

## Ulcères de jambe : le point de vue du chirurgien plasticien.

Marc Revol, Jean-Marie Servant

Le chirurgien plasticien est très souvent amené à participer au traitement des ulcères de jambe. Son rôle est pourtant réduit dans le traitement de cette affection qui n'est pas une maladie mais un symptôme.

**Les ulcères d'origine veineuse** sont de loin les plus fréquents. Ils sont typiquement peu douloureux, souvent anciens, associés à des troubles trophiques (dermo-épidermite microbienne, dermite ocre, hypodermite sclérodermiforme). L'examen clinique et le Doppler permettent de distinguer les ulcères d'origine variqueuse, et les ulcères d'origine post-phlébitique. Les premiers ont en principe un siège plutôt sus-malléolaire, et sont associés à des varices et à une incontinence valvulaire des systèmes veineux superficiels. Ils guérissent simplement avec le traitement de leur cause (stripping). Les seconds sont théoriquement plutôt de siège rétro-malléolaire, avec un oedème, et des antécédents de thrombose veineuse profonde dont les conséquences sont retrouvées au Doppler. Ils sont beaucoup plus difficiles à traiter. Le stripping y est contre-indiqué puisque les veines superficielles compensent l'insuffisance veineuse profonde. La contention élastique, et la surélévation des pieds du lit sont toujours nécessaires, associés aux soins locaux.

**Les ulcères d'origine artérielle** sont typiquement distaux (sous malléolaires), profonds, découpés "à l'emporte-pièce", et très douloureux. La notion de claudication intermittente, de douleurs de décubitus calmées par la position jambes pendantes, la diminution des pouls, et le Doppler confirment le diagnostic. L'ulcère témoigne d'une ischémie sévère du membre, qui contre-indique le plus souvent toute intervention de chirurgie plastique.

**Les ulcères d'origine mixte**, artérielle et veineuse, fréquents, sont aussi difficiles à traiter.

**Les angiodermites nécrotiques** sont relativement fréquentes, bilatérales, avec une plaque nécrotique douloureuse d'apparition brutale. Après détersion, la greffe cutanée accélère leur cicatrisation lorsque le sous-sol s'y prête.

Quant aux **autres causes** d'ulcère de jambe, elles sont beaucoup plus rares.

Dans tous les cas, quelle que soit la cause de l'ulcère, les soins locaux ont pour but de permettre la détersion puis l'épidermisation de l'ulcère. La prévention du tétanos ne doit pas

être oubliée. La peau voisine des berges de l'ulcère doit être protégée lorsqu'elle est eczématisée (pâte à l'eau). Une surface uniformément bourgeonnante et propre peut parfois être greffée par une peau mince pour raccourcir l'évolution spontanée vers la cicatrisation. Lorsque l'ulcère est très ancien et que le terrain vasculaire s'y prête, l'excision de son socle scléreux favorise parfois la prise de greffe. Sauf exception, il semble déraisonnable de pousser les indications de la chirurgie plastique des ulcères au-delà de la cicatrisation dirigée et des greffes.

Les ulcérations chroniques anciennes, les pyodermites végétantes, et les lésions bourgeonnantes en général doivent faire pratiquer des biopsies pour éliminer un épithélioma spino-cellulaire.