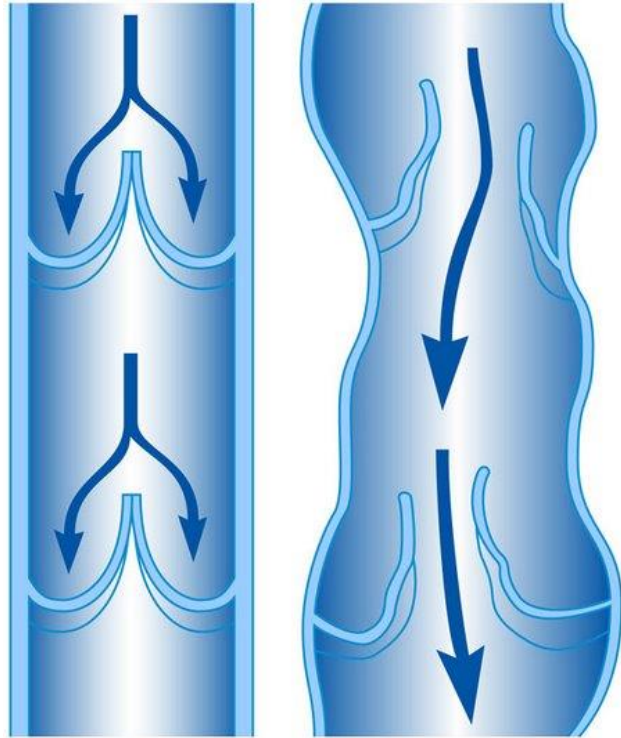
TcPO₂<30mmHg

AOMI proximale et distale

Orteils ++



ULCÈRE VEINEUX



Normal
Vein

Varicose
Vein

Reflux veineux



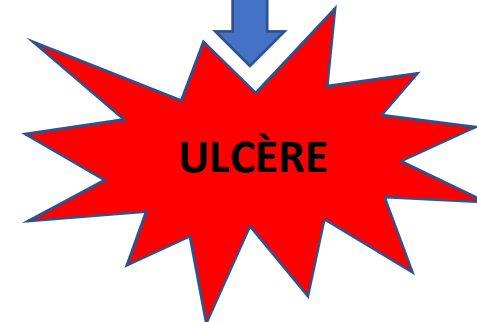
Hypertension veineuse (max
cheville) réseau veineux et
capillaire



Fuite/dépôts extra capillaire



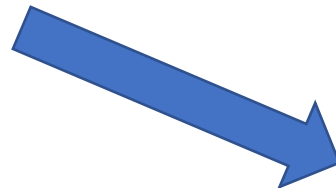
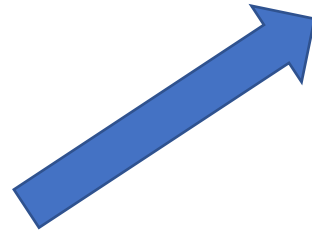
Obstacle aux échanges
Hypoxie cutanée
Médiateurs inflammatoires



ULCÈRE VEINEUX

Mécanismes

Insuffisance veineuse
chronique



Maladie variqueuse

Syndrome post thrombotique

Insuffisance veineuse
fonctionnelle

ULCÈRE VEINEUX

Class	Description
<i>Clinical (C) class</i>	
C0	No visible or palpable signs of venous disease
C1	Telangiectasia or reticular veins
C2	Varicose veins
C2r	Recurrent varicose veins
C3	Oedema
C4	Changes in skin and subcutaneous tissue secondary to CVD
C4a	Pigmentation or eczema
C4b	Lipodermatosclerosis or atrophie blanche
C4c	Corona phlebectatica
C5	Healed ulcer
C6	Active venous ulcer
C6r	Recurrent venous ulceration
Symptomatic or not: subscript 'S' or subscript 'A'	S: symptomatic, including ache, pain, tightness, skin irritation, heaviness, and muscle cramps, and other complaints attributable to venous dysfunction A: asymptomatic
<i>Etiological (E) class</i>	
Ep	Primary
Es	Secondary
Esi	Secondary – intravenous
Ese	Secondary – extravenous
Ec	Congenital
En	None identified
<i>Anatomical (A) class</i>	
As	Superficial
Ad	Deep
Ap	Perforators
An	No identifiable venous location
<i>Pathophysiological (P) class*</i>	
Pr	Reflux
Po	Obstruction
Pr,o	Reflux and obstruction
Pn	No pathophysiology identified



ULCÈRE VEINEUX

Principaux facteurs de risques

Lipodermatosclérose

Couronne phlébectasique

Ankylose cheville



CEAP : C4b



CEAP : C4c



ULCÈRE VEINEUX

Insuffisance veineuse :

- Varices
- Œdème
- Signes cutanés : **toujours présents**
 - Dermite ocre
 - Atrophie blanche
 - Cicatrice d'ulcères anciens
 - Papillomatose sous malléolaire
- Lipodermatosclérose

Troubles ostéoarticulaires

IPS >0,9



ULCÈRE VEINEUX



Localisation : malléolaire (interne GVS ; externe PSV ; autres perforantes et communicantes)

Peau péri ulcéreuse : toujours signes d'IV

Bords : minces, irréguliers

Fond : fibrineux ou bourgoennant

Exsudatifs

Eczema

Profondeur : superficiel

Douleur : modérée

multiples, récidivants

ULCÈRE VEINEUX



SPT :

Signes cliniques et pronostic plus sévères

IVS :

Meilleur pronostic

Localisation : r
externe PSV ; a
communicante

Peau péri ulcéreuse : toujours signes d'IV

Bords : minces, irréguliers

Fond : fibrineux ou bourgoennant

Exsudatifs

Eczema

Profondeur : superficiel

Douleur : modérée

multiples, récidivants

ULCÈRE MIXTE



Hyperpression veineuse + maladie artérielle périphérique

Difficulté de prise en charge -> maladie dominante
 $0,7 < \text{IPS} < 0,9$ -> prédominance veineuse
 $\text{IPS} < 0,7$ -> prédominance artérielle

ULCÈRES MICROCIRCULATOIRES

Angiodermite nécrotique



Livédo péri lésionnel
Secondairement nécrotique
Extension centrifuge
Bords irréguliers

Calciphylaxie



Vascularite, thromboses microcirculatoires : embolies de cristaux de cholestérol ou d'hyperviscosité

ULCÈRES MICROCIRCULATOIRES

Angiodermite nécrotique



- ↳ Athérosclérose dermohypodermique
- ↳ Hypoperfusion capillaire
- ↳ Ischémie cutanée superficielle

Moyenne d'âge : 70 ans ; 80% >60 ans
Prédominance féminine ; 80% femmes
HTA >90%, évolue depuis >10 ans, le plus souvent contrôlée
Diabète : 20/30% patients ; 5/10% isolé sans HTA

- Peau saine
- Post traumatique ; évolution centrifuge
- Face latérale externe jambe +++
- Ulcération au centre de la nécrose (la remplace)
- Halo périphérique purpurique livédoïde
- Superficiel
- 1 à 20 cm de grand axe
- **Douleur** constante

Diagnostic clinique
Évolution favorable

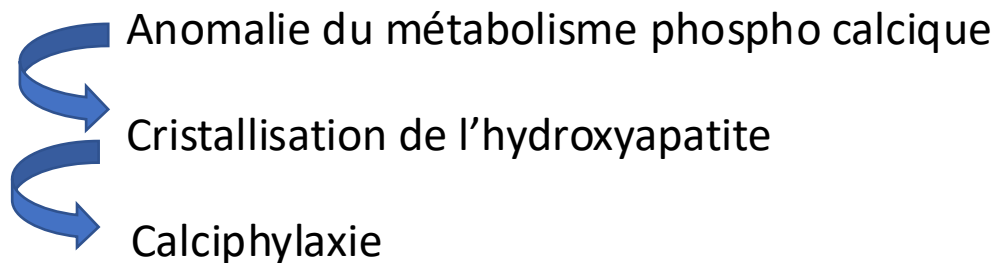
ULCÈRES MICROCIRCULATOIRES

Calciphylaxie



Insuffisant rénal terminal ou hémodyalysé (1 à 4%)
FDR : hyperparathyroïdie secondaire, femme, diabète, obésité et hypoalbuminémie
Pronostic sévère : mortalité 33-80%, complications septiques

- Placard de livédo nécrotique
- Dououreux
- Nécrose extensive



AUTRES ÉTIOLOGIES

Tumorale



- Absence de facteur vasculaire
- Retard de cicatrisation
- Ulcération chronique antérieure
- Caractère hyperbourgeonnant, dur
- Lésion hémorragique
- Extension lentement progressive

Cancer ulcéré

Ulcère cancérisé (ulcère de Marjolin)

=> Biopsie *ulcère* >3 mois

AUTRES ÉTIOLOGIES

Hydréa



Contexte : >5 ans chimiothérapie

Clinique : aspect très atrophique et fibreux du fond de l'ulcère, amélioration progressive en deux mois après l'arrêt du traitement.

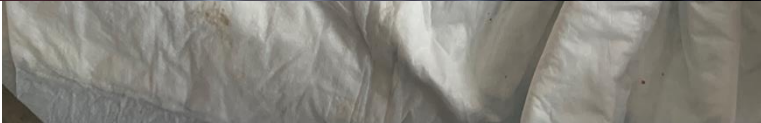
Pyoderma gangrenosum



Clinique : bords polycycliques, épais, purulents, extension rapide, localisation souvent multiple et diffuse sur le corps

Pathologie sous-jacente : polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, dysglobulinémie.

ULCÈRE INFECTÉ



Contamination (systématique)/ Colonisation

Colonisation importante
->suintement et macération

Infection :

Rare

Extension brutale, douloureuse

Bords nécrotiques ou purulents

Malodorant

Arthrite/ostéite

PRONOSTIC ULCÈRES

Tableau 26-1. Bilan pronostique d'un ulcère.

ÉLÉMENTS	ULCÈRE DE BON PRONOSTIC	ULCÈRE DE MAUVAIS PRONOSTIC
SIÈGE	Tiers inférieur de jambe	En regard d'une articulation d'une saillie osseuse
EXTENSION EN SURFACE (DIAMÈTRE MAXIMAL)	< 10 cm	> 10 cm
EXTENSION EN PROFONDEUR	Atteinte du derme superficiel	Atteinte du derme profond, du tissu sous-cutané
ÉTAT DES BORDS	Fin liseré rose épidermique	Nécrotiques, inflammatoires, en recul
ÉTAT DU FOND	Rouge, mou, bourgeonnant	Blanc, dur, fibrineux
ÉTAT DE LA PEAU PÉRIULCÉREUSE	Érythème simple	Épidermite chaude, érosions, livedo, cyanose, atrophie blanche
ANCIENNETÉ DE L'ULCÈRE	< 12 mois	> 12 mois
ÂGE DU PATIENT	< 80 ans	> 80 ans



CONCLUSION

- Ne pas juste « regarder l'ulcère »
- Reprendre l'histoire vasculaire de la jambe
- Analyse fine ulcères
- Explorations nécessaires
- Penser aux complications