

**ULCERES CHRONIQUES DE MEMBRES
INFERIEURS : Possibilités diagnostiques
et thérapeutiques**
(A propos de 50 observations à l'Institut Marchoux)

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le 1991
devant l'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE

Par Monsieur Fatogoma CISSE
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

EXAMINATEURS

PRESIDENT : Professeur Mamadou L. TRAORE
MEMBRES : Professeur Aly N. DIALLO
Docteur Pierre BOBIN
Docteur Somita KEITA (*Directeur de Thèse*)

N° :

Année 1990

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie pathologique
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie-génétique

3. DOCTEURS 3EME CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie minérale et organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie analytique
Professeur Mme THIAM Afissata SOW	Biophysique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-physio. humaine

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Professeur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Professeur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Professeur Amadou TOURE	Histologie-embryologie

5. MAITRE ASSISTANT

Professeur Abdramane TOUNKARA	Biochimie
-------------------------------	-----------

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1990-1991

LISTE DES PROFESSEURS

esseur Issa TRAORE	Directeur Général
esseur Aboubacar	1° Adjoint
esseur amadou DOLO	2° Adjoint
esseur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
esseur Bakary M. CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

esseur M. Lamine TRAORE	Chef de D.E.R., Chirurgie générale
esseur Aliou BA	Ophthalmologie
esseur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie
esseur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
esseur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
esseur Amadou DOLO	Gynécologie-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

ur Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
ur Kalilou OUATTARA	Urologie
ur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
ur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
ur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
ur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
ur Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L.
ur Mme DIANE Fatimata S. DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
ur Sidi Yaya TOURE	Anesth-Réanimation
ur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale

D.E.R. DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

esneur Abdoulaye AG RHALY	Chef de D.E.R. Médecine interne
esneur S. SANGARE	Pneumo-phtisiologie
esneur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
esneur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
esneur Mahamane MAIGA	Néphrologie
esneur Aly Nouhoum DIALLO	Médecine interne
esneur Baba KOUMARE	Psychiatrie
esneur Moussa TRAORE	Neurologie
esneur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
esneur Issa TRAORE	Radiologie
esneur Eric PICHARD	Maladies infectieuses
esneur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

eur Balla COULIBALY	Pédiatrie
eur Boubacar DIALLO	Cardiologie
eur Dapa Aly DIALLO	Hématologie méd. interne
eur Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGÉ

Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Professeur Hubert BALIQUE

Chef de D.E.R. Santé Publique
Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Professeur Moussa Adama MAIGA
Professeur Georges SOULA
Professeur Pascal FABRE
Professeur Bocar G. TOURE

Santé Publique
Epidémiologie
Epidémiologie
Santé Publique

CHARGES DE COURS

Professeur N'Golo DIARRA
Professeure MAIGA Fatoumata SOKONA
Professeur Bouba DIALLO
Professeur Souleymane TRAORE
Professeur Salikou SANOGO
Professeur Douada DIALLO
Professeur Messaoud LAHBIB
Professeur Bakary I. SACKO
Professeur Yoro DIAKITE
Professeur Sidiki DIABATE
Professeur Aliou KEITA
Professeur Boubacar KANTE
Professeur Souleymane GUINDO
Professeur Sira DEMBELE
Professeur Modibo DIARRA

Botanique
Hygiène du Milieu
Bactériologie
Physiologie générale
Physique
Chimie générale et minérale
Biologie
Biochimie
Mathématiques
Bibliographie
Galénique
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR AGREGE

Professeur Boubacar CISSE

Chef de D.E.R. Toxicologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Professeur Boulkassoum HAIDARA

Législation-Gestion Pharmaceutique

Professeur Elimane MARIKO

Pharmacodynamie

Professeur Arouna KEITA

Matière Médicale

Professeur Ousmane DOUMBIA

Pharmacie chimique

3. DOCTEUR 3EME CYCLE

Professeur Mme CISSE Aminata GAKOU

Pharmacie Galénique

ASSISTANTS

Professeur Bah KEITA

Pneumo-phtisiologie

Professeur Hamar A. TRAORE

Médecine Interne

Professeur Sékou SIDIBE

Ortho-traumatologie

Professeur Abdoul K. TRAORE dit DIOP

Chirurgie générale

Professeur Flabou BOUGODOGO

Microbiologie

Professeur Moussa Y. MAIGA

Gastro-entérologie

Professeur Abdoul K; TRAORE

Médecine interne

Professeur DSrissa DIALLO

Matière Médicale

Professeur Nouhoum ONGOIBA

Chirurgie générale

Professeur Sahari FONGORO

Néphrologie

Professeur Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

Professeur Benoit KOUMARE

Chimie analytique

C.E.S.

Professeur Mamadou A. CISSE

Urologie

Professeur Filifing SISSOKO

Chirurgie générale

Professeur Daba SOGODOGO

Chirurgie générale

Professeur Georges YAYA

Ophtalmologie

Professeur Mahamane S. Askia

Ophtalmologie

Professeur Amadou NDene DIALLO

Ophtalmologie

Professeur Abdou ISSA

Ophtalmologie

Professeur NDJIKAN

Ophtalmologie

Professeur DEZOMBE

Ophtalmologie

Professeur Oumar BORE

Ophtalmologie

Professeur Aboubacrine A. MAIGA

Santé Publique

eur Dababou SIMPARA
eur Mahamane TRAORE
eur Mohamed Ag BENDECH
eur Mamadou MAIGA

Chirurgie
Chirurgie
Santé Publique
Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

esseur E. A. YAPO
esseur Babacar FAYE
esseur FOURASTE
esseur Léopold TCHAKPE

Biochimie
Pharmacodynamie
Pharmacie chimique
Galénique

PERSONNEL RESSOURCE

eur Madani TOURE
eur Tahirou BA
eur Amadou MARIKO
eur Badi KEITA
eur Antoine NIANTAO
eur Kassim SANOGO
eur Yéya I. MAIGA
eur Chompéré KONE
eur BA Marie P. DIALLO
eur Almahdy DICKO
eur Mohamed TRAORE
eur Arkia DIALLO
eur Serge REZNIKOFF
eur Mme TRAORE J. Thomas
eur Pierre BOBIN
eur Alain DELAYE

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.P.G.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I. Sogoniko
Kati
P.M.I. Centrale
I.O.T.A.
I.O.T.A.
Marchoux
H.G.T.

JE DEDIE CE TRAVAIL

mon père Siaka Cissé :

me dévoué pour les causes justes , tu as acquis par tes
alités humaines la confiance de ceux qui t'ont connu et
proché . Toi qui fût le premier à me conduire sur le chemin de
école en ayant constamment à l'esprit : avoir un fils est bien ,
ire de lui un homme dans la vie est encore mieux .
uisse ce travail t'assurer de mon soutien filial et
ute ma tendresse .

ma mère Bintou Sogodogo :

me simple , femme de désignation et d'abnégation , je souhaite
e ce travail soit un soulagement de tous tes efforts concentrés
ur ma cause . On ne saurait jamais remercier une mère . Ta
tience sera pour moi un modèle de réussite . Que Dieu te prête
ngue vie .

mon grand frère in memoriam feu Amadou Cissé :

s mots me manquent pour témoigner ta haute qualité d'instituteur
i fût un appoint précieux dès les bas âges de ma vie
olaire . Puisse Allah , le tout puissant te compter parmi ses
us .

tous mes autres frères et soeurs :

eci pour tous vos soutiens moraux et matériels .

Toute ma profonde gratitude .

mon beau frère Moussa Kouyaté :

ute argumentation me manque pour t'exprimer ma reconnaissance .

haute compréhension de la vie et ton amour pour les prochains ,
nt de toi cet homme modèle et admirable .

Mes sincères remerciements .

ma belle famille à sokonafing :

la disant de garder toute ma confiance .

ma digne et précieuse fiancée Adiarra Konaté :

ns toi rien n'est possible !

ec toi tout est possible !

uisse cette thèse constituer pour toi un solide témoignage de ma
rme volonté de t'aimer de toutes mes forces pendant ma jeunesse
de toute ma sagesse pendant ma vieillesse .

tous mes fils et filles :

chez que seul le travail assure l'indépendance . Enfin , vous
vez chercher à dépasser largement cette thèse , en la
nsidérant comme un exemple , un minimum , le fruit d'un moindre
fort .

es confrères :

drissa Cissé ;

acob Dabo ;

ahirou Sanogo ;

oumaïla Dembélé ;

acouba Djiré ;

assoum Diarra .

r leur dire de garder le courage et l'amitié .

ous ceux qui souffrent dans le monde :

r leur souhaiter une meilleure santé .

Aux membres du Jury :

Monsieur le Président du Jury

Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE
Chirurgien à l'hôpital du point G
C'est du fond du coeur que nous vous adressons nos vifs
remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la
résidence de cette thèse .
Qui aime bien châtie bien " tel est le principe sous lequel vous
nous avez accueilli et formé dans cette école .
Par votre sens du travail bien accompli qui nous a servi et nous
servira toujours d'exemple , vous avez fait de nous aujourd'hui ce
que nous avons toujours souhaité être sans trop savoir comment y
parvenir .
Veuillez trouver ici , l'expression de notre profonde gratitude .

A Monsieur le Professeur Aly Nouhoum DIALLO

Spécialiste en Médecine interne en service au point G
Nous apprécions à juste titre la clarté et la netteté de vos
cours , dans le seul souci de faire assimiler vos connaissances
médicales aux étudiants .
Vous venez enfin d'accepter de juger ce travail , grand
témoignage pour nous de votre sens du dévouement . Qui peut nous
faire plus ?
Notre profonde reconnaissance .

A Monsieur le Docteur Pierre BOBIN :

(Spécialiste en dermato-leprologie , Directeur de l'Institut
Marchoux)

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos
multiples préoccupations de prendre part dans ce Jury .

Nous vous remercions pour tous vos efforts déployés pour
la réalisation de ce travail .

Veuillez accepter ici l'expression de notre profonde
sympathie .

A Monsieur le Docteur Somita KEITA :

Spécialiste en dermato-léprologie
Assistant-chef de clinique
Chef Adjoint de l'Unité dermato-leprologie , Institut Marchoux

est avec vous que j'ai connu le début de la pratique de la dermatologie , au lit du malade vous n'avez jamais cessé d'être à disposition pour des éclaircissements , où votre souci de la guérison a toujours été d'une efficacité remarquable .

Vous avez inspiré ma thèse et tout au long de cette année , vous avez été admirable dans votre rôle de guide . Tout ceci ne pouvait qu'éveiller en moi le vif désir de devenir spécialiste de dermatologie , meilleure expression de mes sincères remerciements .

Soyez assuré que vous ne serez pas déçu après tout ce temps passé ensemble .

REMERCEMENTS :

e tiens à annoncer mes vifs remerciements :

- Au Docteur Jean Michel HALNA

pour tous vos conseils à la réalisation de ce travail .

- A l'ensemble du personnel du laboratoire biologique de l'Institut Marchoux .

- A tout le personnel de chirurgie de l'Institut Marchoux .

- A tout le personnel de l'épidémiologie de l'Institut Marchoux .

- A mes logeurs du point G :

.Salif DIABATE ;

.Yaya TRAORE ;

.Soumba COULIBALY .

- A Monsieur Mahamadou DIAKITE (Hamdallaye)

- A tous les étudiants de l'E.N.M.P.

- Enfin ,à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail .

SOMMARE :

	Pages
introduction	1
- GENERALITES	2
- RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSTOLOGIQUE DES MEMBRES INFERTEURS	3
1- Le squelette des membres inférieurs ;.....	3
2- Les muscles des membres inférieurs	4
3- Les vaisseaux des membres inférieurs	5
4- Les nerfs des membres inférieurs	11
- LES DIFFERENTES FORMES ETIOLOGIQUES	12
1- L'étiologie vasculaire	12
2- L'origine infectieuse	14
3- Les ulcères liés à des troubles neurologiques	18
4- Les ulcères liés à une hémoglobinopathie	18
5- Les ulcères liés à certaines affections dermatologiques	19
6- L'ulcère hypertensif	19
7- Les ulcères d'origine tumorale	19
8- Les causes diverses des ulcères de membres inférieurs	20
- LES METHODES THERAPEUTIQUES DES ULCERES DE MEMBRES INFERTEURS	20
1- Le traitement étiologique	20
2- Les traitements locaux ou symptomatiques	22
3- Les règles hygiéno-diététiques	23

I- LES ULCERES CHRONIQUES OBSERVES A L'INSTITUT MARCHOUX	25
- Patients et méthodes	25
- Nos observations	30
- Les résultats	49
- Commentaires et discussions	59
II- NOS RECOMMANDATIONS.....	68
V- CONCLUSION	71
- BIBLIOGRAPHIE	72
I- ANNEXES	75

Introduction

INTRODUCTION :

On désigne sous le terme d'ulcère chronique de membres inférieurs, une perte de substance des téguments, d'évolution chronique, récidivante, sans tendance à la cicatrisation spontanée. Elle peut siéger partout sur le membre inférieur, surtout au niveau de son tiers inférieur. Cette affection chronique peut relever d'étiologies diverses : traumatique, infectieuse, vasculo-nerveuse, tumorale.

Les ulcères chroniques de membres inférieurs ainsi définis, de part leurs possibles complications dramatiques, leur impact socio-économique, l'insuffisance et la mauvaise qualité de leur prise en charge dans notre pays, constituent une préoccupation qui a guidé le choix de notre sujet.

Les ulcérations d'origine lépreuse ne seront pas traitées dans notre étude, car elles relèvent d'une étiologie spécifique.

D'une façon générale, les ulcères chroniques des membres inférieurs doivent faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire (Dermatologie, Angéiologie, Chirurgie, Médecine)

Jusqu'à nos jours, cette affection chronique et invalidante, demeure considérée comme une pathologie mineure et est connue pour diverses raisons :

Les malades eux-mêmes, trop enclins à sous estimer sa gravité s'adonnent à des traitements empiriques.

Les praticiens volontiers fatalistes ou par méconnaissance se contentent de traitements souvent trop insuffisants.

L'autorité scientifique qui a longtemps pris l'ulcère chronique des membres inférieurs pour une question mineure souvent exclue des programmes au profit de maladies plus dignes d'intérêt même si celles-ci sont très exceptionnelles et relevaient de hautes spécialités.

Ces ulcères furent longtemps considérés comme une affection banale et sale dont très peu de praticiens accordent une importance, voire répugnante pour d'autres. Ceci explique l'insuffisance de leur prise en charge. Cette pathologie doit être prise au sérieux et bénéficier des progrès scientifiques actuels.

Ainsi, on a pu constater que depuis l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali a ouvert ses portes aucune thèse s'est penchée sur cette affection relativement fréquente au sein de nos populations.

Notre travail s'efforcera d'offrir une approche pratique de la prise en charge des ulcères chroniques de membres inférieurs en fonction de nos moyens. Ainsi, devant chaque cas d'ulcère seront pratiqués : un examen clinique détaillé, une recherche étiologique et une thérapeutique comportant un traitement local et général à visée étiologique.

/

Généralités

GENERALITES :

l'ulcère des membres inférieurs est une des affections les plus fréquentes à travers le monde :

Europe , selon les statistiques 2 % des populations d'Europe l'ouest y compris la France sont frappées par cette affection chronique (5) .

D'après une étude faite auprès de douze phlébologues artis sur tout le territoire français , il ressort que sur 1000 fiches prises au hasard , 2267 personnes étaient venues consulter pour un ulcère . Les pourcentages ce sont avérés très différents selon qu'il s'agissait d'une population rurale 38 % d'une population citadine 4,4 % (5) .

A ce titre Assali a écrit en 1938 , que l'ulcère chronique des membres inférieurs ~~est~~ est "l'ancienne écriture d'hôpital des pays d'Europe " (13) . Ne l'est-il pas encore de nos jours ? Les statistiques ci-dessus illustrent nettement ce fait .

Mali , jusqu'à nos jours aucune étude exhaustive n'a pu être faite dans le cadre des ulcères chroniques de membres inférieurs . Cependant , au terme de l'année 1989 , sur 3245 consultations faites en service de dermatologie de l'Institut Marchoux , 72 personnes étaient venues consulter pour un ulcère soit 22 / 1000 .

Nous nous convenons avec une citation de Bouffard sur la fréquence des ulcères chroniques de membres inférieurs dans nos régions : " Tout praticien exerçant dans les pays chauds aura à faire à lui , il le trouvera encombrant les hôpitaux et les dispensaires ou privant de leurs effectifs les chantiers ministériels ou privés " (13) .

Sur le plan historique , nous pouvons retenir de l'ulcère chronique de membres inférieurs , qu'il avait été appelé ulcère de Chine , du Hédjaz , du Yémen , de Djibouti , de la Guyane ... comme l'a écrit Assali en 1938 (13) . C'est à Leroy de Meunier et Rochard que revient le mérite d'avoir individualisé cette affection en montrant qu'elle était partout la même et d'avoir choisi un nom qui correspond si bien à l'aspect évolutif : ulcère chronique de jambes (13) .

Dans nos pays en voie de développement un certain nombre de facteurs méritent d'attirer notre attention , parmi lesquels : les divers facteurs de gravité qui sont :

fréquence non négligeable au sein de nos populations . Cette fréquence demeure non évaluée , mais il ne se passe de semaines , qu'un cas soit pris en charge par nos services de soins . L'impact socio-économique , témoigné par les longues périodes d'hospitalisation et les frais financiers . C'est ainsi que cette

l'infection participe à l'effondrement des effectifs des chantiers privés et publics .

La diversité des pathologies associées aux ulcères , rendent difficile la recherche étiologique .

La possibilité de complications souvent dramatiques telles que le tétanos , de septicémie , d'hémorragie , de cancer de l'ulcère ainsi que les mutilations . Toutes ces complications assombrissent d'avantage le pronostic des ulcères .
Les différents facteurs de risque que sont :

Le climat tropical chaud , les avitaminoses , la malnutrition protéino-calorique constituent autant de facteurs qui favorisent les infections locales (ecthyma , pyodermites diverses) . Ainsi , se crée un état de dermohypodermite chronique déterminant des troubles trophiques avec une diminution des défenses de la peau à l'infection , un ralentissement cutané et un retard à la cicatrisation . L'analphabétisme et l'insuffisance des prestations sanitaires , jouent un rôle prépondérant dans l'évolution vers la chronicité .
Les cofacteurs étiologiques en sont multiples :

Les nombreux traumatismes répétés dont sont victimes nos populations rurales (écorchures , piqûre d'insectes , lésions de grattage , plaies franches) .

Les longs séjours au lit des opérés et des accouchées favorisent l'apparition de phlébites chirurgicales et obstétricales . Ces dernières jouent un rôle important dans l'installation des ulcères d'origine veineuse (ulcères post-phlébitiques) .

La station debout prolongée et la sédentarité sont des facteurs favorisant la stase veineuse source d'ulcères variqueux .

Le déséquilibre alimentaire et l'obésité favorisant le diabète et l'hypertension artérielle , occupent une place majeure dans l'apparition des ulcères d'origine artérielle (angiopathies diabétiques , ulcère hypertensif de Martorell) .

APPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS :

Les membres inférieurs ou appareil de locomotion sont composés de trois parties : la cuisse , la jambe et le pied .

Squelette des membres inférieurs : Il comprend :

Le squelette de la cuisse : Il est constitué par un seul

os , le fémur . C'est un os long comportant une extrémité proximale , un corps ou diaphyse et une extrémité distale . Il articule en haut avec l'os iliaque (articulation coxo-fémorale) et en bas avec le tibia (articulation du genou) .

-Le squelette de la jambe : Il est formé par deux os longs , le tibia à l'intérieur et le péroné à l'extérieur .

-Le squelette du pied : Il comprend trois parties :

-1-Le tarse : Il est situé en arrière . On lui subdivise en 2 parties :

2 parties postérieures composées par deux os superposés (le talon et l'astragale) .

2 parties antérieures constituées par cinq os juxtaposés (le naviculaire , le scaphoïde et les trois cunéiformes) .

-2-Le métatarse : Il est situé en avant du tarse et est constitué par les cinq métatarsiens qui sont juxtaposés . On les numérote de un à cinq en allant de l'intérieur vers l'extérieur .

-3-Les phalanges : Elles constituent le squelette des orteils . Il y a trois phalanges sur les quatre derniers orteils et deux sur le gros orteil .

Les muscles des membres inférieurs : Ils sont classés en trois groupes :

-Les muscles moteurs de la hanche : Ils comprennent :

2 muscles fléchisseurs de la hanche : Ce sont , le psoas majeur , le tenseur du fascia lata et le couturier .

2 muscles extenseurs de la hanche : Il s'agit du grand fessier et des ischio-jambiers .

2 muscles abducteurs de la hanche : Ce sont , le moyen fessier , le petit fessier et le tenseur du fascia lata .

2 muscles adducteurs de la hanche : Le grand adducteur , le petit adducteur , le moyen adducteur et le droit interne .

2 muscles rotateurs de la hanche :

2 rotateurs externes : Le petit fessier , le pyramidal, les muscles obturateurs (interne et externe) .

2 rotateurs internes : Le tenseur du fascia lata et le petit fessier .

2- Les muscles moteurs du genou :

Les fléchisseurs du genou : Le demi-membraneux , le demi-tendineux et le biceps .

Les extenseurs du genou : Le droit antérieur , les deux vastes (interne et externe) et le crural .

3- Les muscles moteurs du pied :

Ceux réalisant la dorsiflexion du pied : Le jambier antérieur , l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil .

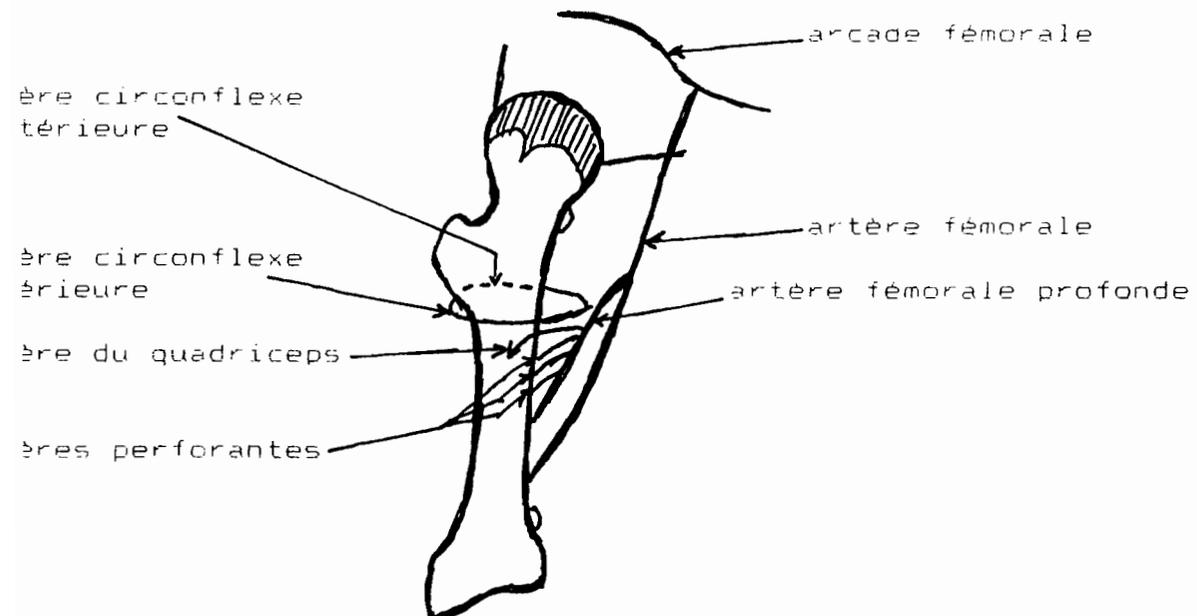
Ceux réalisant l'extension plantaire du pied et la flexion des orteils : Le triceps composé du soléaire et des deux jumeaux (interne et externe) , le fléchisseur commun des orteils et le fléchisseur propre du gros orteil .

Les éverseurs du pied : Les muscles péroniers latéraux (long et court)

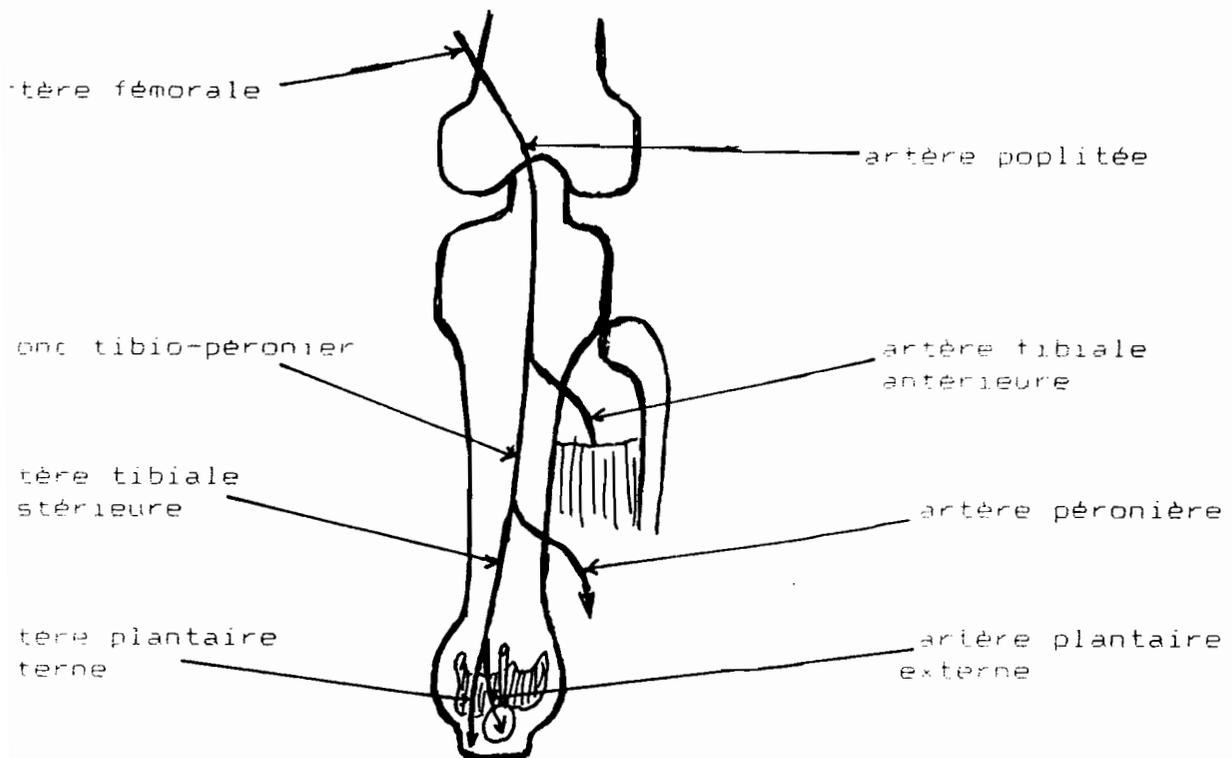
Le muscle inverseur du pied : Le muscle jambier postérieur .

4- Les vaisseaux des membres inférieurs :

- La vascularisation artérielle :



5- L'artère fémorale antérieure de la cuisse montrant l'artère fémorale et ses branches de division :



La partie postérieure terminale de la cuisse plus jambe montrant les branches de division de l'artère fémorale :

En résumé , on classe les artères des membres inférieurs en deux types :

1- Les branches extra-pelviennes de l'artère iliaque interne :

Il s'agit de branches courtes destinées à vasculariser la cuisse et la région fessière . Elles sont au nombre de trois : l'artère circonflexe , l'artère fessière et l'artère ischiatique .

2- L'artère fémorale et ses branches : L'artère fémorale est

caractérisée d'une diversité de bifurcations tel qu'on peut le constater sur les schémas ci-dessus .

L'artère fémorale au tiers supérieur de la cuisse passe dans le triangle de Scarpa situé dans l'aîne . A ce niveau , l'artère est superficielle , juste recouverte par la peau et l'aponévrose de la cuisse : c'est là qu'on palpe le pouls fémoral.

L'artère poplitée faisant suite à la fémorale passe dans le creux poplitée où elle est superficielle , recouverte seulement

par l'aponévrose : c'est là qu'on palpe le pouls poplité .

L'artère pédieuse fait suite à l'artère tibiaie antérieure à la région antérieure du cou-du-pied . Elle passe dans la région dorsale du pied où elle est superficielle .On palpe le pouls pédieux à peu près au milieu de la face dorsale du pied .

L'artère tibiaie postérieure est superficielle dans sa partie inférieure . Ainsi , on palpe le pouls tibial postérieur en arrière de la malléole interne .

Il faudra noter la pauvreté vasculaire de la face antérieure de la jambe .

1-3-Notions de physiologie artérielle : Le sang artériel venant

de l'aorte , arrive au membre inférieur par l'artère fémorale . Sous l'effet de la contraction de la paroi artérielle et le jeu des valvules , le sang artériel passe successivement dans l'artère poplitée puis l'artère pédieuse .Enfin , le sang artériel arrive au niveau des capillaires en contact avec les veinules . Ainsi , tout le membre inférieur est irrigué et l'amorce du retour veineux est des veinules .

1-4-Notions de physiopathologie artérielle :

Les principales artériopathies affectant les membres inférieurs sont :

l'artériosclérose : des dépôts lipidiques ou de cholestérol venant restreindre la lumière artérielle .

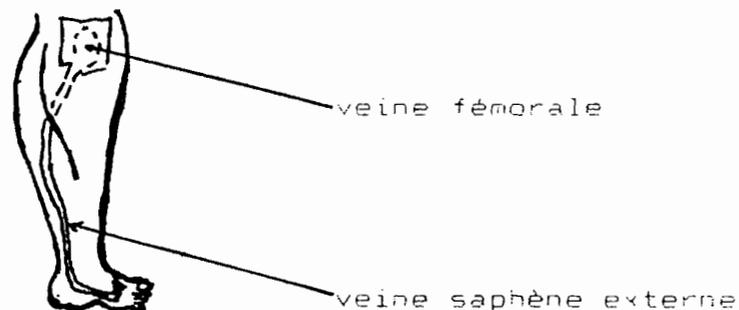
Les thromboses artérielles et les embolies artérielles sont le résultat d'une restriction de la lumière artérielle par un caillot de sang .

Les malformations artérielles .

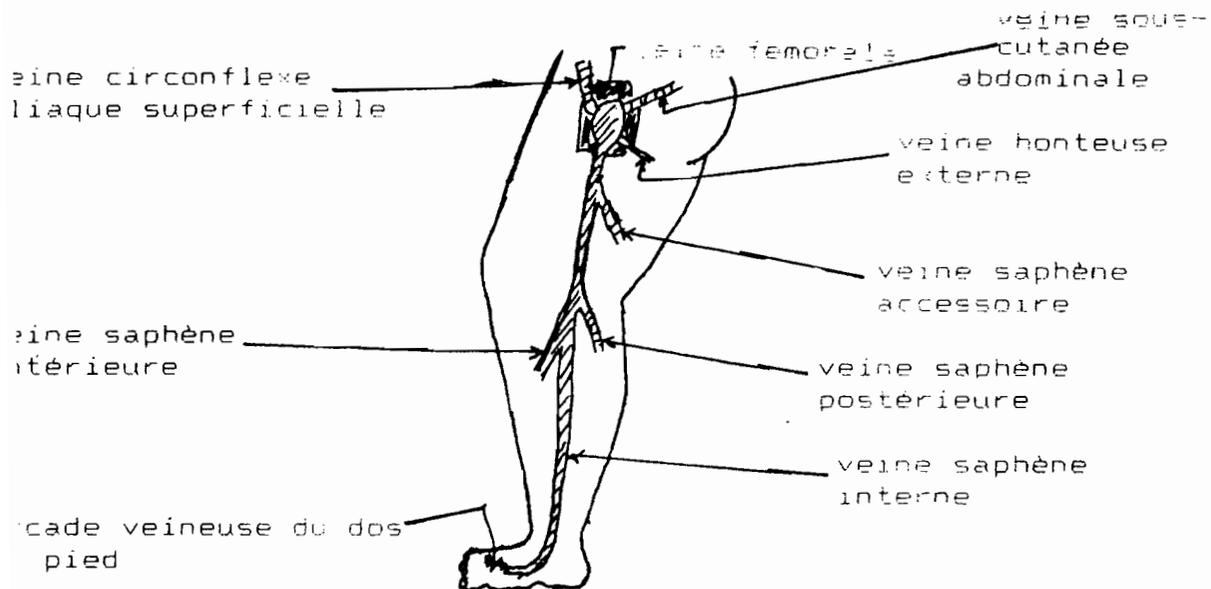
Toutes ces pathologies déterminent une oblitération plus ou moins significative du calibre artériel . Elles s'accompagnent d'une diminution de sang artériel donc des éléments nutritifs nécessaires à la trophicité cutanée . Ainsi , selon la gravité de l'insuffisance artérielle peuvent survenir spontanément une ulcère chronique ou aigue évoluant vers un ulcère chronique .

Par ailleurs , tout traumatisme secondairement surinfecté sur ce membre mal irrigué a de fortes chances d'évoluer vers la gangrène .

2-La vascularisation veineuse (5) :

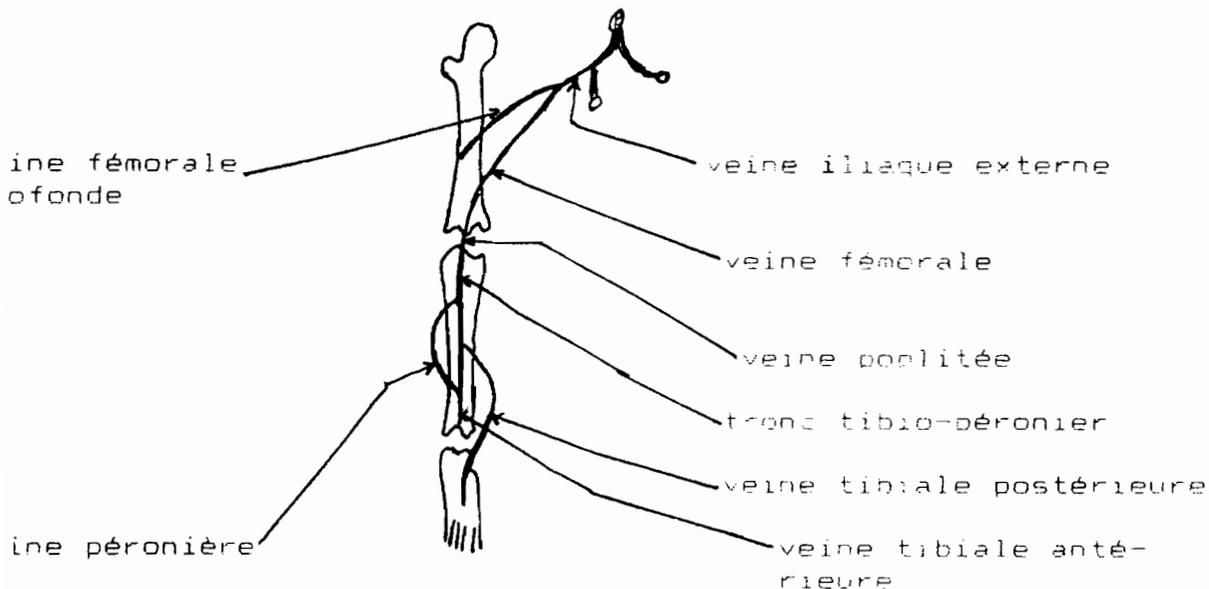


Vue externe de la jambe et du pied :



Vue interne du membre inférieur :

Les deux premiers schémas montrent les veines superficielles issues de la veine iliaque externe :



Vue antérieure :

Schéma montrant les veines profondes issues de la veine iliaque interne :

En résumé , on classe les veines des membres inférieurs en deux groupes :

2-1-Les veines tributaires de la veine iliaque interne : Ce sont la veine fessière et la veine ischiatique .

2-2-Les veines tributaires de la veine iliaque externe :Elles se subdivisent en deux groupes comme on le voit sur les schémas ci-dessus :

le système veineux superficiel ;

le système veineux profond constitué de veines profondes parallèles des artères . Elles portent le même nom que les artères et sont au nombre de deux quelquefois trois pour chaque artère . Il faut noter la présence des veines communicantes qui relient le système superficiel au système profond . Elles sont toutes munies de valvules et drainent à sens unique le sang de la périphérie vers la profondeur .

2-3- Notions de physiologie veineuse :La dynamique veineuse dépend de nombreux mécanismes moteurs :

1) la compression de la semelle veineuse :À chaque pas , la semelle veineuse est comprimée avec fuite brutale de son contenu . Elle présente le premier mécanisme .

2) la pompe musculaire du mollet : Le sang comprimé dans les veines par la contraction des muscles du mollet ne peut s'écouler que dans le sens où s'ouvrent les valvules , c'est-à-dire vers le cœur .

3) le jeu des valvules :Lors du fonctionnement de la pompe musculaire du mollet , les à-coups de pression entraînent l'ouverture des valvules dans leur sens d'orientation (de la périphérie vers la profondeur)

4) la pompe veineuse diaphragmatique :Elle intervient après l'action de la pompe musculaire du mollet ou seul en décubitus .

.A l'inspiration : La coupole diaphragmatique s'abaisse , entraînant une hyperpression abdominale et une dépression thoracique facilitant le transfert de sang de la veine cave inférieure vers la veine cave supérieure .

.A l'expiration : Le diaphragme s'élève , entraînant une hyperpression thoracique qui expulse le sang de la veine cave inférieure et des veines thoraciques vers l'oreillette droite ,

ce qui signifie que la dépression abdominale induit l'aspiration du sang des veines périphériques vers la veine cave inférieure .

5) le tonus veineux : La paroi veineuse n'est pas inerte et sa musculature lisse pariétale fait varier considérablement le diamètre

des vaisseaux veineux , contribuant à assurer la propulsion de leur contenu sanguin .

2-4-Notions de physiopathologie veineuse :

l'insuffisance valvulaire entraîne une circulation veineuse anarchique à contre-courant et le sang veineux reflue , au niveau des crosses saphéniennes interne ou externe ou des veines communicantes de la profondeur vers la surface .

Il en résulte que tous les mécanismes qui doivent normalement assurer une progression centripète du flux sanguin , exercent à la fois une action centripète et centrifuge . Ainsi le vaisseau veineux superficiel , moins maintenu et moins bien protégé que le réseau profond , subit une altération de ses parois et une hypertension considérable .

Au niveau des capillaires , l'hyperpression et la stase terminent des lésions pariétales qui entraînent une importante fuite plasmatisée et de l'œdème . Ces parois libèrent histamine , acétylcholine et bradykinine qui en provoquant une vasodilatation artérielle et une vaso-constriction veinulaire , aggravent la stase et la fuite plasmatisée , entraînant l'ouverture des shunts artériolo-veinulaires .

Ainsi se trouvent constituées les lésions des tissus sous-cutanés qui entraînent progressivement l'eczéma , l'éléphantiasis superficiel , les lésions cutanées et ulcères .

Cette insuffisance de la circulation veineuse peut être due à diverses étiologies :

Les malformations congénitales , souvent héréditaires peuvent se produire par :

- * une malformation des valvules ostiales saphéniennes ;
- * une faiblesse constitutionnelle des parois veineuses ;
- * des communications veino-veinulaires ou artériolo-veineuses .

Les affections acquises : Il peut s'agir d'une thrombose veineuse profonde reconnue ou latente , d'un traumatisme plus rarement .

La vascularisation lymphatique :

1-Les ganglions lymphatiques : Ils sont répartis en deux groupes :

ganglions poplités : Ils sont peu nombreux , trois à cinq et situés sous l'aponévrose poplitée donc difficiles à explorer .
ganglions inguinaux : Ils sont situés dans le triangle de Scarpa . Au nombre de cinq à vingt , ils sont localisés au-dessus de l'aponévrose donc aisément explorables .

2-Les vaisseaux lymphatiques : Ils comprennent :

es vaisseaux profonds satellites des veines profondes .
es vaisseaux superficiels satellites des veines superficielles .
L'ensemble de la circulation lymphatique va se jeter
ns la chaîne ganglionnaire lymphatique iliaque externe .

3-3- Notions de physiologie lymphatique :

lymphe interstitielle et vasculaire sont drainées par les
isseaux lymphatiques jusque dans le système veineux . Les
nglions lymphatiques sont des éléments de relais situés sur le
ajet des vaisseaux lymphatiques .

Les petits vaisseaux lymphatiques nés de toutes les
rties du corps rejoignent les gros troncs collecteurs qui
ouvrent dans les grosses veines du cou . Tous ces vaisseaux
mphatiques sont munis de valvules . La lymphe ainsi véhiculée
us l'action de la contractilité des vaisseaux et le jeu des
lvules , apporte aux cellules des éléments venant du sang
tériel et renvoie au sang veineux les déchets cellulaires .

3-4- Notions de physiopathologie lymphatique :

s réseaux lymphatiques superficiels et profonds accompagnent le
seau veineux jusqu'aux relais ganglionnaires inguinaux . Un
ainage inadéquat entraîne un oedème d'abord transitoire puis
réversible . Le retour lymphatique peut être compromis par :
Une hypoplasie lymphatique congénitale d'importance souvent
rime . C'est le lymphoedème primaire dont on connaît une forme
niliale (maladies de Milroy et de Meige) et une forme
radique .

Une altération des collecteurs survenant après une thrombose
neuse profonde , des épisodes infectieux (érysipèle ,
phangite) , une oblitération parasitaire (éléphantiasis
opical) , une compression , un envahissement tumoral . C'est le
phoedème secondaire .

Les nerfs des membres inférieurs :

-Innervation motrice :

ous les muscles moteurs de la hanche sont innervés par le nerf
ral .

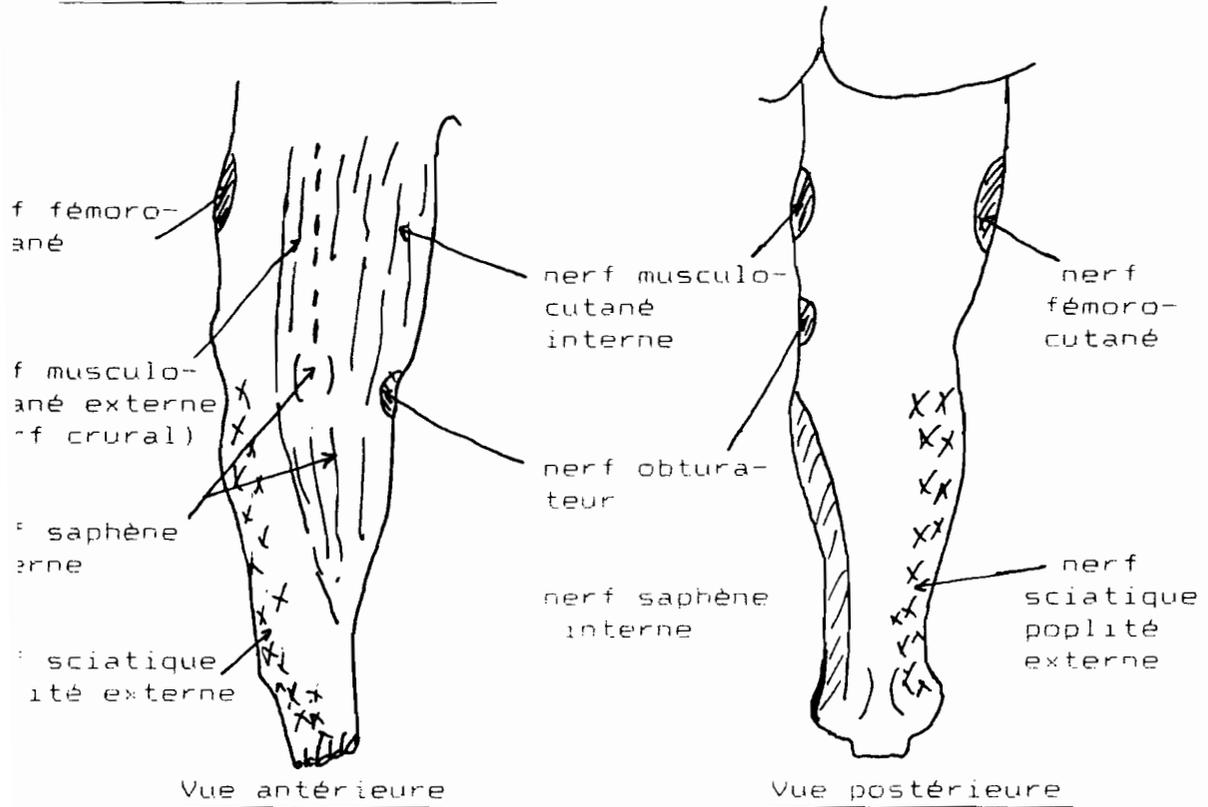
es muscles fléchisseurs du genou sont innervés par le grand
f sciatique .

es muscles extenseurs du genou sont innervés par le nerf
ral .

us les muscles moteurs du pied sont innervés par les deux
nches terminales du grand nerf sciatique (le sciatique poplité
erne et le sciatique poplité externe) .

ailleurs, les nerfs stimulent les vaisseaux sanguins et leurs mouvements de contraction. Ainsi, une atteinte de ces nerfs peut déclencher une insuffisance artérielle ou veineuse par lésion de ces vaisseaux. Alors, peuvent survenir des ulcères d'origine neuro-vasculaire

Innervation sensitive :



l'atteinte d'un de ces nerfs sensitifs entraîne une hypoesthésie au niveau du territoire innervé. Cette hyposensibilité à la douleur permet d'expliquer la possibilité de blessures insensées par les porteurs de neuropathie. Ainsi, cela peut constituer un ulcère secondairement infecté.

LES DIFFÉRENTES FORMES ÉTIOLOGIQUES :

Les ulcères chroniques de membres inférieurs sont d'étiologies diverses.

Étiologie vasculaire :

L'ulcère par insuffisance veineuse : (12) Il peut revêtir des aspects cliniques différents selon qu'il s'agit d'un ulcère trochantérien ou d'un ulcère post-phlébitique.

1-1-L'ulcère variqueux : C'est une ulcération peu profonde , à bords réguliers , siégeant à la région sus-malléolaire interne le plus souvent . Le membre atteint présente des paquets variqueux sur le trajet des saphènes à l'inspection . Des épreuves pratiques permettent de mettre en évidence une incontinence ostiale localisée ou généralisée des veines superficielles (épreuve de Trendelenburg) et la perméabilité des troncs veineux profonds (épreuve de Perthes) .

Sa facilité à cicatriser dès lors que l'insuffisance superficielle est correctement traitée est caractéristique .

Epreuve de Trendelenburg :

On place le patient en décubitus dorsal le membre surélevé pour vider les varices , puis on place un garrot à la racine de la cuisse pour interrompre la circulation profonde :

On fait lever le sujet et on enlève le garrot . Le remplissage tal de haut en bas démontre l'insuffisance de la valvule iliaque de la saphène interne .

On fait lever le sujet , on enlève le garrot : la veine se remplit lentement de bas en haut (plus de 30 secondes) , il n'y a pas d'insuffisance ni de la valvule ostiale ni des perforantes .

On fait lever le malade , on n'enlève pas le garrot . La saphène se remplit rapidement de bas en haut , il y a un reflux par les perforantes insuffisantes .

On fait lever le malade , la saphène se remplit brutalement de haut en bas à la levée du garrot et rapidement de bas en haut si on laisse le garrot , il y a à la fois insuffisance de la valvule iliaque et des perforantes .

Epreuve de Perthes :

Le patient debout , on place un lien modérément serré à la racine de la cuisse ou sous le genou pour bloquer la circulation veineuse superficielle . Sans desserrer le lien , on fait marcher le patient pendant quelques minutes :

Il y a gonflement rapide et douloureux des varices , tension mollette , c'est que la voie profonde est bouchée .

Les varices au contraire se collabent , c'est que la voie profonde est libre .

1-2-L'ulcère post-phlébitique : il s'agit d'ulcérations mineures quelquefois nombreuses, siégeant le plus souvent à la jonction retro et sus-malléolaire interne.

Il s'accompagne de douleurs névralgiques de la maladie

t-phlébitique. On note une importante atteinte des tissus péri-ulcéreux à type d'eczéma ou de capillarite ; et des tissus sous-ulcéreux à type d'œdème ou de cellulite retractile (dermato-sclérose en guêtre).

-3- Dans tous les cas : devant la non faisabilité des bilans vasculaires par la radiographie conventionnelle, notre diagnostic d'ulcère d'origine veineuse sera porté par les données cliniques.

- L'ulcère capillaritique : dans la plupart des cas il s'agit d'une atteinte cutanée secondaire à la thrombose des capillaires irriguant cette parcelle tégumentaire. Il en résulte des foyers superficiels de nécrose, de gangrène, des ulcérations plus ou moins étendues.

Cet ulcère se caractérise par des ulcérations multiples, fébriles, douloureuses, larges de 3 à 4 cm, superficielles, rarement profondes. Des dernières se cicatrisent en 2 ou 3 mois sous l'application des antiseptiques en laissant une fine cicatrice superficielle ; mais les récurrences sont possibles (25).

- L'ulcère par insuffisance artérielle : C'est une ulcération localisée sous la malléole externe, au dos du pied. Il est profond, mettant à nu les tendons. Le fond est recouvert d'une croûte adhérente, jaunâtre ou blanche. Les pieds sont froids avec l'absence de pouls périphériques distaux.

Les douleurs vives, génératrices d'insomnie lui confèrent une particularité (douleurs de décubitus) de même que les douleurs artéritiques à la marche exigeant la mesure du pas et du mètre de marche.

Devant la non faisabilité des bilans vasculaires, notre diagnostic dépendra de l'aspect clinique associé à la palpation des pouls périphériques à la recherche d'une hyperpulsatilité et l'auscultation des gros troncs artériels pouvant révéler des souffles.

On peut rencontrer ce type d'ulcère au cours des artériopathies athéromateuses, des angiopathies diabétiques, de l'athéromatose.

origine infectieuse :

Les infections bactériennes :

1- Les tuberculoses cutanées (10) : Certains types de tuberculose cutanée peuvent être responsables de cette pathologie aux membres inférieurs. Ce sont :

Le chancre tuberculeux : ici, il s'agit de l'infection d'une plaie d'entrée à type de traumatisme, de tatouage etc.. Il réalise une petite ulcération croûteuse, indolente, située surtout aux extrémités.

Le diagnostic est porté par le contexte, la découverte du bacille de Koch dans la lésion et/ou dans la biopsie.

La tuberculose gommeuse : elle se rencontre surtout chez les enfants malnutris et résulte d'une dissémination hémotogène du bacille à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral.

Sur les extrémités des nodules sous-cutanés apparaissent, se ramollissent et fistulisent à la peau. Ainsi, se réalisent des ulcérations multiples à bords irréguliers limités à l'emporte-pièce, à fond purulent.

Le diagnostic se fait par la découverte du bacille, la lecture histologique montrant un granulome tuberculoïde.

-2- Les mycobactérioses atypiques (10) : Certaines espèces de mycobactéries sont responsables d'ulcères chroniques de membres inférieurs. Parmi lesquelles :

Mycobactérium ulcéranus : il est responsable de l'ulcère de Mallochi.

À début, un nodule ou une nappe cellulitique apparaît à la jambe évolue rapidement vers un vaste ulcère nécrotique indolent, sauf que la surinfection peut rendre douloureux et fébrile avec risques de complications ostéoarticulaires. Les bords de cet ulcère sont décollés.

Son diagnostic est histologique par examen d'un fragment de biopsie qui montre :

À stade initial : une nécrose du pannicule adipeux et un grand nombre de bacilles prenant la coloration de Ziehl-Nielsen.

À stade tardif : un granulome tuberculoïde.

Même les bacilles sont visibles après culture sur milieu de Loewenstein.

Mycobactérium marinum : Il est responsable du granulome des poissons.

L'infection survient sur une peau préalablement lésée. Il se réalise des lésions papulo-nodulaires ou ulcérées le long d'un trou et lymphatique.

Le diagnostic repose sur la biopsie cutanée qui montre un granulome tuberculoïde dans lequel la coloration de Ziehl-Nielsen est pas souvent positive. Le diagnostic positif se fait par la lecture sur milieu de Loewenstein.

3- Les tréponématoses :

-3-1 La syphilis vénérienne (16) : Elle est due à Treponema pallidum variété S. C'est une maladie sexuellement transmissible évoluant en 3 phases. Passée les phases primaire et secondaire, les lésions chroniques des membres inférieurs surviennent à la phase tertiaire.

À cette phase tertiaire des gommes apparaissent aux membres inférieurs et évoluent en quatre stades : crudité, ramollissement, débridement et cicatrisation.

Elles peuvent se constituer des ulcérations multiples, torpides, adhérentes à l'emporte-pièce, à bords irréguliers, polycycliques. Le fond ulcéreux est purulent, parfois présence d'une adénopathie régionale.

Le diagnostic est porté par la positivité du V.D.R.L. et du R.H.A. ainsi que le contexte clinique et l'histopathologie.

-3-2- Les tréponémoses non vénériennes (9) (p : 318 - 323) :

Parmi elles, le pian et le bégel peuvent intervenir :

Le pian ou framboesia : L'agent pathogène est Treponema pallidum

variété Y. Il sévit à l'état endémique dans les régions chaudes et humides et évolue en trois phases.

Le chancre pianique de début peut guérir spontanément en laissant une cicatrice achromique. Parfois, il se transforme en un lumineux ulcère appelé "Maman pian" entouré de plus petites gommes à évolution chronique.

Le diagnostic est porté par :

l'examen au microscope à fond noir de la sérosité prélevée au centre des lésions qui montrent les tréponèmes mobiles.

une sérologie des tréponématoses positive (V.D.R.L.)

l'examen histopathologique montre des infiltrats granulomateux riches en plasmocytes.

Le bégel ou syphilis endémique : L'agent pathogène est Treponema

pallidum variété M. Il sévit à l'état endémique dans les régions arides-désertiques et sahéliennes et évolue en trois phases.

À la phase tertiaire, les gommes des parties molles sont comparables à celles de la syphilis vénérienne peuvent être responsables d'ulcères chroniques.

Son diagnostic est superposable à celui du pian.

1-4-Les lésions infectieuses localisées à germes banals : (3)

sont des infections non spécifiques dues à des germes banals comme le staphylocoque , le streptocoque , le protéus . Les lésions constituées sont à type de phlegmon , de furonculose , impétigo , d'ecthyma etc... Ces lésions peuvent prendre une évolution chronique .

Par ailleurs, l'infection secondaire d'une plaie traumatique par des germes banals aboutit à l'installation d'un abcès phagédénique tropical .

Leur diagnostic est porté par l'examen direct de la lésion prélevée au niveau des lésions montrant les bactéries , ainsi que la culture sur gélose ordinaire .

1-5-Les infections mycosiques :

Les mycétomes : (9) (p :265-267) .

sont des pseudo-tumeurs peu inflammatoires , chroniques , fistulisées , contenant des grains fungiques ou actinomycosiques .

Ce sont des mycoses profondes résultant de la pénétration de parasites à la faveur d'une excoriation cutanée ou d'une piqûre d'épine .

Le diagnostic positif est le plus souvent porté dès l'examen clinique . L'examen au laboratoire des grains prélevés à la profondeur de la tuméfaction intervient pour faire la différence entre les mycétomes fungiques et actinomycosiques . Cette différenciation a surtout un intérêt thérapeutique .

1-6-Les infections parasitaires :

Les leishmanioses cutanées : (9) (p:125-133)

au début , il s'agit d'une papule rouge s'étendant en surface et infiltrant en profondeur . Après , apparaît une ulcération centrale recouverte d'une croûte et reposant sur un nodule inflammatoire mal limité . Cette croûte possède des particularités d'émettre en profondeur de l'ulcère des prolongements . La lésion est parfois prurigineuse mais jamais douloureuse .La cicatrisation survient en plusieurs mois , voire plus d'un an au prix d'une cicatrice inesthétique .

Les lésions leishmaniennes ainsi décrites sont multiples et siègent surtout aux parties découvertes accessibles aux hébotomes .

La mise en évidence des leishmanies dans le prélèvement cutané après coloration de Giemsa permet de porter le diagnostic .

dracunculose ou dracontiasse : (9) (p :194-201)

est due à un nématode Dracunculus medinensis .

omme se contamine en consommant de l'eau contenant des cyclops actés .

La sortie du ver se fait en un point quelconque des pres inférieurs . Ainsi se réalise une petite ulcération vant prendre des signes de chronicité . Le plus souvent on rouve une adénopathie inguinale satellite .

Le diagnostic est clinique par la palpation du ver adulte s forme d'un cordon induré roulant sous les téguments et la alisation du ver qui pointe au niveau de la fistule .

Les ulcères liés à des troubles neurologiques : (22)

retiendra surtout les maux perforants plantaires d'origine non reuse .

Ce sont des ulcérations chroniques , indolores , non lammatoires , survenant sur une peau dyesthésique en regard ne zone d'appui (tête du premier et cinquième métatarsien , on) . Il s'agit d'ulcérations atones , de forme arrondie ou laire , dont la taille varie de quelques mm à plus d'un cm . bords sont saillants , taillés à pic et cerclés par un relet hyperkératosique .

Ces maux perforants plantaires peuvent être liés à un ble métabolique (diabète) ou à une cause infectieuse (tabès)

Leur diagnostic porte sur la recherche des troubles de la sibilité profonde et des tests biologiques : glycémie , osurie , sérologie syphilitique .

Les ulcères liés à une hémoglobinopathie : (9) (p :457-483)

plus fréquentes dans nos régions sont la drepanocytose et thalassémies . Ce sont des affections génotypiques actérisées par un trouble qualitatif ou quantitatif de smoglobine .

Dans tous les cas, ces ulcères sont fréquents entre 15 et ns . Ils siègent le plus souvent à la région malléolaire erne mais parfois ailleurs . Ils sont superficiels avec une ronne pigmentée . Leur bilatéralité et l'intensité des douleurs : caractéristiques . Parfois , ils sont unilatéraux et olument indolents .

Le diagnostic positif de la drepanocytose fait appel à un : de la falciformation des hématies (test d'Emmel) et à ectrophorèse de l'hémoglobine . Par contre , celui des assémies se fait seulement par l'électrophorèse de l'hémoglobine .

5- Les ulcères liés à certaines affections dermatologiques :

Plusieurs affections dermatologiques méritent une place dans l'étiopathogénicité des ulcères chroniques , parmi lesquelles :

-Le pyoderma gangrenosum : (23)

Cette affection débute par un nodule ou une papule qui s'ulcère en son tour . Ainsi , se constitue l'ulcération d'allure phagédénique par extension centrifuge . Elle est superficielle , à bords circulaires brutalement limités par un bourrelet comme (tracé au compas) , inflammatoire et ferme . Pas d'adénopathie satellite , la douleur est d'intensité variable . L'évolution se fait lentement vers la guérison laissant une cicatrice inesthétique .

Cette affection dermatologique est de cause mal connue , mais elle s'associe le plus souvent à des pathologies générales : ectocolite ulcéreuse , maladie de Crohn , polyarthrite humatoïde , leucémies aiguës , lymphomes , maladie de Takayasu etc....

Son diagnostic est essentiellement clinique par la constatation de l'aspect clinique ci-dessus décrit .

La sclérodémie :(19) Elle est caractérisée par la prolifération de fibres collagènes , durcissant la peau qui perd sa souplesse et sa mobilité . Ainsi , se crée le lit des ulcères chroniques faisant suite à des fissurations secondairement affectées .

-L'ulcère hypertensif : (19)

Il mérite une place particulière de part sa rareté et son étiologie . Il s'agit en effet , d'une rare complication de la maladie hypertensive . Son siège à la face antéro-externe de la partie moyenne de la jambe , fréquemment bilatéral peut évoluer vers une angiodermite nécrotique . Sa survenue sur un terrain d'hypertension artérielle ancienne et compliquée , son évolution rythmée par les accès hypertensifs , l'âge jeune des patients lui confèrent une individualité clinique .

Son diagnostic est clinique par la mesure régulière de la tension artérielle associée aux critères ci-dessus abordés .

- Les ulcères d'origine tumorale :

Certaines tumeurs peuvent secondairement s'ulcérer . Parmi elles on peut citer :

- les épithéliomas cutanés secondairement ulcérés ;
- le mélanome malin ulcéré ;

maladie de Kaposi ulcérée ;

les ulcères chroniques secondairement cancérisés .

Les causes diverses des ulcères de membres inférieurs : (19)

taines ulcérations s'intègrent dans un contexte sémiologique ailleurs riche et peuvent résulter d'altération de constituants du derme (sclérodermie , syndrome de Werner , déficit en prolidase) . La découverte d'un ulcère de membres inférieurs chez un homme jeune peut conduire à mettre en évidence une maladie chromosomique . Ainsi , Poizot Martin I. et ses collaborateurs (17) rapportent un cas d'ulcère de jambe associé à un syndrome de Klinefelter . Ces auteurs dégagent la fréquence de la maladie variqueuse des membres inférieurs au cours de ce syndrome , ainsi que celle du diabète sucré et des anomalies de la glycolyse .

LES METHODES THERAPEUTIQUES DES ULCERES DE MEMBRES INFERIEURS :

La prise en charge de cette affection reste encore largement du domaine de " l'art " médical . Par conséquent , les traitements possibles sont très nombreux , et chacun d'entre eux compte des adeptes enthousiastes . Il existe cependant dans ce domaine certains concepts de base dont la prise en compte se montre toujours bénéfique (4) .

Ainsi , cette prise en charge comportera au minimum le traitement local , le traitement général à visée étiologique , des mesures hygiéno-diététiques et la prévention du tétanos .

Le traitement étiologique : Il sera fonction des pathologies

associées à l'ulcère des membres inférieurs .

THOLOGIES LIEES AUX ULCERES		TRAITEMENTS PROPOSES
Insuffisance veineuse		-Le repos au lit -Les veinotoniques (Daflon *) -La contention élastique -La sclérose des veines par injections -Streeping .
Insuffisance artérielle		-Les vasodilatateurs -Les antiagrégants plaquettaires -Les anticoagulants -Désobstruction plus pontages après échec du traitement médical .
Tuberculoses cutanées		-Un antituberculeux comme Isoniazide (Rimifon*) au long cours(6 mois)
Mycobactériennes	Mycobacterium ulcerans	-Excision chirurgicale large suivie d'une greffe -Puis un antituberculeux à type de : . Clofazimine (Lamprène*) . Rifampicine (Rifadine* , Rimactan*)
	Mycobacterium marinum	-Excision chirurgicale -Puis antibiothérapie utilisant un des produits suivants : . Tétracycline . Minocycline . Doxycycline . Cotrimoxazole
Fongiques	Fongiques	-Excérèse chirurgicale complète -Nizoral*
	Bactériens	-Les sulfones (Disulone*) -Les sulfamides (Fansil*)
Syphilis et Treponematoses endémiques		-Une cure pénicillinée ou une injection IM de Benzathine pénicilline
Leishmanioses cutanées		-Dérivés de l'antimoine (Glucantime*) -Diamides (Lomidine*) -Amphotéricine B (Fungizone*) -Disulone*

PATHOLOGIES LIEES AUX ULCERES		TRAITEMENTS PROPOSES
Vacuolose		-Extraction mécanique du parasite -Serum antitétanique + couverture antibiotique
Leucocytose		-Transfusion sanguine -Aspirine* - Hydergine*
MALASSEMIES		-Transfusion sanguine -Acide folique -Parfois splénectomie
ODERMA GANGRENOSUM		-Disulone* -Lamprène* -Minocycline* -Thalidomide* -En cas d'échec utiliser les stéroïdes en topiques ou injections intra-lésionnelles ou par voie générale.
TUMEURS		-Exérèse chirurgicale avec ou sans curage ganglionnaire
HYPERTENSION ARTERIELLE		-Antihypertenseurs
DIABETE	Insulino-dépendant	Régime hypoglycémiant et insuline
	Non insulino-dépendant	-Régime hypoglycémiant plus sulfamides et biguanides

Traitements locaux ou symptomatiques : Ils sont communs à tous les ulcères quelque soit leur étiologie . Dans ce cadre on s'attachera à :

- Lutter contre l'infection ;
- Assurer la détersion ;
- Contrôler le bourgeonnement ;
- Favoriser l'épidermisation .

-Lutte contre l'infection : Elle doit être une motivation majeure , en sachant qu'en dehors du retard à la cicatrisation, elle peut s'étendre aux tissus sous-jacents avec risque de cellulites lymphangites , voire se généraliser conférant alors une septicémie .

fait de la diversité microbienne au niveau des
ères, les antibiogrammes réalisés à partir de prélèvements
ématiques sont discutables. Ceci car les germes testés aux
ibiogrammes ne sont pas forcément responsables de l'infection
?). D'une manière générale, en dehors des complications
ectieuses à type de cellulite péri-ulcéreuse, les médications
iseptiques gardent une place de choix (solution de
manganate de potassium, l'Hexoméline*, la Bétadine*
ation....)
s antibiotiques locaux à large spectre risquent de
actionner des souches résistantes. A ce titre, on
tendra : le fucidate de sodium (Fucidine*) , les cyclines
ales (Auréomycine*) .

- La détersion : Elle vise à débarrasser la lésion ulcéreuse des
sus nécrotiques et des sécretions pathologiques abris
robiens. Elle peut être :
canique, ayant l'avantage d'être plus efficace. Elle se fait
: à la curette, au bistouri, avec des compresses, ou au
cinostyle.
chimique, utilisant des enzymes protéolytiques comme la pommade
se*, le Débrisan* .

- Le bourgeonnement : Il se caractérise par l'apparition de
ts bourgeons charnus, rosés, donnant un aspect granuleux au
l ulcéreux. Sont utilisés :
es corps gras en pommade (vaséline*) ou en tuile (tuile gras
ère)
es pâtes et des poudres ou oxydes métalliques (oxyde de zinc)

- L'épidermisation : Elle parachève le processus de
itrisation. C'est l'étape la plus fragile où les conditions
siologiques doivent être les plus respectées. Elle peut être
elerée par la scarification de la zone de front, mais les
ifes constituent la thérapeutique essentielle de
idermisation (4) .

Les règles hygiéno-diététiques : Il convient de les appliquer

- se mettre à l'écart d'échec malgré un traitement curatif
remment correct :
orriger certains désordres métaboliques : excès- de poids ,
équilibres alimentaires

écessité d'une bonne mobilisation active en sachant que de
p longs séjours au lit ne peuvent que détériorer
gressivement le malade .
viter les efforts violents .
e garder des microtraumatismes et en traiter aussitôt les
séquences .
ur élever le bas du lit et éviter la station debout prolongée .

//

*Les ulcères chroniques
de membres inférieurs
observés à
l'Institut Marchoux*

LES ULCERES CHRONIQUES DE MEMBRES INFERIEURS

OBSERVES A L'INSTITUT MARCHOUX

Les ulcères chroniques de membres inférieurs sont l'observation courante au sein des patients venus consulter à l'Institut Marchoux . En effet , au terme de l'année 1990 , sur 97 consultations faites au service de dermatologie , 97 femmes étaient venues consulter pour un ulcère . Un grand nombre de ces patients soupçonnent la lèpre , justifiant leur demande de consultation à l'Institut Marchoux . Donc éliminer la lèpre devant toute ulcération chronique des membres inférieurs est un geste soulageant pour le patient .

Ainsi , notre étude sur les ulcères chroniques de membres inférieurs aura pour objectifs principaux :

- 1- Décrire les différents aspects cliniques rencontrés ;
- 2- Identifier les principales étiologies ;
- 3- Instituer une thérapeutique adéquate aboutissant à une cicatrisation de la perte de substance .

1- PATIENTS ET METHODES

Patients : Cette étude portera sur 50 observations faites du 01-09-90 au 14-11-90 au service de dermatologie de l'Institut Marchoux . Parmi ces observations , on note 32 hommes et 18 femmes d'âge variant entre 10 et 72 ans . 12 patients furent admis à l'ambulatorio et se présentaient chaque matin au service , tandis que les 38 autres ont été hospitalisés .

Toutes ces observations concernent des patients présentant une ou plusieurs ulcérations évoluant depuis trois mois ou plus , sans tendance à la cicatrisation spontanée .

Méthodes : Elles font intervenir un certain nombre de gestes :

1- Un examen clinique complet : Il permet d'étudier la sémiologie de la perte de substance, l'état des téguments péri-ulcéreux , l'état vasculaire des membres inférieurs et enfin l'état général du patient .

2- Des examens complémentaires Ils sont demandés en fonction de l'examen clinique et de la faisabilité . Ils sont pratiqués au laboratoire de l'Institut Marchoux :

2-1- un prélèvement de pus et sérosités de l'ulcération pour :

2-1-1- bactériologie : Après coloration de Gram , les

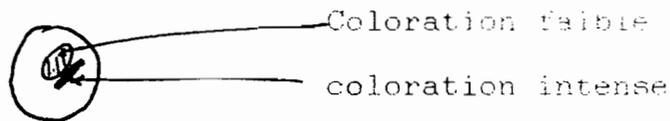
actéries Gram positif sont colorées en violet et les bactéries Gram négatif en rose .

Cette coloration de Gram utilise les réactifs suivants : le violet de Gentiane phéniqué , le lugol , la fuchsine diluée 1/10 , l'alcool à 95° .

La coloration de Gram se fait comme suit : On fixe par la chaleur le produit pathologique étalé sur une lame . Couvrir de violet de Gentiane phéniqué pendant 30 à 60 secondes . Enlever le violet par le lugol . A la fin du violet , laisser agir le lugol pendant 15 secondes . Verser goutte à goutte l'alcool à 95° jusqu'à ce qu'il n'entraîne plus de colorant . Laver rapidement à l'eau . Recouvrir la lame de fuchsine diluée pendant 20 secondes . Goutter , laver et sécher . Enfin , c'est l'observation microscopique .

-2-2-1-2- Parasitologie : Elle intervient surtout dans la recherche de corps de Leishman . Cette recherche se fait après coloration de May-Grünwald-Giemsa .

On recueille sur une lame le suc dermique par scarification du bourgeon de régénération (bordure ulcéreuse , près ablation de la croûte . Après assèchement colorer par le May-Grünwald-Giemsa . Puis on laisse sécher à l'air . Enfin , l'observation microscopique se fait à l'immersion .



Aspect microscopique d'une leishmanie

-2-2-1-3- Mycologie : Elle permet de différencier les mycétomes fongiques des actinomycosiques , après le diagnostic de mycétome évident à la clinique . Elle a surtout une importance thérapeutique .

On prélève du pus en profondeur de la tuméfaction polyfistulisée , qu'on met dans un récipient contenant de l'eau physiologique . On lave les grains , on observe à l'oeil puis examen direct au microscope pour en définir les caractères :

Les grains fongiques sont composés de filaments mycéliens (2 à 10 µ) réalisant un véritable feutrage mycélien .

Ces filaments mycéliens se terminent par des vésicules .

Les grains actinomycosiques sont fins (inférieurs à) et sont souvent bordés par des franges ou massues .

-2-1-4- Recherche de bacilles de Koch : Elle utilise la coloration de Ziehl- Nielsen , mettant en jeu les réactifs suivants : fuchsine phéniquée , acide nitrique au 1/4 , alcool à 95° , bleu méthylène .

Cette coloration comprend trois (3) temps :
1- Le frottis fixé par la chaleur est recouvert de fuchsine phéniquée . Chauffer la lame par sa face inférieure pendant dix minutes . Puis verser la fuchsine et laver à l'eau .

2- Recouvrir la lame d'acide nitrique pendant deux (2) minutes et jeter l'acide et laver à l'eau . Ensuite on recouvre la lame d'alcool à 95° pendant cinq (5) minutes . Enfin , on verse l'alcool et on lave à l'eau .

3- Recouvrir la lame pendant trente (30) secondes par le bleu de méthylène . L'observation se fait à l'immersion .

Le bacille de Koch qui est acido-alcool-résistant reste coloré en rouge .

-2-1-5- Recherche de tréponèmes : Par défaut du microscope à

l'ultra-violet , le laboratoire de l'Institut Marchoux utilise la coloration de Giemsa dans la recherche des tréponèmes .

Après avoir nettoyé la lésion avec de l'eau physiologique, pratiquer des scarifications pour recueillir la sérosité obtenue sur une lame . L'observation microscopique se fait à l'immersion avec la coloration de Giemsa .

2-2- Une numération formule sanguine (N.F.S.)

2-3- Une vitesse de sédimentation (V.S)

2-4- Un test d'Emmel

2-5- Une électrophorèse de l'hémoglobine Elle sera faite

en cas d'anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 10 grammes par litre) et un test d'Emmel positif .

2-6- Une glycémie à jeun .

2-7- Une glycosurie : Elle sera exécutée en cas d'élévation de la glycémie à jeun .

2-8- Une sérologie des tréponématoses (U.D.R.L)

2-9- Un bilan d'extension sera pratiqué en cas de suspicion de métastase ou de transformation néoplasique ou d'atteinte ostéo-articulaire :

Une radiographie du segment de membre atteint (face-profil)
Une radiographie des poumons (face-profil)
Une biopsie lésionnelle et ganglionnaire pour histopathologie .
L'analyse se fait par le laboratoire du Professeur Discamps en France .

2-3- Un raisonnement diagnostique : Le diagnostic se fait sur base des données cliniques et les résultats des investigations complémentaires .

2-3-1- Le prélèvement local portant sur le pus et les sérosités intervient à différents niveaux dans la prise de décision biologique .

2-3-1-1- La visualisation d'une flore bactérienne composée de germes banals après coloration de Gram ne saurait conclure à une origine infectieuse qu'en cas de négativité de tous les autres examens biologiques ; c'est donc un diagnostic d'élimination . Ceci parce qu'on estime que toute ulcération chronique présente un risque plus ou moins important de surinfection bactérienne .

2-3-1-2- La présence de corps de Leishman après examen direct permet le diagnostic de leishmaniose cutanée (bouton d'orient) .

2-3-1-3- L'objectivation de tréponèmes après coloration de Wansa (technique utilisée au laboratoire de l'Institut Richoux) , jointe à un V.D.R.L. positif confirment le diagnostic de tréponématose .

Pour faire la différence entre une tréponématose vénérienne et endémique , il faut des données cliniques bien rigées comportant la recherche d'une notion de chancre ou d'une date d'entrée .

2-3-1-4- Le diagnostic de mycétome est évident à la clinique . L'examen direct des grains permet de faire la différence entre les mycétomes fongiques et les actinomycosiques . Les grains des mycétomes fongiques noirs ou blancs sont de tropisme osseux , par contre ceux des mycétomes actinomycosiques rouges ou jaunes sont de tropisme surtout ganglionnaire .

L'intérêt de cette différenciation est surtout thérapeutique , en sachant que les mycétomes actinomycosiques sont traités médicalement alors que les fongiques nécessitent un traitement médical plus une intervention chirurgicale .

L'identification précise de l'espèce responsable repose sur l'étude histopathologique et la culture (sur milieu de Sabouraud pour les mycétomes fongiques , sur gélose ordinaire ou sur milieu de Loewenstein pour les actinomycosiques) . Cette identification est réservée à des laboratoires spécialisés .

2-3-2- L'anémie confirmée à la N.F.S. par un taux

hémoglobine inférieur à 10 grammes par décilitre , associée à un test d'Emmel positif conduisent à soupçonner une hémoglobinopathie. L'électrophorèse de l'hémoglobine permet de confirmer la nature drépanocytaire tout en précisant le type d'hémoglobine anormale en cause .

-3-3- Dans les cas graves de suspicion de cancérisation , se font une biopsie lésionnelle et parfois ganglionnaire en cas d'existence de ganglions extirpables , et enfin une radiographie du thorax qui visualisera l'existence de métastases osseuses , ganglionnaires et/ou bronchiques .

Plusieurs notions cliniques amènent le praticien à soupçonner cette complication majeure :

- l'âge avancé du patient ;
- la longue évolutivité de l'ulcération (des années durant) ;
- l'aspect bourgeonnant ou creusant de l'ulcère , d'odeur désagréable , saignant facilement au contact ;
- le contexte global d'altération de l'état général avec cachexie progressive .

-4- Une thérapeutique : comportant un traitement général à

cause étiologique , un traitement local symptomatique , la prévention du tétanos et parfois des conseils hygiéno-dietétiques.

Ce traitement local varie selon l'aspect de la lésion ulcéreuse en face , comme on le verra dans les observations :

ulcération peu étendue et sans atteinte osseuse : dans ce cas ,

il ne doit pas être pressé , le traitement local doit suivre l'ordre thérapeutique en fonction de l'aspect lésionnel . Il comportera :

• La détersion par bain dans une solution antiseptique enlevant à l'aide de compresses les sérosités et tissus nécrotiques .

• Le pansement de la lésion utilisant des produits différents suivant le stade d'évolution . Au début , le pansement doit se faire avec des compresses humides imbibées de solution antiseptique (bétadine* solution par exemple) . Au stade de bourgeonnement , se feront des pansements gras .

En cas de présence d'adénopathie satellite et de persistance de la lésion , une antibiothérapie générale doit s'associer à la détersion .

ulcération avec grands délabrements tissulaires et une atteinte

osseuse : le patient est adressé à la chirurgie pour juger une

ventuelle exérèse tissulaire , ou une exérèse monobloc s'adressant à la fois aux zones de fibrose cutanées et à la région osseuse atteinte . Cette atteinte osseuse constitue un véritable obstacle à la cicatrisation , car il s'agit presque toujours d'une périostite bactérienne qui ensemence continuellement la lésion ulcéreuse chronique .

Transformation épithéliomateuse d'un ulcère : le patient est

dans ce cas envoyé à la chirurgie pour entreprendre une exérèse de la tumeur suivie d'une greffe voire une amputation de membre avec curage ganglionnaire .

2-5- Le suivi : il occupe une place importante en sachant

en face à un ulcère de membres inférieurs il n'existe pas de héma thérapeutique standard et que le traitement change suivant évolutivité de l'affection .

2- NOS OBSERVATIONS

Nous rapporterons ici un cas pour chaque étiologie tenue et un de nos cinq (05) cas de transformation néoplasique. Au total dix (10) observations seront rapportées .

OBSERVATION N° 1

M^{lle} M.S. âgée de 23 ans , vient consulter pour une ulcération traumatique de la jambe droite évoluant depuis cinq ans avec des épisodes de rémission suivis d'aggravation , survenant habituellement pendant les périodes de froid (hivernage , saison froide)

Cette patiente est en état de retard staturo-pondéral : à l'âge de 23 ans , elle mesure 1,30 mètre et pèse 35 kg . Elle présente un effilement des extrémités et une saillie des bosses scapulaires . Le seul antécédent pathologique retrouvé est sa leucopénie dépistée il y a 4 ans à l'hôpital du point G .

A l'examen clinique : On note sur la région sus malléolaire de la jambe droite une ulcération suintante , ovale avec comme dimensions 4,5 cm x 3 cm x 1 mm de profondeur environ . Le fond ulcéreux est sale, purulent . La bordure ulcéreuse est infiltrée , nette et régulière . L'espace péri-ulcéreux est atrophique . L'état vasculaire des membres inférieurs est normal . Cependant , on note un léger oedème malléolaire du membre atteint . A la palpation , présence d'une volumineuse adénopathie satellite constituée d'un ganglion de 2 cm de diamètre environ , indolore ,

ile , roulant sur les plans profonds et non fistulisé à la J.

Le reste du tégument est respecté . On observe une sur conjonctivale . Les autres appareils offrent un examen nal . T.A. : 13 / 7 .

EXAMENS PARACLINIQUES :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Élévation de pus et sérosités la plaie pour : bactériologie	Présence de quelques poly-nucléaires altérés et de cocci Gram positif .
Parasitologie	Recherche parasitologique négative
mycologie	Recherche mycologique négative
Recherche de B. K.	Absence de B. K.
Recherche de tréponèmes.....	Absence de tréponème
F. S.	Hb : 5,7 g/dl
V. S.	Première heure : 3mn Deuxième heure : 5 mn
test d'Emmel	Positif
lectrophorèse de l Hb	Présence d'Hb SS et des traces d'Hb F
lycémie à jeûn	1 g/l
. D. R. L.	Négatif

ez cette patiente , la présence d'Hb SS à l'électrophorèse de o confirme le diagnostic de drépanocytose .

TRAITEMENTS INSTITUES :

Bain permanganaté avec débridement à la curette des prosoïtés et des tissus morts .

Pansement à la bétadine* solution dermique ;

Propiocrine* 500 mg : 2 comp matin , 2 comp soir pendant 10 jours;

Prendre relai avec Extencilline* 2400000 U.I. : une injection 1/semaine pendant un mois ;

Une injection de sérum antitétanique 1500 U.I.

SUIVI :

: Aspect propre du fond ulcéreux avec arrêt du suintement .

4 : disparition de l'œdème malleolaire et de l'adénopathie guinale . Comblement de la perte de substance et début de cicatrisation . L'ulcération mesure 4 cm x 2 cm .

0 : recoloration de la conjonctive . L'ulcération mesure 1 cm x 1 cm .

5 : cicatrisation de la totalité de l'ulcération .

OBSERVATION N°2

M^R L.T. âgé de 43 ans , enseignant se présente pour une lésion de la jambe droite évoluant depuis 4 mois , apparue après incision à visée curative d'une pyodermite .

On note un bon état général chez ce patient obèse pesant 80 kg , mais une légère élévation de la température (38°5) . Absence d'antécédent pathologique .

A l'examen clinique : Sur un fond d'infiltration oedémateuse

sur tout le membre inférieur droit , siège au niveau de la région malleolaire interne une ulcération arrondie avec 3 cm de diamètre profonde de 0,5 cm environ . Le fond ulcéreux est propre , de couleur rouge chair . La bordure ulcéreuse est infiltrée , dure et saillante . L'espace péri-ulcéreux est hyperpigmenté . Le reste du tégument est épargné avec absence d'adénopathie axillaire . L'examen des autres appareils est normal .T.A. : 15/9.

Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérums de la plaie pour : bactériologie	Présence d'une flore polymorphe composée de bacilles Gram positif et négatif. Par ailleurs, présence de cocci Gram négatif.
Parasitologie	Recherche parasitologique négative.
Mycologie	Recherche mycologique négative
Recherche de B.K.	Absence de B.K.
Recherche de tréponème	Absence de tréponème
. F. S.	Normale
. S.	Première heure : 4 mn Deuxième heure : 14 mn
Test d'Emmel	Négatif
. D. R. L.	Négatif
Glycémie à jeun	1 gr/l
Radiographie de la jambe droite	Absence d'atteinte ostéo-articulaire visible

Chez ce patient, face à l'absence de toute pathologie cise associée, nous maintenons le diagnostic d'élimination lésion chronique d'origine infectieuse locale (incision de pyodermite) compliquée d'érysipèle .

TRAITEMENTS INSTITUES :

soin permanganaté ;

pansement à la bétadine solution dermique ;

Stencilline* 2400000 U.I. : une injection I.M. par semaine pendant un mois ;

bandage élastique ;

une injection de sérum antitétanique 1500 U.I.

SUIVI :

3 : bonne évolution avec aspect finement granulomateux du fond cœréux .

4 : comblement de la perte de substance . Disparition de l'œdème du membre atteint .

0 : amorce du processus de cicatrisation ; l'ulcération mesurant 2 cm de diamètre .

Arrêt de la bétadine solution . Continuer avec un pansement gras utilisant de la vaséline blanche renouvelable tous les 2 jours .

5 : cicatrisation de la totalité de l'ulcère .

OBSERVATION N°3

M^{me} B.K. âgée de 20 ans épouse d'un ancien lépreux , cultivateur de profession , consulte pour une ulcération traumatique de la jambe droite par coup de houe . L'évolution se poursuivant depuis 5 ans malgré les thérapeutiques entreprises à domicile : application locale de poudre de pénicilline G et de multiples médications traditionnelles à base de plantes .

Absence d'antécédent pathologique chez cette patiente en bon état général .

A l'examen clinique : sur la face antéro-interne du tiers inférieur de la jambe droite , siège une ulcération ovale avec 6 cm x 8 cm de dimensions et profonde d'environ 1 cm . Le fond cœréux est sale , purulent . La bordure ulcéreuse est irrégulière , infiltrée et dure . L'espace péri-ulcéreux est hyperpigmenté . L'état vasculaire des membres inférieurs est normal .

A la palpation , présence d'une adénopathie inguinale droite satellite . Elle est faite d'un gros ganglion de 2 cm de diamètre , mobile , de consistance ferme et non fistulisé à la palpation . Le reste du tégument est épargné . Les autres appareils ont subi un examen normal . T.A. : 13 / 7

- Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérosités de la plaie pour :	
Bactériologie	Présence d'une flore polymorphe composée de cocci Gram positif et de bacilles Gram positif
Parasitologie	Recherche parasitologique négative
Mycologie	Recherche mycologique négative
Recherche de B.K.	Absence de B.K.
Recherche de tréponèmes	Absence de tréponème
N. F. S.	Normale
V. S.	Première heure : 10 mn Deuxième heure : 14 mn
Test d'Emmel	Négatif
Glycémie à jeun	0,92 g/l
V. D. R. L.	Négatif
Radiographie de la jambe droite	Epaississement de la corticale en face de l'ulcère (réaction périostée)

Chez cette patiente , devant l'absence de toute pathologie associée à son ulcère , nous retenons le diagnostic d'élimination d'ulcération traumatique secondairement infectée . Cette sa chronicité dépendant de la surinfection et des thérapeutiques empiriques instituées à domicile .

Traitements institués :

laine permanganaté avec débridement à la curette des sérosités et des morts .

Application de crème mitosyl* sur la zone péri-ulcéreuse et de mmade débrisan* dans le fond ulcéreux , puis pansement .

Erythromycine* 500 mg : 4 comp. par jour pendant 10 jours .
Une injection de sérum antitétanique 1500 U.I.

Suivi :

: aspect propre du fond ulcéreux .

Arrêt du mitosyl* et du débrisan* . Pansement à la tachine solution dermique .

4 : disparition de l'adénopathie inguinale satellite . Amorce du processus de bourgeonnement .

0 : le processus de bourgeonnement se poursuit .

5 : comblement du fond ulcéreux et amorce du processus de catrisation . L'ulcération mesure 11cm x 7 cm .

0 : l'ulcération mesure 9 cm x 6 cm .

Adressée ce jour à la chirurgie pour greffe en pastilles .

5 : bonne adhésion du greffon .

Ajouter propiocrine* 500 mg : 4 comp. par jour pendant 10 jours .

0 : la patiente est rentrée à domicile sans l'autorisation du personnel sanitaire avant sa guérison complète .

OBSERVATION N°4

M^R S.S. âgé de 27 ans , berger de profession marchant avec les pieds nus , se présente pour de multiples petites ulcérations siégeant dans une masse tumorale du pied gauche existant depuis 3 mois .

L'état général est conservé chez ce patient sans antécédent pathologique . Cependant , il accuse une gêne à la marche .

A l'examen clinique : On note sur la face interne du pied

intérieure une tuméfaction nodulaire , bosselée , irrégulière et perforée de multiples fistules laissant sourdre du pus et des croûtes noires . Cette tuméfaction de consistance molle , gardant le patient s'accompagne des principaux signes de l'inflammation . L'état vasculaire des membres inférieurs est normal . A l'inspection on retrouve une adénopathie inguinale gauche satellite ,

consistance ferme , adhérente aux plans profonds mais non
tulisée à la peau . Le reste du tégument est respecté . Les
res appareils offrent un examen normal. T.A. : 13 / 7 .

Examens paracliniques :

ATURE DES EXAMENS	RESULTATS
élévement du pus et sérosi- ités des plaies pour :	
Bactériologie	Présence de polynucléaires alté- rés et de cocci Gram positif en chaînette
Parasitologie	Recherche parasitologique négative
Mycologie	Présence de grains noirs mycé- liens
Recherche de B. K.	Absence de B. K.
Recherche de tréponème	Absence de tréponème
D. R. L.	Négatif
Glycémie à jeûn	0,86 g/l
F. S.	Leucocytose à 8900
S.	Première heure : 12 mn Deuxième heure : 19 mn
Test d'Emmel	Négatif
Radiographie du pied gauche	Absence d'atteinte osseuse visible

Chez ce patient le diagnostic de mycétome est évident à la
biopsie . Le prélèvement de grains nous a permis de confirmer
l'origine fongique .

Traitements institués :

soin permanganaté avec drainage du pus et des grains par
aspiration .
pansement à la bétadine* solution dermique .

Une injection de sérum antitétanique .
Prevoir une exérèse chirurgicale .

Suivi :

: tuméfaction légèrement diminuée de volume . Continuer avec extraction des grains .

† : Persistance des grains , continuer le drainage .

) : disparition de l'adénopathie inguinale , mais persistance des grains .

) : très bon aspect avec affaissement considérable de la tuméfaction .

ient transféré en service de chirurgie où ont été effectués :

un curage de la tuméfaction ;

une greffe en pastilles en second temps ;

les soins locaux .

Deux mois plus tard , le patient fût libéré après cicatrisation de la plaie opératoire .

OBSERVATION N°5

M^{me} M.S. âgée de 28 ans , ménagère, domiciliée à Ségou , consulte pour de multiples ulcérations des membres inférieurs . Le début fut marqué par l'apparition de lésions papulo-nodulaires secondairement ulcérées . L'évolution se faisant depuis 3 mois en l'absence de tout autre antécédent pathologique . L'état général de la patiente est satisfaisant , mais il faut signaler une légère fièvre à 38° C .

A l'examen clinique : On retrouve de nombreuses ulcérations

circulaires de diamètre variant entre 2 et 4 cm , à base infiltrée et dure . Après décapage de la croûte , on aperçoit un fond ulcéreux , rouge sombre . La croûte possède le caractère habituel de mettre des prolongements dans le fond ulcéreux . Ces lésions si décrites se situent dans les zones suivantes :

deux éléments sur la face antérieure de la jambe gauche ;

un élément sur la face antérieure de la cuisse gauche ;

deux éléments sur la face interne de la jambe droite .

Ces lésions ulcérées sont légèrement prurigineuses . L'état vasculaire des membres inférieurs est normal . A l'admission , absence d'adénopathie satellite . Le reste du tégument est respecté . Les autres appareils offrent un examen normal .

. : 13 / 8 .

Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérosités des plaies pour :	
Bactériologie	Présence de quelques cocci Gram positif
Parasitologie	Présence de leishmanies dans le prélèvement
Mycologie	Recherche mycologique négative
Recherche de B.K.	Absence de B.K.
Recherche de tréponème	Absence de tréponème
I. F. S.	Normale
S	Première heure : 4 mm Deuxième heure : 6 mm
test d Emmel	Négatif
lycémie à jeun	0,86 g/l
D. R. L.	Négatif

Chez cette patiente , l'aspect clinique et le résultat du levement local , permettent d'affirmer qu'il s agit bien d'une leishmaniose cutanée multifocale .

Traitements institués :

Lucantime* en injection I.M. :
 4 flacon par jour pendant 4 jours ;
 2 flacon par jour pendant 4 jours ;
 1 flacon par jour pendant 12 jours .
 Permanganaté plus pansement à la bétadine solution dermique
 et injection de sérum antitétanique 1500 U.I. .

Suivi :

: élimination des croûtes et aspect propre des fonds ulcéreux .
 : amorce du processus de bourgeonnement .

: comblement des fonds ulcéreux et début du processus de cicatrisation .

: il ne reste plus qu'une petite ulcération sur la face interne de la jambe droite mesurant 1 cm de diamètre .

: cicatrisation complète de toutes les ulcérations . On retrouve les cicatrices hypertrophiques .

OBSERVATION N°6

A.D. âgé de 27 ans , nous arrive dans un tableau de débilité tale et présente de multiples ulcérations faisant suite à desumatismes successifs . L'évolution se faisant depuis 7 ans par épisodes de rémission suivis d'aggravation . On retrouve à l'interrogatoire la notion de varice familiale .

A l'examen clinique : On retrouve de multiples ulcérations

cutanées et suppurées des faces antérieure et latéro-externe de la jambe gauche . Toutes ces ulcérations sont grossièrement rondes , de diamètre variant entre 2 et 5 cm . Les bordures indurées sont régulières et adhérentes .

Sur le membre atteint on retrouve de nombreux paquets lymphatiques sur le trajet des saphènes . La crosse de la saphène interne est dilatée mais non expansible à la touc . L'épreuve de Trendelenburg est positive . Le signe du flot est positif le long des trajets saphéniens sous tension . Les pouls périphériques sont normaux (65 par mn) . ON retrouve au niveau des deux pieds une hyperkératose plantaire fissuraire .A la palpation, on retrouve une adénopathie inguinale gauche satellite faite de 3 ganglions , de consistance ferme , mobiles , roulant sur les plans profonds . Les autres appareils révèlent un examen normal .

A. : 14 / 8

Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérosité des plaies pour : Bactériologie	Présence de nombreux polynucléaires et de cocci Gram positif en chaînette
Parasitologie	Recherche parasitologique négative
Mycologie	Recherche mycologique négative
Recherche de B.K.	Absence de B.K.
Recherche de tréponèmes	Absence de tréponème
D.R.L.	Négatif
F.S.	normale
S.	Première heure : 12 mn Deuxième heure : 28 mn
Test d'Emmel	Négatif
Glycémie à jeun	1 g/l

Chez ce patient , la notion d'incontinence ostiale de la phène interne montre l'état d'insuffisance veineuse . Ainsi, sur terrain trouvent lit les ulcères variqueux à la faveur du indre traumatisme . La surinfection bactérienne retrouvée dans prélèvement local serait ici une complication .

Traitements institués :

- Repos au lit .
- Bain permanganaté avec ablation des croûtes ,débridement des rosités et tissus morts .
- pansement à la bétadine* solution dermique .
- bandage élastique .

- propiocine* 500 mg : 4 comp. par jour pendant 10 jours .
- Daflon* : 4 comp. par jour pendant 10 jours .
- Une injection de sérum antitétanique 1500 U.I.

Suivi :

J7 : Bon aspect des ulcérations avec fonds propres .

J14 : Disparition de l'adénopathie inguinale satellite. Le processus de bourgeonnement est en cours .

J30 : Réduction des surfaces ulcéreuses de diamètre variable de 2 cm .

J45 : Cicatrisation de toutes les ulcérations et disparition des varices saphéniennes superficielles .

Maintenir le bandage élastique lors des activités quotidiennes pendant 1 mois . Eviction de la station debout prolongée , des jeux violents et surélever le bas du lit .

OBSERVATION N°7

M^{me} O.O. âgée de 30 ans , ménagère , se présente pour une ulcération de la jambe gauche évoluant depuis 1 an . Cette ulcération faisant suite à la rupture de lésions viculo-bulleuses .

On retrouve un antécédent de phlébite obstétricale du membre inférieur gauche , apparue 3 mois avant le début de l'ulcération . L'état général est conservé chez cette patiente obèse pesant 80 Kg .

A l'examen clinique : Sur un fond d'infiltration oedémateuse

de la jambe inférieure , siège au 1/3 inférieur de la jambe gauche une ulcération de 3 cm de diamètre et profonde d'environ 1 cm . Le fond ulcéreux est de couleur rouge sombre . La bordure

l'ulcère est infiltrée et dure . L'espace péri-ulcéreux est le siège d'une eczématisation avec présence de nombreuses ulcérations unctiformes . Toutes ces ulcérations sont suintantes et s'accompagnent de douleur à la marche et parfois même au décubitus . Absence de varices superficielles sur les deux membres inférieurs . Les pouls périphériques sont difficilement perceptibles sur le membre atteint du fait de l'œdème , et sont de pulsations normales au niveau du membre opposé (67 par minute)

À la palpation , présence d'une adénopathie inguinale gauche satellite . Le reste du tégument est épargné . Les autres appareils offrent un examen normal . T.A. : 14 / 8

- Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérosités des plaies pour :	
- Bactériologie	Présence de nombreux cocci Gram positif
- Parasitologie	Recherche parasitologique négative
- Mycologie	Recherche mycologique négative
- Recherche de B.K.	Absence de B.K.
- Recherche de tréponèmes.....	Absence de tréponème
Glycémie à jeûn	0,95 g/l
T. D. R. L.	Négatif
N. F. S.	Leucocytose à 8500/mm ³ Taux d'Hb : 11,5 g/dl
V. S.	Première heure : 42 mn Deuxième heure : 56 mn
Test d'Emmel	Positif
Électrophorèse de l'Hb	Présence d'Hb AS

Chez cette patiente , vu l'antécédent de phlébite téttricale et l'aspect clinique de l'ulcération , nous retenons l'origine post-phlébitique .

Traitements institués :

repos au lit ;
soin permanganaté avec élimination des sérosités et tissus morts ;
pansement mitosyl* sur la zone péri-ulcéreuse ;
pansement à la bétadine solution dermique ;

propioquine* 500 mg : 4 comp. par jour pendant 10 jours ;
bandage élastique ;
une injection de sérum anti-tétanique 1500 U.I. .

Suivi :

: arrêt du suintement et aspect propre des ulcérations .
: disparition de l'adénopathie inguinale . Début de résorption de l'œdème et amorce du processus de bourgeonnement .
: disparition de l'œdème et comblement de la grande ulcération .
: cicatrisation des ulcérations punctiformes . La grande ulcération mesure 2 cm de diamètre .
: on note une ulcération d'un cm de diamètre .
Poursuivre le pansement 1 jour sur 2 à domicile tout en maintenant le bandage élastique et à revoir 15 jours plus tard .
: cicatrisation de la totalité de l'ulcération .
Maintenir le bandage élastique au cours des activités quotidiennes pendant 1 mois .

OBSERVATION N°8

M^R N.T. âgé de 49 ans , tailleur de profession , consulte pour une ulcération de la jambe gauche . Le début fut marqué par un prurit intense , le grattage induit provoqua une ulcération dermique . L'évolution se faisant vers l'extension en surface et profondeur depuis 1 an environ . On retrouve un antécédent d'hypertension artérielle dépistée à l'hôpital de Ségou chez ce patient tabagique . Ce malade obèse pesant 93 kg conserve son état général .

A l'examen clinique : sur la face interne du 1/3 inférieur de la jambe gauche , siège une ulcération douloureuse , chaude et

néaire . Elle mesure 13,5 cm de long et 2 cm de large ; d'aspect superficiel . Le fond ulcéreux est propre , de couleur rouge chair . La bordure ulcéreuse est régulière et adhérente .

Absence de varices superficielles sur le trajet des artères au niveau des 2 membres inférieurs . A la palpation on trouve une hyperpulsatilité artérielle au niveau des pouls périphériques . Absence d'adénopathie satellite . Le reste du membre est épargné . Les autres appareils offrent un examen normal . T.A : 25 / 15 .

Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
Prélèvement de pus et sérosités des plaies pour :	
- Bactériologie	Présence de quelques cocci Gram positif
- Parasitologie	Recherche parasitologique négative
- Mycologie	Recherche mycologique négative
- Recherche de B. K.	Absence de B. K.
- Recherche de tréponèmes.....	Absence de tréponème
R.D.R.L.	Négatif
Glycémie à jeun	0,90 g/l
R.F.S.	Normale
R.S.	Première heure : 48 mn Deuxième heure : 78 mn
Test d'Emmel	Négatif
Radiographie de la jambe gauche	Absence d'atteinte osseuse visible

Chez ce patient, à la clinique sont à la faveur d'une origine artérielle de cet ulcère :

- la notion d'antécédent d'hypertension artérielle et une tension artérielle actuelle à 25/15 ;
- l'hyperpulsatilité artérielle ;
- le caractère superficiel de l'ulcération ;

la douleur locale ;
l'absence d'atteinte de la circulation veineuse superficielle et profonde.
Ainsi, nous maintenons le diagnostic d'ulcère de jambe associé à l'hypertension artérielle.

Traitements institués :

laine permanganatée ;
pansement à la bétadine* solution dermique ;
Erythromycine* 500 mg : 4 comprimé par jour durant 10 jours ;
régime sans sel ;
une injection de sérum anti-tétanique 1 500 UI

Suivi :

: Bonne évolution, le fond ulcéreux apparaît granulomateux.
: 24,5 / 14.
: T.A : 24,5 / 14.

ajouter Cyclotériam* au traitement à la dose d'un comprimé le matin.

: Très bonne évolution, l'ulcération mesure 15 cm de long et 12 cm de large. T.A.: 20 / 12 .
: L'ulcération mesure 12 x 1 cm. T.A : 19 / 11 .
: L'ulcération mesure 8 x 1 cm .
T.A. : 18 / 10 .
: L'ulcération mesure 4 cm x 0,5 cm . T.A. : 17 / 10 .
: L'ulcération mesure 2x 0,5 cm . T.A. : 16 / 10 .
5 : cicatrisation de la totalité de l'ulcération .
T.A : 15 / 10 .

Patient libéré avec conseil de suivre de très près l'évolution de son hypertension artérielle à l'hôpital de Ségou où il réside .

OBSERVATION N°9

le F.D. âgée de 16 ans, consulte pour de multiples ulcérations sur la jambe gauche, évoluant depuis 1 an sans tendance à la cicatrisation. Au début, il s'agissait d'une ulcération unique survenant suite à une blessure par la hache.

Cette patiente en bon état général ne présente aucun antécédent pathologique.

A l'examen clinique : sur la face antérieure du tiers supérieur de la jambe gauche, siège une grosse ulcération

ronde avec 4 cm de diamètre . Le fond ulcéreux est sale ,
 pulent . La bordure ulcéreuse est régulière , infiltrée et dure
 on note trois ulcérations satellites de 2 cm de diamètre
 riron chacune ,situées respectivement au tiers moyen de la jambe
 iche et à la cuisse gauche .L'état vasculaire des membres
 érieurs est normal .

La palpation , présence d'une adénopathie inguinale gauche
 que . Le reste du tégument est respecté . Les autres appareils
 érent un examen normal .T.A. : 13 / 7 .

Examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
prélèvement de pus et sérosités des plaies pour : Bactériologie Parasitologie Mycologie Recherche de B.K. Recherche de tréponème	Présence de bacilles Gram négatif et positif . Par ailleurs présence de cocci Gram positif Recherche parasitologique négative Recherche mycologique négative Absence de B.K. Présence de tréponème
.F.S.	Leucocytose à 800/mm ³
.S.	Première heure : 43 mn Deuxième heure : 90 mn
Test d'Emmel	Négatif
glycémie à jeun	0.84 g/l
.D.R.L.	Positif au 1/32 ^{ème}

Chez cette patiente , à la clinique l'aspect des lésions est à la faveur d'une infection pianique .

On retrouve une grande ulcération et des lésions satellites plus petites que la première .

La positivité du V.D.R.L. et la présence de tréponèmes viennent confirmer le diagnostic de tréponématose .

Traitements institués :

Bain permanganaté avec débridement des sérosités et tissus morts ;
 pansement à la bétadine* solution dermique ;

xtencilline* 2400 U.I : une injection I.M./ semaine ;
ne injection de sérum antitétanique 1500 U.I. .

Suivi :

aspect propre des fonds ulcéreux avec début de bourgeonnement.

: comblement des fonds ulcéreux . Disparition de l'adénopathie
uinale gauche satellite .

: cicatrisation des trois petites ulcérations . La grande
ération mesure 2 cm de diamètre .

: la grande ulcération mesure actuellement 1 cm de diamètre .

La patiente peut continuer son pansement à domicile et à
oir dans 15 jours .

: cicatrisation de la totalité des ulcérations .

OBSERVATION N° 10

M^RS.T. âgé de 40 ans , cultivateur est reçu pour une
ération évoluant depuis 10 ans . Le début fut marqué par une
dermite dont la rupture réalisa une ulcération . Cette dernière
nant une évolution chronique malgré les thérapeutiques
icales et traditionnelles entreprises à domicile . Il y a trois
s que le patient a remarqué le bourgeonnement actuel . On note
conservation de l'état général et l'absence d'antécédent
mologique .

l'examen clinique : Sur la face antérieure du tiers moyen de la
de droite , siège une ulcération bourgeonnante , recouverte
ne corne dure , de forme arrondie avec 4 cm de diamètre environ
bordure ulcéreuse est dure et adhérente . L'espace péri-ulcé-
atrophique .

L'état vasculaire des membres inférieurs est normal .

Sur le membre atteint , on note un étranglement de la
de par une guêtre scléreuse au niveau de l'ulcération.
lisant une espèce de garrot péri-tibial.

A la palpation, présence d'une adénopathie inguinale
te satellite, faite d'un ganglion à peine augmenté de
me, de consistance ferme, mobile, roulant sur les plans
fonds . Les autres appareils offrent un examen normal .

: 14 / 8 .

examens paracliniques :

NATURE DES EXAMENS	RESULTATS
examen histopathologique : biopsie ganglionnaire biopsie tumorale	Absence de ganglions extirpables Carcinome épidermoïde différencié et mature, hyperkératinisant
D. R. L.	Négatif
F. S.	Normale
S.	Première heure : 14 mn Deuxième heure : 18 mn
test d'Emmel	Négatif
glycémie à jeûn	0,92g /l.
radiographie de la jambe droite	Absence d'atteinte osseuse visible
radiographie du thorax	Absence d'anomalie visible

Plusieurs notions cliniques apparaissent pour le compte d'une transformation épithéliomateuse actuelle :

l'âge avancé du patient (40 ans)
la longue évolution de l'ulcération (depuis 10 ans)
l'apparition d'un bourgeonnement recouvert d'une corne .

L'examen histopathologique vient confirmer l'hypothèse de transformation épithéliomateuse de cet ulcère infectieux .

Traitements institués :

bain permanganaté
pansement à la bétadine solution dermique
une injection de sérum anti-tétanique 1500 UI .

Suivi :

: Aucune amélioration
l : Pas d'amélioration
): Transfert du patient en service de chirurgie où ont été pratiqués :
ln curage tumoral débordant de 4 cm sur la peau saine ;
lne greffe en pastilles en second temps ;

s soins locaux ;

opiocine *500 mg :2 comp. matin , 2 comp. soir pendant 15 s .

: Bonne adhésion du greffon .

: Bonne évolution se faisant en dehors de signes de nfection .

: Cicatrisation de la totalité de l'ulcération .

ESULTATS :

Résultats cliniques : L'analyse des données cliniques de 50 observations a permis une classification de différents cts en fonction de l'étendue et de la profondeur de l'ulcère.
1- Suivant l'étendue de l'ulcère : On distingue :

- s petites ulcérations à grand axe inférieur à 5 cm ;
- s grandes ulcérations à grand axe compris entre 5 et 10 cm ;
- s nappes ulcérées à grand axe supérieur à 10 cm .

ASPECT CLINIQUE SELON L'ETENDUE	EFFECTIFS	%
etites ulcérations à grand axe inférieur à 5 cm	26	52
randes ulcérations à grand axe compris entre 5 et 10 cm	17	34
nappes ulcérées à grand axe supérieur à 10 cm	7	14
Total	50	100

LEAU 1 : Classification des différents aspects cliniques selon l'étendue de l'ulcère .

-2- Suivant la profondeur de l'ulcère : On rencontre :

- es ulcérations superficielles de profondeur inférieure ou égale cm ;
- es ulcérations creusantes de profondeur supérieure à 1 cm ;
- es ulcérations bourgeonnantes ;
- es ulcérations croûteuses .

ASPECT CLINIQUE SELON LA PROFONDEUR	EFFECTIFS	%
Les ulcérations superficielles de profondeur ≤ 1 cm	27	54
Les ulcérations creusantes de profondeur > 1 cm	14	28
Les ulcérations bourgeonnantes	3	6
Les ulcérations croûteuses	6	12
Total	50	100

TABLEAU 2 : Classification des différents aspects cliniques selon la profondeur de l'ulcère

1-3- Classification générale des aspects cliniques en fonction de l'étendue et de la profondeur :

SELON LA PROFONDEUR	SELON L'ETENDUE						Total	
	Petites ulcérations		Grandes ulcérations		Nappes ulcérées		Effectifs	%
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
Ulcérations superficielles	16	32	8	16	3	6	27	54
Ulcérations creusantes	4	8	7	14	3	6	14	28
Ulcérations bourgeonnantes	1	2	1	2	1	2	3	6
Ulcérations croûteuses	5	10	1	2	0	0	6	12
Total	26	52	17	34	7	14	50	100

TABLEAU 3 : Classification générale des aspects cliniques rencontrés

1-4- La localisation : les ulcères peuvent siéger partout sur s membres inférieurs, à la cuisse ,à la jambe , au pied .

<i>SIEGE</i>		<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
JAMBE	Tiers supérieur	2	4
	Tiers moyen	12	24
	Tiers inférieur	28	56
PIED		7	14
CUISSE		1	2
TOTAL		50	100

ABLEAU 4 : Répartition topographique des 50 cas d'ulcération

1-5- Le mode de début :

<i>MODE DE DEBUT</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
Traumatique	27	54
Rupture d'une pyodermite ou de lésions vésiculo-bulleuses	20	40
Inconnu	3	6
Total	50	100

ABLEAU 5 :Repartition des cas selon le mode de début

1-6- La durée d'évolution :

DUREE D'EVOLUTION	EFFECTIFS	%
Moins d'un an	26	52
Entre 1 et 10 ans	21	42
Entre 10 et 20 ans	1	2
Plus de 20 ans	2	4
Total	50	100

TABLEAU 6 : Repartition des cas selon la durée d'évolution
1-7- Le stade évolutif :

STADE EVOLUTIF	EFFECTIFS	%
Ulcères chroniques de durée d'évolution comprise entre 3 mois et moins de 10 ans .	45	90
Ulcères cancérisés	5	10
Total	50	100

TABLEAU 7 : Repartition des cas selon le stade évolutif

REGENERESCENCE MALIGNNE	RESULTATS DE L'EXAMEN HISTOPHOLOGIQUE
1 ^{er} cas	Carcinome épidermoïde spinocellulaire plus métastases ganglionnaires
2 ^{ème} cas	Carcinome épidermoïde différencié ,mature et hyperkératinisant
3 ^{ème} cas	Epithélioma spinocellulaire
4 ^{ème} cas	Epithélioma spinocellulaire
5 ^{ème} cas	Epithélioma spinocellulaire avec envahissement des os de la jambe

TABLEAU 8 : Montrant la confirmation histopathologique des cinq (5) cas de transformation épithéliomateuse .

1-8- L'état du sous-sol osseux : Parmi nos 50 cas seulement 2
présentaient une atteinte osseuse sous forme de périostite de la
partie inférieure du tibia en regard de l'ulcération pour
le premier cas, et de lyse osseuse massive du tiers inférieur du
tibia et du péroné pour le second cas.

1-9- Evaluation de fréquence :

1-9-1- Selon l'âge dans les deux sexes :

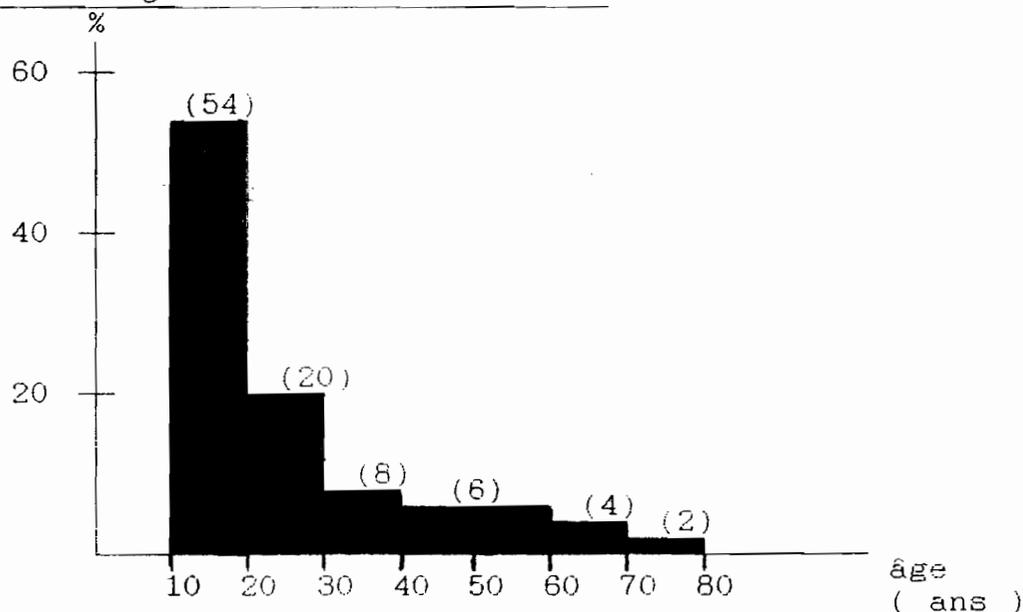


Fig.1: Fréquence des ulcères selon l'âge dans les deux sexes.

1-9-2- Selon l'âge chez l'homme :

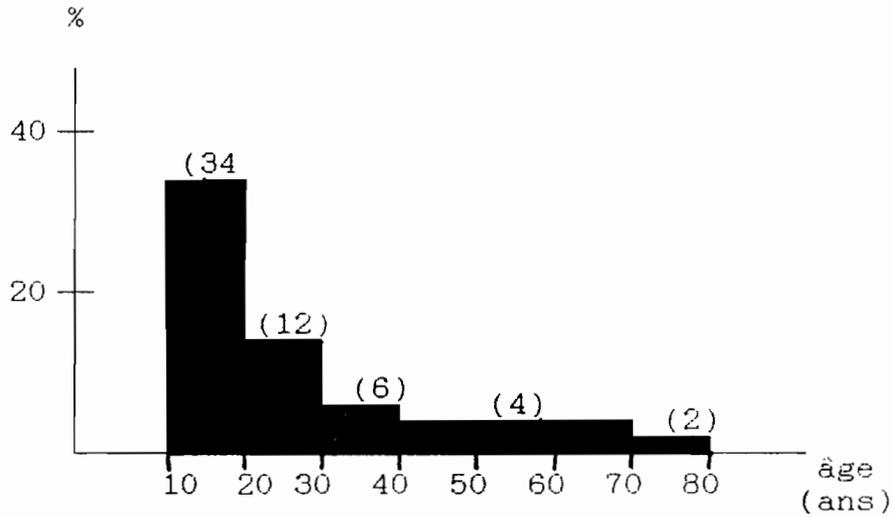


Fig.2 : Fréquence des ulcères selon l'âge chez l'homme .

1-9-3- Selon l'âge chez la femme :

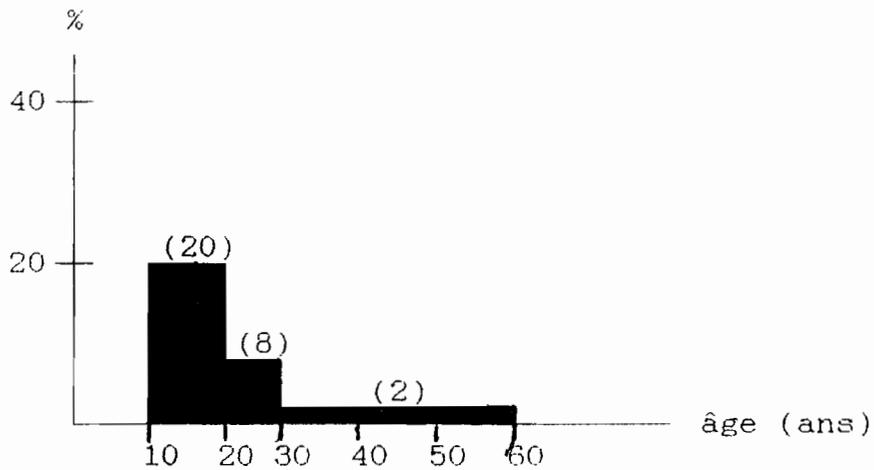


Fig.3 : Fréquence des ulcères selon l'âge chez la femme.

1-9-4- Selon le sexe: On note :

38 hommes soit 64 % ;

2 femmes soit 36 % .

1-10- La profession :

PROFESSION	EFFECTIFS	%
Cultivateur	13	26
Ménagère	9	18
Elève	9	18
Vendeur	3	6
Tailleur	2	4
Tisserand	1	2
Berger	1	2
Enseignant	1	2
Employé de bureau	2	4
Mécanicien	1	2
Sans profession	8	16
Total	50	100

Figure 9 : Classification des ulcères selon la profession .

Résultats étiologiques : Selon notre raisonnement diagnostique décrit dans la méthodologie , les 50 cas furent rattachés à 12 étiologies .

<i>ETIOLOGIES</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
Infection locale à germes banals	31	62
Leishmaniose cutanée	2	4
Mycétome	2	4
Pian	1	2
Drepanocytose	4	8
Ulcère et HTA	1	2
Insuffisance veineuse	4	8
Transformation épithéliomateuse	5	10
Total	50	100

Tableau 10 : Repartition des 50 cas entre les étiologies .

- Résultats thérapeutiques : La prise en charge thérapeutique nos 50 cas fût uniquement médicale pour certains , alors que autres ont exigé une intervention chirurgicale à type de curage ionnel associé à une greffe en pastilles en second temps , ou amputation .

ETIOLOGIES	TRAITEMENT MEDICAL		TRAITEMENT CHIRURGICAL			
			greffe en pastilles		Amputa- tion	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Infection locale par des armes banals	30	60	1	2	0	0
Transformation épithé- liomateuse	0	0	3	6	2	4
Leishmaniose cutanée	2	4	0	0	0	0
Lycétome	0	0	2	4	0	0
Léan	1	2	0	0	0	0
Lepraanocytose	4	8	0	0	0	0
TA et ulcère	1	2	0	0	0	0
Insuffisance veineuse	4	8	0	0	0	0
Total	42	84	6	12	2	4

BLEAU 11 : Montrant le type de traitement institué suivant les
étiologies

- Suivi : Tous nos 50 cas pris en charge ont été suivis
qu'à la guérison pour 40 , les autres furent libérés après une
amélioration évidente . Ces derniers devaient continuer leur
sement à domicile et se présenter tous les quinze jours
contrôle médical .

ETIOLOGIES	TRAITEMENT MEDICAL			
	Guérison		Amélioration	
	Eff .	%	Eff .	%
Infection locale par des tombes banals	30	60	0	0
Diabète cutané	2	4	0	0
Plan	1	2	0	0
HTA et ulcère	1	2	0	0
Drepanocytose	2	4	2	4
Insuffisance veineuse	3	6	1	2
Total	39	78	3	6

TABLEAU 12 : Montrant la réponse au traitement des 42 patients traités médicalement

ETIOLOGIES	TRAITEMENT CHIRURGICAL							
	Exérèse chirurgicale plus greffe				Amputation			
	Guérison		Amélioration		Guérison		Amélioration	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Infection locale par tombes banals	0	0	1	2	0	0	0	0
Déformation épithé- maleuse	2	4	0	0	2	4	0	0
Mycétome	2	4	0	0	0	0	0	0
Total	4	8	1	2	2	4	0	0

TABLEAU 13 : Montrant la réponse au traitement des patients traités chirurgicalement

Sur le tableau 13 , on note l'absence du cinquième cas de cérisation , car la patiente présentant un carcinome dermoïde spinocellulaire et des métastases ganglionnaires n'a été d'accord pour l'amputation de son membre associé a un age ganglionnaire .

- Les complications rencontrées : Elles sont de deux ordres :

-1- Celles observées dès la réception des malades : Ce sont :

es 5 cas de transformation épithéliomateuse ;

Les 40 cas présentant une adénopathie inguinale uni ou atérale dont nous donnons une signification de surinfection .

-2- Celles observées après le traitement : ce sont :

es deux cas d'invalidité après amputation de membres ;

u contraire , il n'y a pas eu de cas de septicémie ni de anos que l'on prévenait par une injection systématique de sérum itétanique chez tous nos patients n'ayant pas la preuve d'une cination récente .

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

- Discussions cliniques :

es nos observations , nous avons pu constater différents types lcerations selon l'étendue et la profondeur de la perte de stance (Tableau 3) . Par contre , dans la littérature on ne rouve pas une classification des ulcérations chroniques dans un re général selon les dégats tissulaires , mais en fonction des ologies .

Ces ulcérations chroniques d'après notre étude ont pour ge de prédilection la jambe soit 84 % des cas , et plus cisement le tiers inférieur soit 56 % (Tableau 4) . Cette te localisation des ulcères au tiers inférieur de la jambe peut nterpréter diversement . D'une part intervient le manque de tection vestimentaire , de l'autre la faiblesse du sous-sol ané , la peau reposant directement sur l'os au niveau de la e antérieure de la jambe .Cet constat sur la topographie des ères se retrouve presque partout dans la littérature . si, Dégos R. (7) fixe pour siège électif des ulcères la tie interne du tiers inférieur de la jambe , au-dessus ou au eau de la malléole , dans le territoire de la naissance de saphène interne .

Selon nos observations le début de cette pathologie onique se faisait par un traumatisme dans 54 % des cas , par

ouverture d'une pyodermite ou de lésions vésiculo-bulleuses dans 6 % des cas et de façon spontanée dans 6 % des cas (Tableau 5).
différents modes d'apparition des ulcères ont été repris par Dégos R. (7) qui disait à propos de ces différents modes de début :
le début est parfois subit à la suite d'un traumatisme , de la rupture hémorragique d'une petite varice superficielle , de l'ouverture d'une pyodermite . Le plus souvent, l'ulcère se constitue progressivement par la mortification du tégument sur une tige thrombosée ou au sein d'une plage de capillarite . Il peut également se constituer incidieusement sur une peau normale sans raison apparente " Cependant , on peut constater que l'auteur ne place pas les traumatismes et l'ouverture des pyodermites et lésions vésiculo-bulleuses en premier lieu dans les circonstances d'apparition des ulcères . Ce fait tient surtout à une différence étiologique, car on comprend que l'auteur parle à la faveur de l'origine vasculaire , alors que c'est l'origine infectieuse qui prime dans nos observations quelle soit primitive (rupture d'une pyodermite) ou secondaire (traumatisme surinfecté)

Le tableau 6 montre que 52 % de nos cas ont une durée d'évolution inférieure à un an , 42 % ont une durée d'évolution entre un et dix ans . Les premiers se traduisent seulement par un retard à la cicatrisation lié à une surinfection locale par des germes banals . Par contre , les seconds s'accompagnent le plus souvent d'une autre pathologie en- dessous du retard à la cicatrisation (drepanocytose , insuffisance veineuse , HTA , diabète , lèpre , mycétome , pian , épithélioma spinocellulaire) durant cette durée d'évolution on retrouve différents stades évolutifs . C'est ainsi , qu'au cours de notre étude on a pu constater 45 cas soit 90 % d'ulcères chroniques de durée d'évolution comprise entre 3 mois et moins de 10 ans et 5 cas soit 10 % d'ulcères cancérisés(Tableau 7). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux retrouvés par Bassenne N. (2), qui après l'étude de 23 cas d'ulcères a pu constater 18 cas d'ulcères chroniques soit 78 % et 5 cas d'ulcères cancérisés soit 22 % . D'autre part , Mazer A. et collaborateurs (15) estiment à 10 % le risque de cancérisation d'un ulcère chronique de jambe .

Les 5 cas de cancérisation ont pour durée d'évolution respective 40 ans pour le premier cas , 10 ans pour le second , 12 ans pour le troisième , 30 ans pour les deux autres cas . Ces constatations rejoignent celles de Dégos R. (7) qui dit que la cancérisation survient en général sur des ulcères tropicaux et est tardive , par exemple après 15 ans d'évolution continue .

Par ailleurs , dans notre évaluation de fréquence des

ulcères (Fig.1, Fig.2, Fig.3) on se rend compte que ces derniers sont plus nombreux entre 10 et 30 ans . Cette forte fréquence dans la tranche d'âge de 10 à 30 ans s'explique par le fait que c'est elle qui constitue la jeunesse active plus sujète aux traumatismes occasionnant la majeure partie des ulcères . Entre autres , la fréquence des ulcères dans notre étude est plus élevée chez l'homme 64 % des cas , que chez la femme 36 % des cas . Ceci peut tout de même s'expliquer par les multiples activités des hommes qui les exposent plus aux traumatismes . Par contre dans la littérature , ce sont les femmes qui constituent la population à haut risque (rôle des grossesses) . Dans ce sens , Buxton K.(4) affirme que 2 % des femmes âgées de 80 ans et plus ont des ulcères de jambe , et que ces derniers représentent les conséquences tardives des risques d'atteinte veineuse au cours des grossesses . D'une manière générale , nos statistiques ne sont pas comparables à celles d'Europe où le maximum de fréquence est observé chez les personnes âgées et les étiologies sont surtout vasculaire ou tumorale .

Dans notre étude, la fréquence des ulcères est plus élevée chez les cultivateurs qui sont au nombre de 13 soit 26 % des cas (Tableau 9) . On peut comprendre cette haute fréquence par la grande survenue de traumatismes de membres inférieurs dans ce groupe .

2-Discussions étiologiques :

Dès notre recherche étiologique, il ressort qu'aucune pathologie précise ne fût retrouvée dans 31 de nos cas . Dans ces cas, la présence dans le prélèvement local d'une flore bactérienne le plus souvent polymorphe après coloration de Gram, nous a amené à définir l'origine infectieuse locale à germes banals . Ces cas sont les plus nombreux et représentent 62 % de nos observations . Par ailleurs, le pian infection bactérienne spécifique fût constaté dans 2 % de nos observations . L'infection parasitaire à des leishmanies représente 4 % de nos observations . Une infection mycosique profonde témoignée par la présence après examen direct de grains mycéliens dans le prélèvement local , nous a permis d'incriminer un mycétome fongique dans 4 % de nos observations . Au total , nous avons retenu l'origine infectieuse dans 72 % des cas , qu'elle soit bactérienne banale , bactérienne spécifique , parasitaire et mycosique profonde .

Au titre des ulcères d'origine non infectieuse nous avons rencontré 4 cas soit 8 % chez des drepanocytaires , 1 cas soit 2% chez un ancien hypertendu , 4 cas soit 8 % chez

insuffisants veineux et enfin 5 cas soit 10 % de cérisation . Au total 28 % d'ulcères d'origine non infectieuse (Tableau 10) .

contraire, dans les statistiques d'une façon exclusive ce sont les ulcères d'origine vasculaire qui occupent la première place . Ainsi Buxton P.K.(4) estime environ 95 % des ulcères sont d'origine veineuse et plus précisément variqueuse . Par ailleurs , Roujeau J.C. (21) affirme que moins de 10 % seulement des ulcères sont d'origine vasculaire . Cette différence étiologique des ulcères dans notre étude d'une part , et dans la littérature d'autre part peut s'expliquer par :

le climat tropical chaud . Nous nous convenons ici avec Privat et collaborateurs (19) qui disaient que le contexte géographique (climat tropical chaud) exige la recherche d'une origine infectieuse des ulcères .

Le comportement dangereux de nos populations tentant presque toujours des thérapeutiques à domicile . Malheureusement , leurs indications pour la plupart du temps nocives pour l'évolutivité de la lésion ulcéreuse voire responsables de surinfection massive ou d'eczéma (poudre de pénicilline G , poudre de sulfamide , poudre à base de plantes et même de la poussière en application locale) . Cet impact des thérapeutiques inadéquates sur l'ulcère a été abordé par Mazer A.(15) qui affirme que les thérapeutiques empiriques jouent un rôle non négligeable dans l'entretien de l'ulcération voire même son évolution vers la cancérisation .

L'aspect clinique des ulcérations selon nos étiologies retenues mérite une comparaison avec celui de la littérature : l'ulcère d'origine infectieuse locale par des germes banals . se présente comme une perte de substance pouvant siéger partout sur le membre inférieur . Elle est arrondie ou ovalaire , de taille variable , à bords réguliers ou irréguliers mais toujours bien délimitée , à fond le plus souvent purulent et suintant parfois ouvert d'une croûte . Elle s'accompagne presque toujours d'une lymphopathie satellite . Ainsi , on constate qu'il est difficile de donner une description clinique type d'ulcération pour cette étiologie . Dans ce sens , Dégos R. (7) intervient en disant : " ce type d'ulcère n'a aucun caractère clinique particulier " .

Cependant , il s'agissait toujours d'ulcération bien limitée : les bords soient réguliers ou irréguliers , taillée à emporte-pièce . Cette remarque a pu être faite également par Privat et collaborateurs (19) qui admettent : " l'origine infectieuse doit être recherchée devant toute ulcération à bords irréguliers , torpide , taillée à emporte-pièce " .

ant l'aspect clinique instable de ces ulcères cutanés, les critères de diagnostic sont : l'absence de lésions vasculaires et de toute autre pathologie précise d'une part et la visualisation d'une flore bactérienne banale dans le prélèvement local d'autre part . Dégos R. (7) aborde le diagnostic différentiel en affirmant que : " en plus des résultats des examens de laboratoire , ce sont l'absence de signes vasculaires et la cicatrisation rapide sous l'influence du traitement anti-infectieux qui permettent d'invoquer une infection bactérienne " .

Les cas de leishmaniose cutanée dépistés présentaient un aspect clinique typique comme ci-dessus décrit .

Les deux cas de mycétome diagnostiqués , se présentaient cliniquement de la même façon dont cette affection est habituellement décrite .

Le seul cas de pian présentait un aspect clinique trompeur en fait que les pianomes satellites étaient localisés à distance de la lésion initiale . Au début , il fut pris à tort pour leishmaniose cutanée . C'est au laboratoire qu'est revenu le diagnostic d'invoquer une infection pianique en montrant des amastigotes dans le prélèvement local après coloration de Giemsa et sérologie des tréponématoses positive (V.D.R.L.) .

Enfin , il s'avère important de retenir comme on vient de le voir et contrairement à la littérature que dans l'infection pianique , les lésions satellites n'entourent pas obligatoirement la lésion initiale , mais peuvent se situer à distance de cette dernière .

Les 4 cas d'ulcères sur terrain drepanocytaire avaient pour caractéristiques essentielles la survenue fréquente des récidives . C'est ainsi que deux des quatre cas n'étaient pas parvenus à la cicatrisation en fin d'observation .

L'insuffisance veineuse fut incriminée dans quatre cas , dont deux cas d'ulcères variqueux et un cas d'ulcère post-phlébitique . Selon la classification de Roujeau J.C.(21) les ulcères variqueux et les ulcères veineux non compliqués , par contre l'ulcère post-phlébitique s'intègre dans les ulcères veineux compliqués .

)- Discussions thérapeutiques :

Dans notre approche thérapeutique , parmi nos 50 cas , 42 ont été traités médicalement (Tableau 11) . Quelque soit leur étiologie , tous ces 42 cas ont été soumis à des soins locaux . Ces soins avaient pour but principaux : de lutter contre la surinfection , d'assurer la détersion , de maîtriser le gonflement , de favoriser l'épidermisation . Pour lutter contre la surinfection , on utilisait différentes applications : la solution de permanganate* de potassium (1 mg./10 litres d'eau) en bain de 15 à 20 minutes , la bétadine* en solution , des colorants comme l'éosine* .

Une surinfection massive caractérisée cliniquement par un érysipèle de la jambe , ou le caractère suintant de l'ulcération plus grosse jambe fébrile inflammatoire avec présence d'adénopathie inguinale satellite : justifiait une

antibiothérapie générale par pénicilline (Extencilline* à la dose de 24000000UI / semaine pendant un mois pour l'adulte et la moitié-dose pour l'enfant) . Si les résultats bactériologiques du prélèvement local montrent des germes mixtes on utilise alors

érythromycine* par exemple .

Privat Y. et collaborateurs (19) ont abordé la nécessité de cette lutte contre la surinfection . Ces auteurs affirment que cette phase thérapeutique doit être un souci constant . Ils admettent que l'infection latente ou patente ne risque pas seulement de retarder la cicatrisation , mais qu'elle peut s'étendre aux tissus adjacents (cellulite , lymphangite) et même se généraliser (septicémie) .

Par ailleurs , nous convenons avec ces auteurs pour le choix de première intention des antiseptiques locaux pendant la lutte contre la surinfection ; de même que l'antibiothérapie générale est à réserver aux complications infectieuses régionales (érysipèle de la jambe , adénopathie satellite) ou générales (septicémie) . Enfin , ces auteurs contestent la réalisation d'antibiogrammes systématiques , car ils estiment que les germes testés ne sont pas forcément responsables de la surinfection à cause du polymorphisme de la flore bactérienne au niveau local (staphylocoque , streptocoque , pyocyanique) .

Pour la réalisation de la détersion , lors du bain dans la solution antiseptique , on procédait au débridement des sérosités et des tissus morts à l'aide de compresses , curette ou même au

ouri . Quelquefois , à cette détersion mécanique s'associait détersion chimique utilisant des enzymes protéolytiques sous e de pommade (Débrisan* , Flammazine*) .

Dans la littérature ces deux types de détersion sont eillés par Roujeau J. C. (21) . Cet auteur admet qu'après de quelques dizaines de minutes dans la solution septique , les débris fibrineux qui couvrent le fond ulcéreux ront être facilement détachés manuellement à la compresse ou au inostyle : c'est la détersion mécanique . Dans le cadre de la rsion chimique , cet auteur propose l'emploi de poudre tiquement active absorbant les débris du fond de l'ulcère

brisan* , Iodosorb*) .

ur favoriser le bourgeonnement , on avait recours après bain septique à des pansements gras utilisant la vaséline blanche ,

alibour* , le tulle gras lumière . Nos gestes thérapeutiques ordent aux propos de Roujeau J. C. (21) . Cet auteur

tate que : " le bourgeonnement est favorisé par l'utilisation pansements humides ou de pansements gras (compresses linées , tulle à la bétadine) " .

Parfois , on a pu constater à ce stade des cas de geonnement excessif qui ont entrainer l'usage de nitrate gent ou cortico-tulle . Privat Y. et collaborateurs (19) ont éré cette éventualité de bourgeonnement gênant la trisation et devant laquelle , ils proposent eux aussi plication de corticoïde ou des attouchements prudents de ate d'argent .

. stade d'épidermisation , on pratiquait des pansements humides usifs .

Roujeau J.C. (21) disait à ce sujet que : pidermisation est favorisée par le maintien d'un pansement usif , mais qu'il n'existe aucun agent médicamenteux pouvant célerer " .

A ces soins locaux , s'ajoutait le traitement général à e étiologique :

'rente cas relevaient d'une infection locale banale avec ution phagédénique . Ils n'ont pas exigés autre traitement en s des soins locaux et de l'antibiothérapie générale lessus .

ux cas étaient des leishmanioses cutanées , parallèlement aux is locaux on a été amené a faire des injections I.M. de Glu-

ime* à dose progressive .

Pour le traitement de fond de cette parasitose Gentilini et Duflo B. (9) (p : 125-133) proposent trois principales milles de médicaments : " les dérivés de l'antimoine (Glucantime*) , les diamidines (Lomidine*) , l'amphotéricine B (Fungizone*) " .

A l'Institut Marchoux un prochain travail fera le point sur l'usage de la Disulone* dans le traitement des leishmanioses cutanées .

Un cas de pian était diagnostiqué et fût l'objet d'une pénicillinothérapie (Extencilline*) en plus des soins locaux . Dans ce cas était une hypertension artérielle associée à l'ulcère . En dehors des soins locaux ont été mis en oeuvre : le repos au lit , le régime sans sel , la prise d'un anti-hypertenseur (Cyprindolol*) .

Quatre cas présentaient une insuffisance veineuse . En plus des soins locaux , on pratiquait une contention élastique , l'usage

de phlébotoniques (Daflon*) et on conseillait des mesures hygiéno-diététiques telles qu'elles sont décrites dans notre chapitre consacré aux méthodes thérapeutiques .

Les quatre derniers cas étaient des drepanocytaires portant un ulcère . Aucun traitement spécifique n'a été entrepris dans ces cas , en dehors des soins locaux et de l'antibiothérapie générale . La lutte contre l'infection était ici notre souci principal , en sachant que cette dernière favorise les crises drepanocytaires .

Au total , notre approche thérapeutique médicale ainsi que le traitement chirurgical a fait ses preuves . En effet , sur le tableau 8 on observe que parmi les 42 malades soumis à des traitements médicaux :

10 cas d'ulcères , ce sont totalement cicatrisés , dont tous les ulcères infectieux .

Cette facilité des ulcères infectieux à se guérir sous traitement anti-infectieux a été signalé par Dégos R. (7) .

Sur les 3 cas qui ne sont pas cicatrisés mais améliorés dont 2 cas d'ulcères sur terrain drepanocytaire évoluant par des rémissions suivies d'aggravation spontanée , et un cas d'ulcère variqueux chez un patient non coopérant et non régulier aux contrôles médicaux .

Nos patients dont l'état nécessitait une intervention chirurgicale étaient au nombre de 8 . Un de ces cas portant un carcinome épidermoïde spinocellulaire avec métastases

lionnaires n'était pas d'accord pour l'amputation de son membre. Ainsi, 7 de nos patients furent reçus en service de chirurgie. Le tableau 13 laisse voir ces malades dont : un cas d'ulcère infectieux à évolution phagédénique a subi une greffe en pastilles au stade d'épidermisation. Cette patiente est rentrée à domicile sans l'avis du personnel sanitaire avant sa guérison.

L'utilité de cette greffe en pastilles a été signalée par le Dr J. C. (21) qui disait qu'elle permet de gagner plusieurs semaines.

Quatre cas de transformation néoplasique d'un ulcère chronique ont été amputés de leur membre, alors que les deux autres ont subi un curage lésionnel suivi d'une greffe en pastilles en deux temps. Ils s'en sont tous sortis avec une guérison définitive.

Un cas de mycétomes qui furent guéris après exérèse chirurgicale de la tuméfaction et greffe en pastilles entreprise en deux temps. Au préalable, ils avaient subi des séances de massage des grains par pression.

Tout au long de ce travail, un de nos soucis majeurs était la prévention du tétanos qui s'exécutait par une injection intramusculaire de sérum anti-tétanique 1500 UI.

Sur ce point nous sommes d'accord avec Amstutz Ph. et collaborateurs (1) qui placent les plaies chroniques au deuxième rang dans l'étiopathogénicité du tétanos soit 10 à 30 % des cas. D'autre part, Larrègue M. et collaborateurs (14) préconisent que l'ulcère de jambe est facilement surinfecté par les bacilles anaérobies du fait de son siège déclive, et que ce risque est grand dans une population rurale. Cet auteur admet que cette complication est évitable par la vaccination ou la revaccination des malades porteurs d'ulcères de jambe.

Dans la réalisation de cette prévention, nous avons utilisé le sérum anti-tétanique contrairement à beaucoup de collègues pour des raisons de disponibilité.

III

Nos recommandations

NOS RECOMMANDATIONS

Dans ce paragraphe, nous nous assignons la règle impérieuse de rigorer de façon pragmatique le praticien dans la conduite à tenir devant un ulcère chronique des membres inférieurs.

En fonction des moyens matériels, nous envisageons :

- les prestations possibles au niveau du secteur médical périphérique dépourvu pour la plupart du temps des investigations élémentaires indispensables dans la recherche étiologique de l'ulcère chronique des membres inférieurs ;

- les possibilités diagnostiques et thérapeutiques au niveau du secteur médical hospitalier. Le praticien à quelque niveau qu'il soit doit entreprendre une conduite pratique minimum face à un ulcère chronique des membres inférieurs.

Les secteurs médicaux périphériques :

Devant l'impossibilité de la réalisation des bilans complémentaires, il s'avère très difficile de rattacher la perte de substance à une étiologie précise.

La conduite à tenir sera fonction de l'état des lésions existantes.

Dans tous les cas, les préoccupations essentielles à ce stade doivent être :

- la prévention de la surinfection par les bains antiseptiques et parfois l'antibiothérapie ;

- la prévention du tétanos par la vaccination ou l'injection d'une dose de sérum antitétanique si le patient n'a pas la preuve d'une vaccination récente ;

- La recherche d'une meilleure cicatrisation par l'usage de produits cicatrisants ;

- Le transfert du malade à temps dans une structure hospitalière en cas d'échec thérapeutique au bout de deux mois de traitement continu.

Le tableau ci-dessous illustre de façon pratique les recommandations que nous jugeons faisables au niveau du secteur médical périphérique.

DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE PLAIES	CONDUITE A TENIR	RAISONS DE TRANSFERT DES MALADES
<i>Plaies sèches croûteuses</i>	<p><u>Premier temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bain permanganaté ; - pansement avec une pommade grasse (vaseline blanche) - faire tomber la croûte avec la compresse ou la curette. <p><u>Deuxième temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pansement avec une pommade cicatrisante (Madecassol*) - s'il existe une adénopathie satellite : couverture antibiotique (Erythromycine*) 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cicatrisation après 2 mois de traitement ; - Aggravation de la plaie devenant plus profonde avec apparition de complications régionales (lymphangite, cellulite, ...)
<i>Plaies humides et foulantes</i>	<p><u>Premier temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bain permanganaté avec détertion : de toutes les sécrétions pathologiques et tissus morts ; - détertion chimique utilisant un enzyme protéolytique (Debrisan* , Flammazine*) ; - couverture antibiotique (Erythromycine*) - Bandage de protection <p><u>Deuxième temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le bourgeonnement par un pansement gras (compresses vasélinées) . <p><u>Troisième temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pansement avec une pommade cicatrisante (Madecassol*) 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cicatrisation après 2 mois de traitement ; - Plaie menaçant par une mise à nu des vaisseaux sanguins et lymphatiques ; - La survenue d'une pathologie associée .
<i>Ulérations bourgeonnantes</i>	<p><u>Premier temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bain permanganaté ; - Affaisser le bourgeonnement par l'usage d'une pommade corticoïde ou le corticotulle - Couverture antibiotique (Erythromycine*) . <p><u>Deuxième temps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Après affaissement du bourgeonnement, pansement avec une pommade cicatrisante (Madecassol*) . 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cicatrisation deux mois de traitement après affaissement du bourgeonnement ; - Impossibilité d'affaisser le bourgeonnement ; - La suspicion d'une transformation néoplasique.

es secteurs médicaux hospitaliers :

C'est à ce niveau que seront possibles les multiples investigations complémentaires pour la recherche étiologique des ulcères chroniques des membres inférieurs.

Un bilan parasitologique minimum et un raisonnement diagnostique rigoureux sont signalés dans notre méthodologie.

Dans tous les cas, vacciner ou ré vacciner les patients contre le tétanos sera un souci majeur.

L'aspect clinique des lésions cutanées est riche et varié, en sachant que face à des variétés d'ulcérations chroniques, la recherche de certaines pathologies est impérative ; il :

- Devant des ulcérations multiples, sèches et croûteuses ou humides, siégeant avec prédilection aux parties découvertes, quelque fois pourrigineuses et fébriles, évoluant depuis plusieurs mois ; rechercher en premier lieu une leishmaniose tégumentaire.

- les nombreuses petites ulcérations siégeant sur une tige bossolée du pied et laissant sourdre des grains et du pus doit faire rechercher un mycétome. Un prélèvement de grains pour la recherche mycologique s'impose afin de faire la différence entre le mycétome fongique et actinomycotique.

- les ulcérations humides et creusantes laissant à nu les os et les tendons doivent faire rechercher une origine artérielle.

- les ulcérations bourgeonnantes en chou-fleur, d'odeur fétide, saignant facilement au contact et évoluant depuis des années, nécessitent la recherche d'une transformation néoplasique.

En gros, le clinicien doit par élimination arriver à une étiologie précise au sein de cette diversité étiologique propre aux ulcères chroniques des membres inférieurs.

IV

Conclusion

CONCLUSION

Notre objectif au cours de ce travail était de présenter une approche diagnostique et thérapeutique pratique des ulcères chroniques de membres inférieurs réalisable selon nos moyens.

Les circonstances étiologiques suivantes ressortent de notre étude :

- traumatisme 54 % des cas ;
- affection vésiculo-bulleuse 40 % des cas ;
- dans 6 % des cas, les patients n'avaient pas une idée sur le mode de début.

Nous avons pu noter, 5 cas soit 10 % d'ulcères dégénérés en mélanome.

Sur le plan thérapeutique, l'objectif est d'obtenir une bonne cicatrisation de la perte de substance et la prise en compte d'une éventuelle pathologie associée. Pour obtenir la cicatrisation il faut se donner le temps de préparer la plaie : la nettoyer propre, la désinfecter, tarir le suintement, favoriser le bourgeonnement et entretenir les conditions d'asepsie.

L'étude de nos cas fait ressortir que c'est la négligence ou l'ignorance des patients et l'insuffisance des prestations médicales qui favorisent l'évolution des lésions initiales vers la chronicité.

Dans ce sens Buxton P. K. (4) disait que "l'ulcère chronique des membres inférieurs se nourrit du désintérêt qu'on lui porte".

Cependant, l'impact socio-économique de cette affection et de ses complications est lourd.

Ainsi, toute ulcération doit être prise au sérieux par les patients, les agents socio-sanitaires et les autorités sanitaires. Elle doit bénéficier d'une prise en charge précoce évitant ainsi des complications dramatiques.

V

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Amstutz Ph . , Levy F .M . et Offenstadt G .
- Le tétanos .
Encycl . Méd .Chir.,Paris,maladies infectieuses,- 8038 G¹⁰,11-1982
- 2- Bassenne N.
- L'obstacle osseux dans le traitement des ulcères phagédéniques bénins ou cancérisés (à propos de 23 observations) .
Thèse Méd., Dakar 1976 , p :57 , n° 2 .
- 3- Basset A., Maleville J., Basset M., et Liautaud B.
- Pyodermites à germes banals .
Editions Pradel 1988, Paris, ISBN :2-85206-490-1 .
- 4- Buxton P.K.
- Ulcères de jambe .
ABC de dermatologie, Edition Frse réalisée grâce au concours des laboratoires Schering-Plough, 1990 .
- 5- Caillé J.P.
- Physiologie veineuse normale et pathologique .
Phlébologie en pratique quotidienne,Expansion scient.Frse, 1982 .
- 6- Colomb D.
- Les angiodermites nécrotiques artérioscléreuses .
Encycl.Méd.Chir.,Paris,dermatologie,12700 A¹⁰,4-1987 .
- 7- Dégos R.
- Ulcères chroniques de jambe .
Dermatologie,Paris,Flammarion,Tome 2 - 1972 .
- 8- Diop-Mar I.,Marchand J.P. et Denis F.
- Pian-Béjel .
Encycl.Méd.Chir.,Paris,maladies infectieuses 8039 D¹⁰,10-1981.
- 9- Gentilini M. et Duflo B.
Méd.tropicale,Flammarion méd.-Sciences,4^{ème} édition 1990.
- 10- Gharbi M.R.
- Tuberculose et mycobactérioses atypiques.
Dermatologie et vénéréologie,Masson, 2^{ème} édition 1990, P:124-130.

- 1- Grosset J. et Meyer L.
- Mycobactéries atypiques et mycobactérioses.
encycl.Méd.Chir.,Paris,maladies infectieuses, 8038 C¹⁰,7-1980.
- 2- Huriez Cl.,Desmons F. et Bergoend H.
- Ulcères de jambe.
brégé de dermatologie vénéréologie, Masson, 2^{ème} édition 1978,
:375-380.
- 3- Kekeh K.,Lapierre J. et Plessis J.L.
- L'ulcère phagédénique.
encycl.Méd.Chir.,Paris,dermatologie,12690- A¹⁰,2-1984.
- 4- Larrègue M.,Berger M. et coll.
- Tétanos et ulcère de jambe.
nn.de dermatologie et vénéréologie,Paris,Masson,vol.107-n° 6 ,
uin 1980.
- 5- Mazer A. et Sankalé M.
- Ulcère des membres inférieurs.
uide de Méd.en Afrique et océan indien,Edicel,édition n° 02-1988.
- 6- Piette F. et Bergoend H.
- La syphilis
encycl.Méd.Chir.,Paris,maladies infectieuses,8039 A¹⁰,7-1980.
- 7- Poizot Martin I.,Martin G. et coll.
- Ulcère de jambe et syndrome de Klinefelter.
ouvelles dermatologiques ,vol.9 - n° 4,Avril 1990,p :312-316.
- 8- Prédinaud R., Servans G. et coll.
- Bilan de 10 années de traitement de la leishmaniose
égumentaire par la pentamidine en Guyane Frse :à propos de 1025
as .
ouvelles dermatologiques, vol.10- n° 6, juin 1991,p :456-461.
- 9- Privat Y., Berbis Ph. et Auffranc J. Ch.
- Ulcères de jambe.
encycl.Méd.Chir.,Paris,dermatologie,12695 A¹⁰,4-1986,12p.
- 0- Raphaël T.A.
- Les métastases bronchiques de l'ulcère phagédénique cancérisé
e jambe (à propos de 3 observations)
hèse Méd.,Dakar,1975, n° 8.
- 1- Roujeau J.C.
- Ulcère de jambe.
oncours médical 1986.

22- Ramet A.-A.

- Les manifestations cutanées des altérations vasculaires et neurologiques des membres inférieurs.
Dermatologie et vénéréologie, Masson, 2^{ème} édition 1990, p :411-722.

23- Saurat J.-H., Harms M.

- Pyoderma gangrénosum.
Dermatologie et vénéréologie, Masson, 2^{ème} édition 1990, p :503-505.

24- Tesler L.

- Varices.
Encycl.Méd.Chir., Paris, coeur-vaisseaux, 11328 A¹⁰, 7-1979.

25- Touraine A.

- Capillarites thrombosantes et nécrosantes.
Encycl.Méd.Chir., Paris, dermatologie, 12053 B, 1^{ère} édition 10-1937.

26- Touraine R. et Revuz J.

- Erysipèle de la jambe.
Dermatologie clinique et vénéréologie, Masson, 2^{ème} édition 1984.

VI

Annexes

APERÇU DE NOS 50 OBSERVATIONS :

observations	age patients (ans)	sexe patients	lieu d'origine	Ethnie	Profession	Durée évolution	Nombre lésions	Topographie des lésions	Diagnostic étiologique.
1	23	F	Nioto du Sahel.	Sarakolé	ménagère	3 ans	1	Région sus-malléolaire externe droite	Drepanocytaire.
2	18	F	SOTONA (Kayes)	Sarakolé	ménagère	4 mois	1	Tiers moyen de la jambe gauche.	Infection locale
3	40	F	Dourou (Popti)	Dogon	ménagère	12 ans	1	Jonction tiers moyen et inférieure de la jambe gauche.	Carcinome épidermoïde spino-cellulaire métastase ganglionnaire.
4	40	M	ANDRA (Dio)	Sonhaili	cultivateur	10 ans	1	Tiers moyen de la jambe droite.	Carcinome, épidermoïde différencié, mature hyperhématinisé ant.
5	60	M	Nalo (Nourouffa)	Bambara	Vendeur de poissons.	30 ans	1	Région du tendon d'Achille.	Epithélioma spino-cellulaire.
6	43	M	Koulikoto	Bambara	Enseignant	4 mois	1	Malléole interne droite.	Infection locale.
7	27	M	Bamako	Bambara	8 ans	1 an	2	Tiers inférieur de la jambe gauche.	Débilité mentale + Syndrome variqueux
8	70	M	Bamako	Fulch	Mécanicien chauffeur en retraite	6 mois	1	Dos du pied gauche.	Insuffisance veineuse.

N° observations	âge patients	sexe patients	lieu d'origine	Ethnie	Profession	durée évolution	Nombre lésions	Topographie des lésions.	Diagnostico-étiologique.
9	50	F	Sikasso	Bambara	ménagère	6 mois	1	Dos du pied gauche.	eczéma récidivant
10	40	M	Bamamba	Bambara	cultivateur	3 mois	1	Tiers moyen de la jambe gauche	Infection locale
11	20	F	Siby	Malinké	ménagère et cultivateur	5 ans	1	Tiers inférieur de la jambe droite	Infection locale
12	27	M	Yonaron	Penh	Tisserand	3 ans	Nombreuses petites ulcérations sans pour le plus et des grains	Face interne du pied gauche	Mycétozome fongique
13	10	M	Kati	Bambara	élève	1 an	4	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale.
14	30	F	Burkina Faso	Tossi	ménagère	1 an	2	Tiers inférieur de la jambe gauche	Insuffisance veineuse + Drepanocytose
15	20	M	Dié	Sonohai	Berger	2 ans	Multiples petites ulcérations laissant soulever des	Dos du pied gauche	Mycétozome fongique

N° observations	âge patients	Sexe patients	Lieu d'origine	Ethnic	Profession	Durée d'évolution.	Nombre lésions	Topographie des lésions.	Diagnostique étiologique
16	16	M	Kayes	Peulh.	élève coranique.	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale.
17	14	M	Sigou	Bambara	élève	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale
18	19	M	Dalo	Bambara	cultivateur	4 mois	1	Dos du pied gauche.	Infection locale
19	13	F	Hamina	Peulh	Paris	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale
20	20	M	Sâ	Peulh	étalagiste	1 an	3	Tiers inférieur des jambes gauche et droite.	Infection locale
21	40	F	Tombouctou	Sourahou	ménagère	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale.
22	13	F	Sélingué	Bambara	Paris	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe droite	Infection locale
23	20	F	Sélingué	Bambara	Paris	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche.	Infection locale.

N° observations	âge patients	sex patients	lieu d'origine	Ethnie	Profession	Durée évolutivité	Nombre lésions	Topographie des lésions	Diagnostic étiologique
24	18	M	Koutiala	Sarakolé	élève scolaire	1 an	1	Tiers moyen de la jambe gauche.	Dysparomyose.
25	17	M	Koniba-bougou	Peulh.	cultivateur	1 an	1	Tiers moyen de la jambe droite	Infection locale
26	17	F	Sélingué	Bambara	Sans	4 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale
27	25	M	Kolobani	Bambara	Cultivateur	1 an	2	Talons internes droite et gauche	Infection locale
28	18	M	Kangaba	Bambara	Cultivateur	6 mois	1	Talons interne droite	Infection locale
29	17	M	Naréma	Bambara	élève	3 mois	1	Région sus-malléolaire externe gauche	Infection locale
30	13	M	Karabo	Bambara	élève scolaire	3 mois	1	Tiers moyen de la jambe droite	Infection locale
31	30	F	Nourouja	Bambara	secrétaire	3 mois	1	général gauche.	Infection locale

N° observations	âge patients	Sexe patients	lieu d'origine	Ethnie	Profession	Durée évolution	Nombre lésions	Topographie des lésions	Diagnostique étiologique
32	17	F	klahi	Bambara	ménagère	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale
33	10	M	Bamako	Bambara	élève	3 ans	1	Région post-malléolaire externe droite	Infection locale
34	49	M	Sigou	Bambara	Tailleur	10 mois	1	Tiers inférieur et moyen de la jambe gauche	Hypertension artérielle anarème
35	16	M	Ziguéla	Bambara	élève	3 mois	1	Genou droit	Infection locale
36	20	F	Sarafé	Peulh	Paris	3 ans	1	Région post-malléolaire interne droite	Infection locale
37	39	M	Guinée	Peulh	Tailleur	3 mois	1	Tiers moyen de la jambe droite	Infection locale
38	30	F	Nadiga	Kakolo	ménagère	1 an	1	Tiers moyen de la jambe gauche	Infection locale
39	29	M	Badian-gara	Haoussa	étalagiste	8 ans	1	Malléole externe gauche	Drapanomycose

No observations	âge patients	sexe patients	lien d'origine	Ethnie	Profession	durée évolutif	Nombre lésions	Topographie des lésions	Diagnostique et biologique
40	30	M	Diéné	Bambara	Cultivateur	3 mois	1	Tiers inférieur de la jambe gauche.	Infection focale.
41	20	F	Sigou	Nahinbé	ménagère	4 mois	5	Tiers inférieur des jambes droite et gauche et cuisse gauche.	leishmaniose cutanée.
42	60	M	Sigou	Bambara	Cultivateur	5 ans	2	Naléoles internes droite et gauche.	Infection focale.
43	10	M	Niéro du Sahel	djoharomé	élève	1 an	2	Région puo-mal-laine droite et gauche.	Alépanocytose
44	12	F	djoro	Somono	Sans	4 mois	1	Dos du pied droit	leishmaniose cutanée
45	16	F	Kayes	Saraholé	8 ans	1 an	4	Tiers moyen et inférieur de la jambe gauche + cuisse gauche	Piari
46	19	M	Bambam-ba.	Bambara	Cultivateur	3 mois	1	Dos du pied droit	eczéma bulleux récidivant
47	17	M	Kahi	Bambara	Cultivateur	1 an	2	Tiers inférieur et moyen de la jambe droite.	Insuffisance veineuse.

numéro	âge patients	sexe patients	lieu d'origine	Ethnie	Profession	évolution	nombre lésions	localisation des lésions	étiologie
48	72	♂	Kayes	Sarabolé	Employé de maie	40ans	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Epithélioma spinocellulaire.
49	63	♂	Sigou	Bambara	Cultivateur	30ans	1	Tiers moyen de la jambe gauche	Epithélioma spinocellulaire
50	52	♂	Bougouni	Bambara	Cultivateur	2ans	1	Tiers inférieur de la jambe gauche	Infection locale

ur : CISSE Fatogoma

se : 1989 -90

e de soutenance : Bamako - Mali

d'origine : Mali

de dépôt : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie du Mali.

eur d'intérêt : Dermatologie

mé :

Les objectifs de notre étude étaient :

- de décrire les différents aspects cliniques d'ulcères ouverts ;
- d'identifier les principales étiologies ;
- d'instituer une thérapeutique adéquate aboutissant à une leur cicatrisation de la perte de substance.

Cette étude s'est faite à partir de 50 observations concernant des patients venus consulter au service de dermatologie à l'Institut Marchoux. Parmi ces 50 cas, 12 ont été admis à titre ambulatoire et se présentaient chaque matin au service, par contre 38 autres furent hospitalisés.

Chacun de nos 50 cas fut l'objet d'un bilan clinique et biologique au terme desquels on a recensé :

- 31 cas d'infection locale ;
- 2 cas de leishmaniose ;
- 2 cas de mycétome ;
- 1 cas de pian ;
- 4 cas de drepanocytose ;
- 1 cas d'hypertension artérielle ancienne ;
- 4 cas d'insuffisance veineuse ;
- 5 cas de dégénérescence maligne.

De nombreux aspects cliniques d'ulcérations ont été observés:

- les ulcérations croûteuses, sèches ou humides ;
- les ulcérations creusantes et suintantes ;
- les ulcérations bourgeonnantes.

La conduite thérapeutique était fonction du diagnostic logique. Les délais de cicatrisation de nos patients guéris ent compris entre 6 et 15 semaines. On a pu noter 3 cas cération qui ne se sont pas totalement cicatrisées en fin servation. Leur retard de guérison pouvant s'expliquer soit la mauvaise qualité de la peau autour de l'ulcération, soit leur irrégularité aux contrôles médicaux, soit par le ctère récidivant de leur ulcère. Il faudra signaler les deux d'invalidité suite à une amputation de membre.

clés : Ulcères chroniques - Membres inférieurs - Diagnostic - tement.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples
devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de
l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais
un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun
partage clandestin, d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y
passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon
nom ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le
crime.

Je ne permettrai que des considérations de religion, de nation,
de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre
mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Ême sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.

