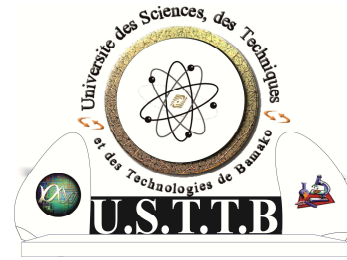


MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple-Un but-Une foi

Université des sciences techniques
et technologies de Bamako (USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire 2012-2013

N°.....

TITRE

**ULCÈRES
CHRONIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS
AU C.N.U.A.M. DE BAMAKO : 115 CAS**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto- Stomatologie, le / /2013

Par Mr TRAORE Ibrahima

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ÉTAT)

Jury :

Président : Pr Filifing SISSOKO

Membre : Dr Col. Karim COULIBALY

Codirecteur de thèse : Dr Adama A. DICKO

Directeur de thèse : Pr Somita KEÏTA

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH : le tout puissant, le miséricordieux, qui nous a accordé la force et l'inspiration nécessaire à la réalisation de ce travail. Nous te prions de nous assister dans toutes nos entreprises.

Ma patrie, le Mali : pour nous avoir donné la chance d'aller à l'école et d'accéder gratuitement au savoir médical.

Mon père, Aboubacar Traoré : Ingénieur Agronome, père de famille exemplaire, qui fut le premier artisan de mon avenir. Tes conseils, tes encouragements, ton apport matériel et financier ne m'ont jamais fait défaut. Tu as été un secours, maintenant tu constitues le plus bel exemple de réussite de la vie pour moi.

Ma mère, Fatoumata Coulibaly : Femme au foyer, exemple de courage et bravoure. Tes encouragements et tes bénédictions nous ont toujours accompagnés. Ce travail est le couronnement de tes efforts inlassables. Je ne saurais te remercier assez, je t'aime.

Ma femme, Dr Sidibé Fatoumata Alassane : pour tous les soins dont elle m'entoure. Avec toi tout est réalisable. Puisse ce travail, constituer pour toi un solide témoignage de ma volonté de t'aimer de toutes mes forces pendant ma jeunesse et de toute ma sagesse pendant ma vieillesse. Merci Chérie que Dieu te bénisse. Amine !!!

Mes oncles : merci pour tout le soutien aussi bien matériel, moral et financier.

Mes tantes : pour leur estime et leur gentillesse. Merci pour tout le bon traitement et les bénédictions dont j'ai été l'objet durant tout ce temps.

Mes frères et leurs épouses, ma sœur, mes cousins et cousines:

Je ne peux jamais vous remercier assez. Vous restez toujours un modèle pour moi.

A vous aussi je vous dis merci.

A mes beaux parents et leurs familles : pour tous les conseils que vous n'avez cessé de me prodiguer et aussi pour la confiance que vous avez su porter à ma personne au moment où j'en avais le plus besoin. Je ne vous décevrais jamais Incha-Allah.

A tous mes camarades de la faculté.

A toutes mes familles de sogoniko : merci pour votre soutien.

A tous ceux qui souffrent d'ulcères chroniques.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Tous les enseignants de la Faculté de Médecine pour la qualité de l'enseignement dispensé,

La direction du Centre National Universitaire d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNUAM),

Tout le personnel du Service de Dermatologie du CNUAM

Mes maitres de stage : **Pr Somita keita, Dr Ousmane Faye, Dr Adama A. Dicko, Dr Colonel Pierre Traoré, Dr Colonel karim Coulibaly et Dr Siritio Berthé** : pour leur aimabilité et leur disponibilité. Ce fut une immense fierté de compter parmi vos élèves.

Les DES et Internes de dermatologie.

Mes camarades thésards du service pour leur collaboration, leur esprit de bonne camaraderie qui a marqué nos relations pendant ces quelques années.

Les infirmiers, la technicienne du laboratoire d'anapathologie, les secrétaires et le planton du Service de Dermatologie pour leur franche collaboration

Le personnel de l'ASACOMIS, pour toute la confiance portée en ma personne

Mes amis et camarades: Bouba, Famagan, Sidy, Dr Kokè, Dama, Dr Issiaka, Dr Hamadoun, Dr Amadou, Dr Diabaté.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président de jury

Professeur Filifing SISSOKO,

- **Maître de conférences en chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien hospitalier dans le service de chirurgie B du CHU du point G.**
- **Membre de la société Malienne de chirurgie.**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone.**

Cher maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vous avez avec promptitude accepté de juger ce travail.

Nous avons beaucoup apprécié vos qualités scientifiques, professionnelles, et humaines.

Chaleureux, modeste et affectueux, vous faites l'admiration de tous.

Veillez accepter chère maître, l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Somita KEITA.

- **Chef du Département clinique au CNUAM.**
- **Chef du département de dermatologie vénérologie à la FMPOS.**
- **Chevalier du mérite de la santé du Mali et du Burkina Faso.**

Merci de m'avoir accepté dans votre service. Professeur, dès mon arrivé dans votre service j'ai été bien accueilli et bien encadré. La relation paternelle que vous entretenez avec vos étudiants et vos multiples qualités humaines et scientifiques font de vous un homme exemplaire. Puisse Allah vous accorder longue vi et plein de succès pour le reste de votre carrière.

A notre maître et Co-directeur de thèse

Dr Adama A. DICKO.

- Maître assistant de dermatologie Vénérologie à la FMOS.

- Praticien hospitalier au CNUAM.

Votre simplicité, votre amour pour le travail et surtout vos soucis constants à former et à partager vos connaissances avec vos étudiants font de vous un maître à suivre. Dr merci de m'avoir fait confiance pour juger et améliorer la qualité de ce travail. Pardon pour toutes les fois que je n'ai pas pu satisfaire à vos attentes et sachez que je vous serai toujours reconnaissant. Qu'Allah vous accorde une longue et riche carrière médicale pleine de succès.

Merci pour tout Docteur.

A notre maître et juge

Dr Karim COULIBALY,

- Spécialiste en dermato-vénérologie.

- Praticien hospitalier au CNUAM.

- Colonel des forces armées Maliennes.

Dès mon premier jour dans ce service, j'ai été séduit par votre grande connaissance intellectuelle et surtout médicale, votre courtoisie, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail et la formation continue font de vous un maître à imiter. Merci pour les conseils et pour l'encadrement et pardon pour toute les fois que nous n'avons pas été à la hauteur de vos attentes. Maître COULIBALY, puisse Allah vous aider à atteindre vos ambitions scientifiques, qu'il vous accorde une longue et riche carrière médicale couronné de succès.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ABREVIATIONS ET SIGLES

1. **ADP** : Adénopathies
2. **Amoxi** : Amoxicilline
3. **Ann** : Annale
4. **ATCD** : Antécédent
5. **Cipro** : Ciprofloxacine
6. **CNUAM** : Centre National Universitaire d'Appui a la lutte contre la Maladie
7. **Cotri** : Cotrimoxazole
8. **Dermatol** : Dermatologie
9. **DM** : Dossier Médical
10. **Encycl** : Encyclopédie
11. **Effect** : Effectif
12. **Ery** : Erythromycine
13. **Fig** : Figure
14. **F.M.P.O.S**: Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
15. **Freq** : Fréquence
16. **Hb** : Hémoglobine
17. **Inj** : Injection
18. **KMnO4** : Permanganate de potassium
19. **Litt** : Littérature
20. **Méd** : Médecine
21. **M.e.e** : Mise en évidence

- 22. MI** : Membre Inferieur
- 23. MPP** : Mal Perforant plantaire
- 24. N.F.S** : Numération Formule Sanguine
- 25. Péni G** : Pénicilline G
- 26. Radio** : Radiographie
- 27. Spino** : Spino-cellulaire
- 28. Strepto** : Streptomycine
- 29. T.P.H.A** : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
- 30. Trauma** : Traumatisme
- 31. UB** : Ulcère de Burili
- 32. UC** : Ulcère Chronique
- 33. UCMI** : Ulcère Chronique des Membres Inferieurs
- 34. Vénéreol** : Vénérologie
- 35. V.D.R.L** : Veneral Disease Research Laboraty
- 36. VS**: Vitesse de Sédimentation globulaire

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

I INTRODUCTION	1-2
II OBJECTIFS.....	3
III GENERALITES.....	4-38
IV MATERIELS ET METHODE.....	39-40
V RESULTATS.....	41-59
VI ICONOGRAPHIE.....	60-61
VII COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	62-67
VIII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	68-69
IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....	70-73
X ANNEXE.....	74-78

1- INTRODUCTION :

L'ulcère chronique du membre inférieur (UCMI) est défini comme une perte de substance cutanée sans tendance spontanée à la cicatrisation. Il est en général, situé au niveau de la partie déclive des membres inférieurs (MI), en rapport avec un processus pathologique d'étiologies diverses : vasculo-nerveux, infectieux, traumatique, tumorale [1].

Cette définition exclut un certain nombre d'ulcérations à savoir : les escarres, la gangrène distale et l'ulcère lépreux qui révèlent d'étiologies spécifiques.

Les UCMI sont fréquents, récurrents, graves et ont un impact socio-économique négatif [2].

La lecture des données épidémiologiques dans les séries occidentales montre clairement que les malades sont en majorité des femmes et les sujets âgés (40-80 ans) [1-2-3-4-5].

L'analyse faite par BEGAUD [2] à partir de 13 études épidémiologiques publiées entre 1983 et 1997 montre que le taux de prévalence au sein de la population générale européenne est élevé. Ce taux oscille entre 0,10%-0,80% selon cette étude. Cela représente en France pour une population de 60 millions d'habitants au moins 60 000 à 180 000 malades. Aux Etats-Unis, 500 000 - 600 000 malades sont en traitement pour UCMI chaque année [6].

En revanche, dans les pays en voie de développement, particulièrement en Afrique sub-saharienne, les UCMI touchent l'homme jeune (25 – 35 ans) avec un sexe ratio qui oscille entre 1-5. L'étiologie infectieuse est prédominante en Afrique. Elle est exacerbée par la malnutrition et une hygiène de vie précaire [7-8-9-10].

Les études effectuées en Afrique ne permettent pas de dégager une prévalence continentale des UCMI [7-8-9-10-11].

Au Mali, une première étude faite en 1990 sur 50 cas d'UCMI a montré que 72% étaient d'origine infectieuse avec une prédominance masculine soit 64%. [11].

Une seconde étude effectuée au Mali en 2004 à rapporter que sur 105 cas d'UCMI, 53,3% étaient d'origine infectieuse et les hommes représentaient 60% des cas. [12].

Malgré ces premiers résultats qui sont éloquentes et en dépit de son caractère dévastateur entraînant souvent des complications dramatiques (risque de tétanos, septicémie, hémorragies, dégénérescences malignes) et de son retentissement socio-économique majeur. Les UCMI ne bénéficient pas de l'attention des autorités sanitaires. A ceci s'ajoute le retard à la consultation médicale et le recours aux tradipraticiens entraînant de graves complications.

Le but de ce travail est de rapporter notre expérience dans la connaissance des aspects épidémiocliniques et de prise en charge des UCMI.

2- OBJECTIFS :

2.1- Objectif général :

- Rapporter les aspects épidémio-cliniques et la prise en charge des ulcères chroniques des membres inférieurs observés au CNUAM de Bamako.

2.2- Objectifs spécifiques :

- Décrire les aspects épidémiologiques de nos cas.
- Décrire les aspects cliniques selon les étiologies.
- Décrire les modalités de prise en charge thérapeutique.

3- GENERALITES :

Les UCMI, étaient autre fois appelés ulcère de Cochinchine, du Hedjaz, du Yémen, de Djibouti, de Guyane et autres [13].

En 1938, Assali à écrit que ces ulcères sont « l'ancienne pourriture de l'hôpital » en Europe et Bouffard citait que « tout praticien exerçant dans les pays chauds aura à faire à eux » ; il les trouvera encombrant les hôpitaux et les dispensaires [13].

Ces UCMI sont une des affections les plus fréquentes à travers le monde. En Europe, ils touchent préférentiellement la femme d'âge avancé (70-80), avec une prévalence oscillante entre 0,10-1% [2-5-8].

Aux Etats-Unis, 500 000-600 000 personnes sont en traitement pour les UCMI chaque année [6].

C'est une pathologie fréquente dont l'origine est le plus souvent veineuse. Par les dépenses qu'il engendre, il représente un problème de santé publique.

A ces UCMI d'origine vasculaire des pays occidentaux s'ajoutent d'autres UCMI du groupe des maladies tropicales de l'infection causale [7]. Ces dernières exposent toutes les régions à climat chaud ou humide (Afrique, Australie, Inde, Nord-est de l'Amérique [7].

Il touche aussi bien les sujets de race noire que ceux de race blanche, jeunes, adultes ou sujets âgés.

Sa présentation clinique varie en fonction de l'étiologie.

Les causes d'ulcère sont nombreuses et l'établissement d'un diagnostic étiologique est la condition essentielle d'un traitement spécifique. Le terrain sur lequel survient l'ulcère joue également un rôle dans la prise en charge.

En Afrique, un certain nombre de facteurs méritent d'attirer notre attention parmi lesquels, nous citons :

3.1- Les facteurs de risque des UCMI:

- Le climat tropical, la malnutrition proteino-calorique constituent autant de facteurs qui favorisent des 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 contre l'infection, un épaissement de la peau et un retard de cicatrisation [7].
- L'analphabétisme et le retard à la consultation médicale jouent un rôle prépondérant dans l'évolution vers la chronicité des ulcères.

3.2- Les facteurs étiologiques des UCMI:

- . Les nombreux traumatismes répétés dont sont victimes nos populations rurales (écorchures, piqûres d'insectes, plaies franches).
- . Les longs séjours au lit des opérés et des accouchées favorisent l'apparition de phlébites chirurgicales et obstétricales. Ces derniers jouent un rôle important dans l'installation des ulcères d'origine veineuse (ulcères post-phlébitiques) [14].
- . La station debout prolongée et la sédentarité sont des facteurs accentuant la stase veineuse source d'ulcère variqueux.
- . Les déséquilibres alimentaires (sur ou sous alimentation), les états d'immunodépressions (VIH), l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, occupent une place majeure dans l'apparition des ulcères d'origine artérielle (angiopathies, diabète, ulcère hypertensif de Martorell) [14].

3.3- Les facteurs de gravité des UCMI [15] :

- . La fréquence des facteurs de gravités tels que : la septicémie, la gangrène, le tétanos et la cancérisation sont non négligeable au sein de nos populations bien que cette fréquence demeure non évaluée.
Il ne se passe pas une semaine sans qu'un cas ne soit pris en charge par nos services de soins.
- . Son impact socio-économique, témoigné par les longues périodes d'hospitalisation, le coût financier élevé et l'effondrement des effectifs des services privés et publics.

. La diversité des pathologies associées aux UCMI, rend souvent difficile la recherche étiologique ainsi que leur prise en charge.

Le traitement d'un ulcère de jambe est difficile et demande beaucoup de patience d'où l'importance de comprendre les mécanismes de cicatrisation normale des plaies et les facteurs qui la modifient.

3.4- ANATOMIE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET NOTION DE PHYSIOLOGIE VASCULAIRE :

Le MI ou appareil de locomotion est composé de trois parties : la cuisse ; la jambe et le pied.

3.4.1- Les différentes régions du membre inférieur : [16]

La délimitation des régions du MI est quelque peu arbitraire. Ainsi on distingue la région de la hanche, la cuisse, le genou, la jambe et le pied (fig. 1).

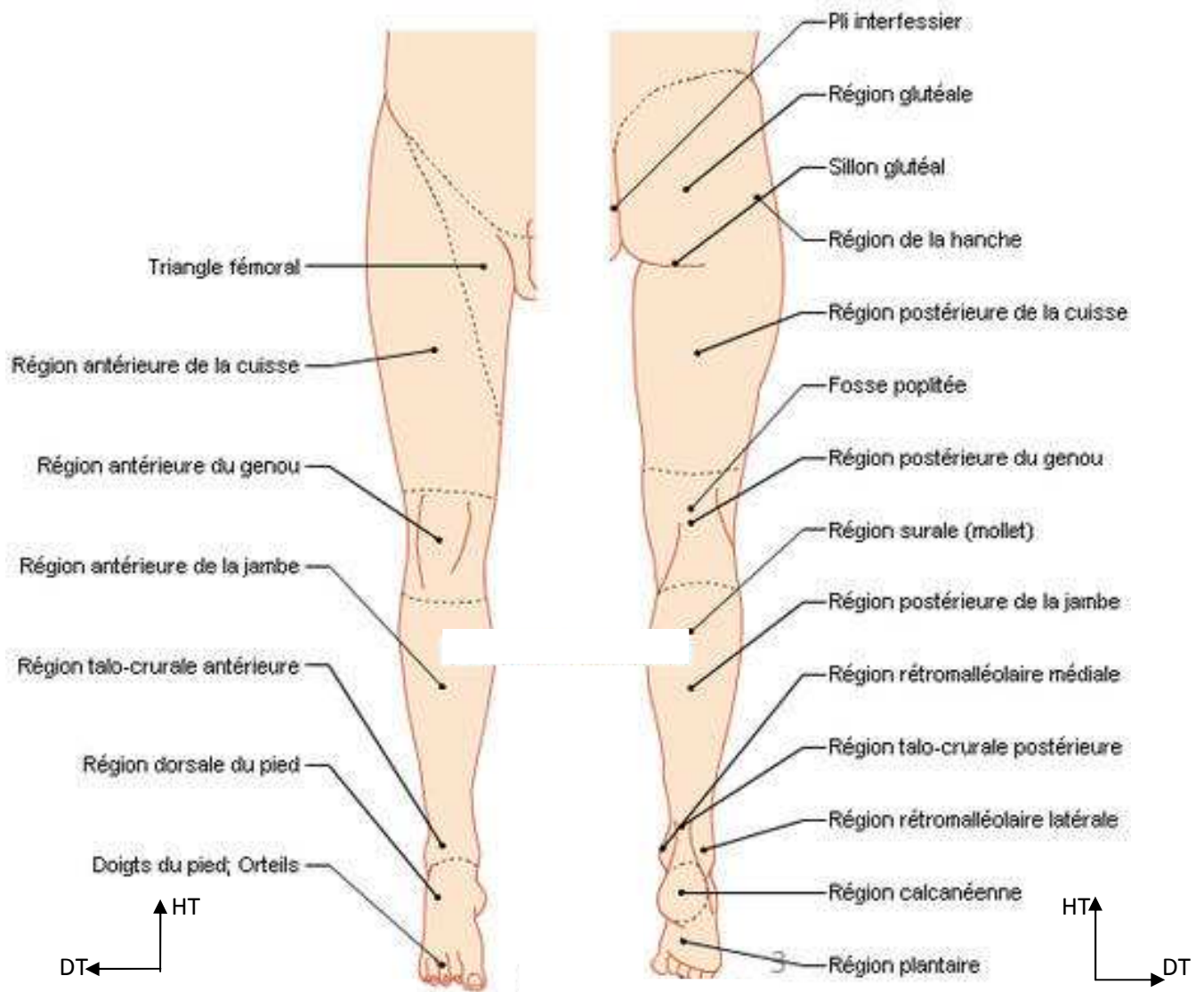


Figure 1 : Anatomie topographique du membre inférieur (jambe droite, face antérieure et postérieure)

3.4.2- Le squelette du membre inférieur :[17]

Il supporte le poids du corps : (fig.2):

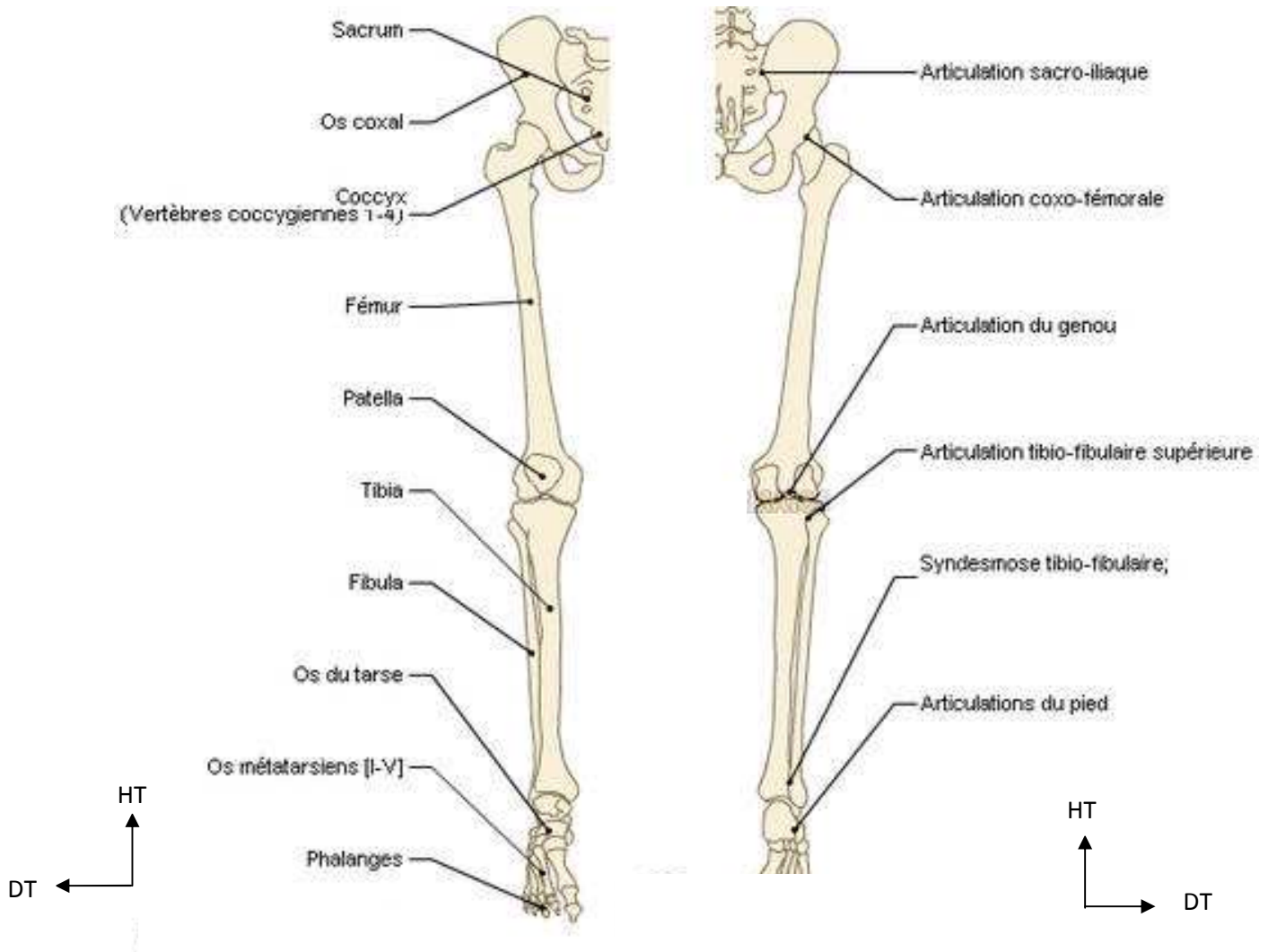


Figure 2 : Image illustrant le squelette du membre inférieur (jambe droite face antérieure et postérieure)

3.4.3- Les muscles des membres inférieurs : [17]

Chaque muscle a une ou des fonctions particulières dont le but est le mouvement et la station debout (Fig. 3).

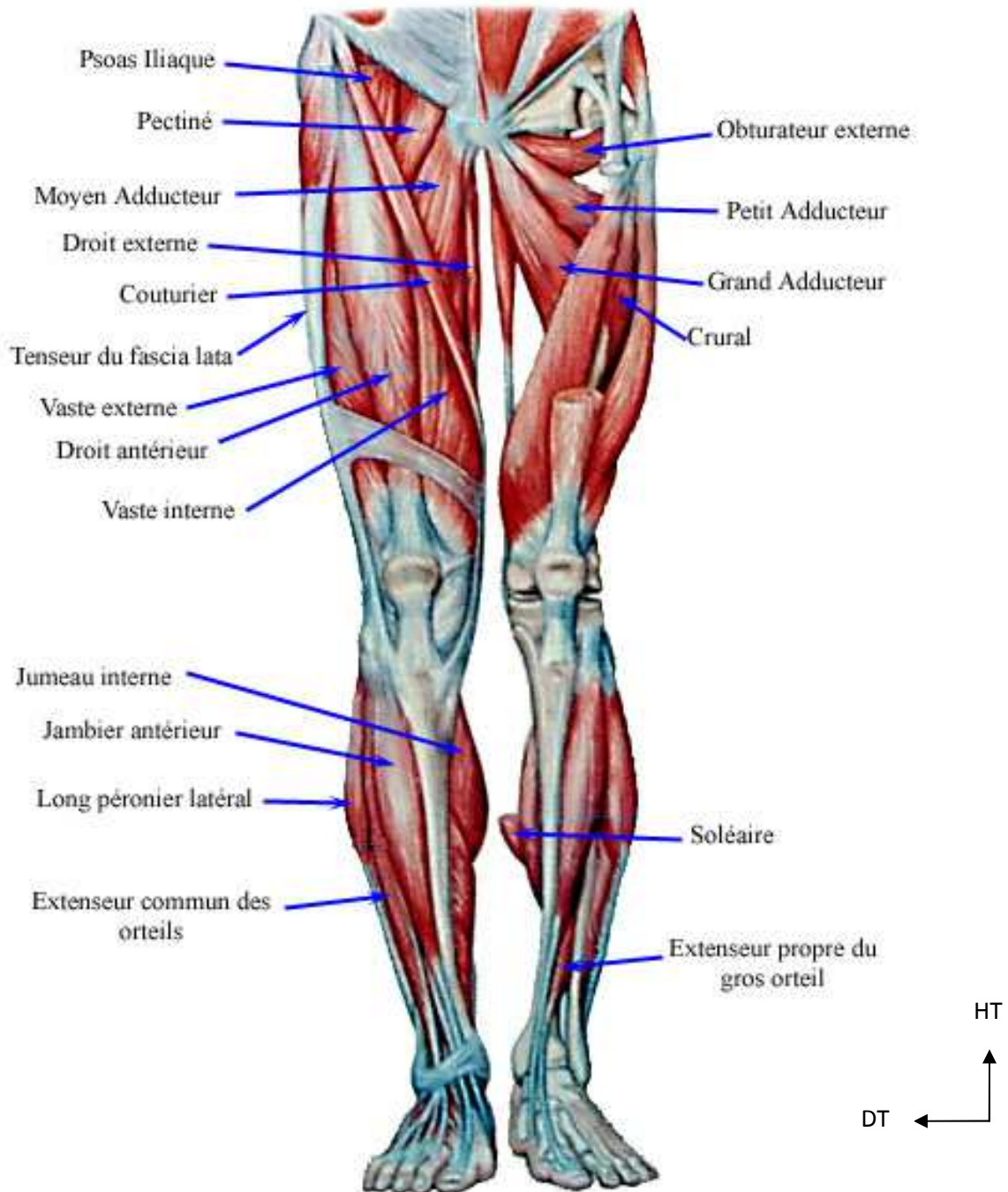


Figure 3 : image illustrant les différents muscles du membre inférieur (face antérieure)

3.4.4- Les vaisseaux des membres inférieurs : [18]

3.4.4.1- La vascularisation artérielle :

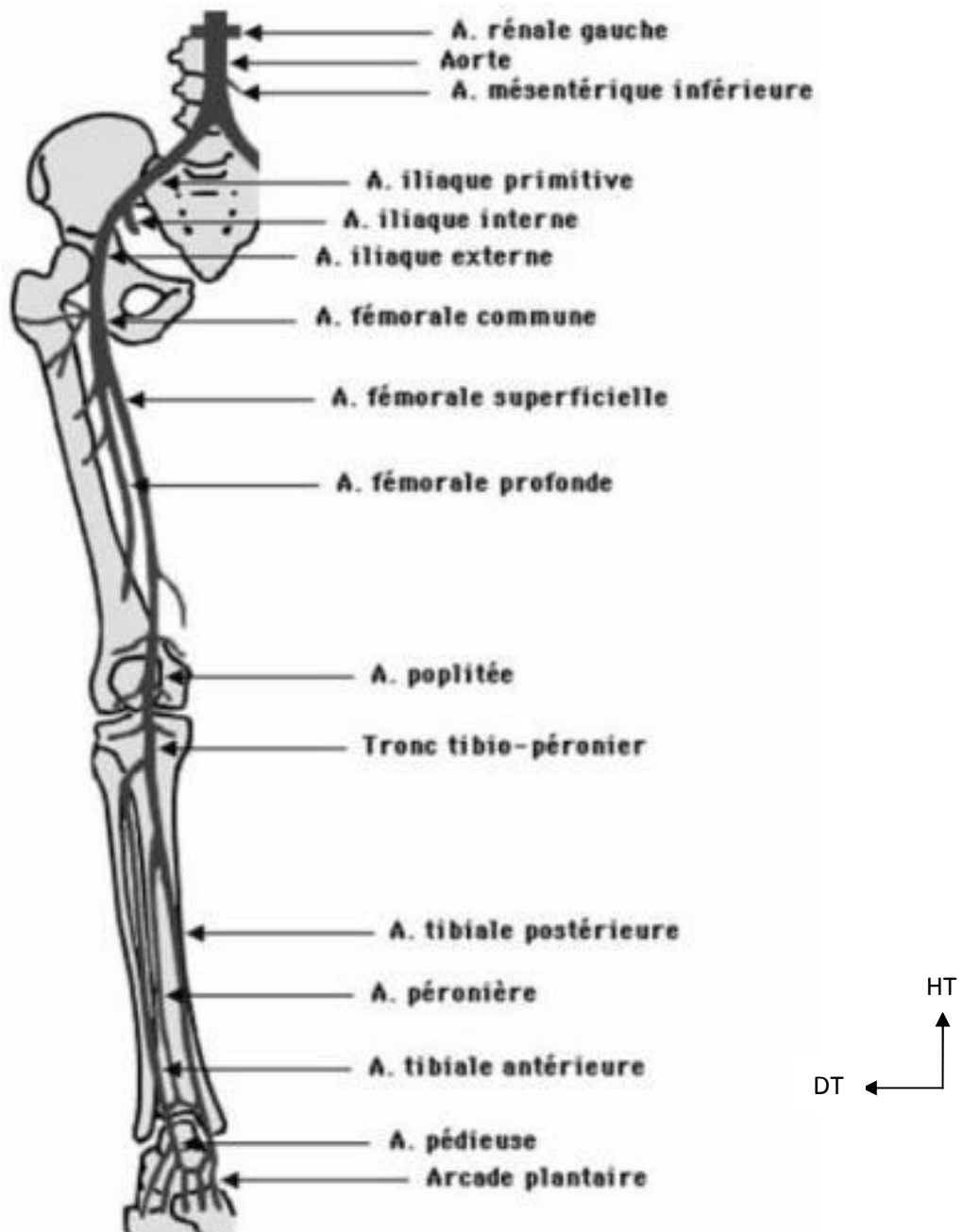


Figure 4 : image illustrant la vascularisation artérielle du membre inférieur (jambe droite, face antérieure)

3.4.4.2- La vascularisation veineuse : [18]

Se résume dans le schéma ci dessous

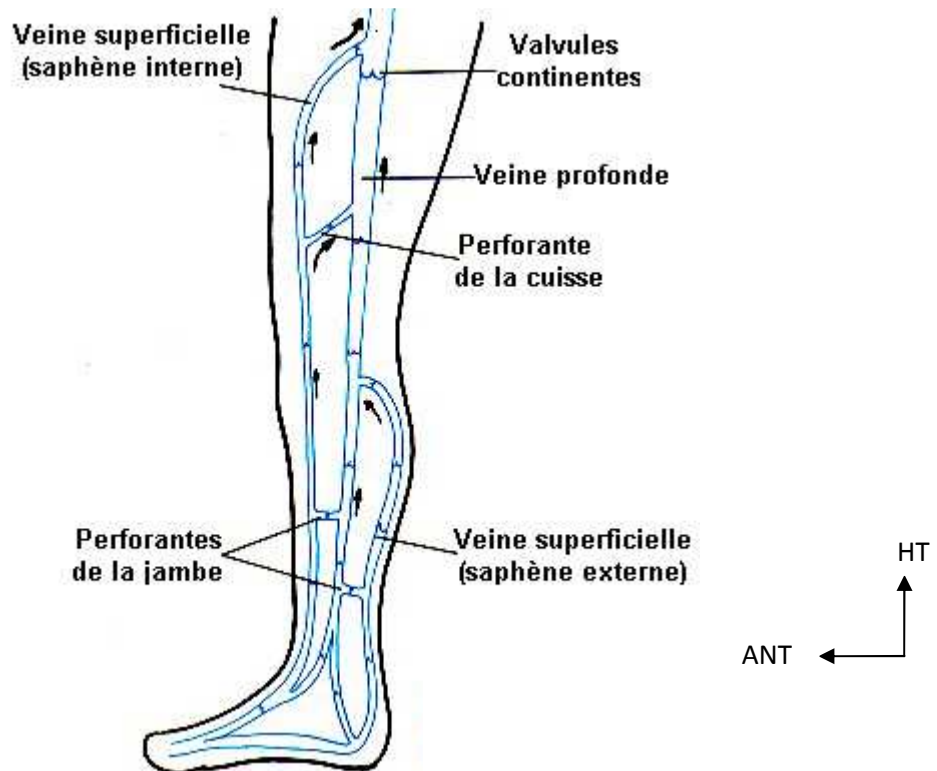


Figure 5 : image illustrant la vascularisation veineuse du membre inférieur (jambe droite, face interne)

3.4.4.3- Vascularisation lymphatique : [18]

3.4.4.3.1- Les ganglions :

Ils sont répartis en deux groupes :

- Les ganglions poplités : ils sont nombreux trois à cinq et sont situés sous l'aponévrose poplitée donc difficiles à explorer.

- Les 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.

3.4.4.3.2- Les vaisseaux lymphatiques :

Ils comprennent :

- Les vaisseaux profonds satellites des veines profondes
- Les vaisseaux superficiels satellites des veines superficielles.

L'ensemble de la circulation lymphatique va se jeter dans la chaîne ganglionnaire iliaque externe.

3.4.5- Les nerfs des membres inférieurs : [17]

3.4.5.1- Innervation motrice :

- . Tous les muscles moteurs de la hanche sont innervés par le nerf crural.
- . Les muscles fléchisseurs du genou sont innervés par le grand nerf sciatique. Les muscles extenseurs du genou sont innervés par le nerf crural.
- . Tous les muscles moteurs du pied sont innervés par les deux branches terminales du grand nerf sciatique (la sciatique poplitée interne et la sciatique poplitée externe).

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

3.4.5.2- Innervation sensitive :

Toute atteinte d'un de ces nerfs sensitifs entraîne une hypoesthésie au niveau du territoire innervé. Cette hypo-sensibilité à la douleur permet d'expliquer, la possibilité de blessures méconnues par les porteurs de neuropathie. Ainsi, peut se constituer un ulcère secondairement infecté.

3.5- MECANISMES NORMAUX DE CICATRISATION DES PLAIES :

3.5.1- Phénomène clinique :

Au début l'espace mort est comblé par divers éléments venant du plasma coagulé et de la fibrine. Les capillaires poussent des bourgeons solides d'endothélium qui se fusionnent, se canalisent et forment des néo-capillaires. En même temps, les cellules conjonctives se développent en fibroblastes. Ce nouveau tissu, formé du réseau de capillaire, de fibroblaste et de leurs produits, se caractérise par de petits nodules rosés et translucides qui comblent la brèche : c'est le tissu de granulation.

L'épithélium de surface s'étend graduellement sur la plaie. Il trouve son chemin sous la croûte et sous le pansement. Lorsque la plaie est infectée, 3 à 4 jours sont parfois nécessaires avant que la prolifération épithéliale ne commence.

3.5.2- Physiopathologie :

La cicatrisation normale se déroule en plusieurs phases.

3.5.2.1- phase 1 : Phase inflammatoire

Au début, il s'agit d'un stade d'inflammation aiguë où prédominent les leucocytes en plus des globules rouges, de la fibrine et des macrophages. Les capillaires adjacents à la plaie se dilatent et élaborent les colonnes de cellules endothéliales.

Ces néo-vaisseaux apportent des éléments du sang comme les leucocytes, les polynucléaires et autres substances nutritives.

3.5.2.2- Phase 2 : phase proliférative

Cette phase dure du cinquième jour au quinzième jour ; alors apparaît dans la plaie une force tensile qui augmente parallèlement avec le taux du collagène.

C'est également le moment où se manifeste la contraction des lésions ouvertes.

Les fibroblastes se multiplient et s'alignent le long des capillaires. Il y'a aussi à ce moment régénération épithéliale de surface.

3.5.2.3- Phase 3 : Phase de maturation

Enfin, la plaie entre graduellement dans sa phase de maturation qui dure plusieurs mois. La cicatrice qui était hypertrophique s'assouplit graduellement, les fibroblastes diminuent, la vascularisation est réduite, les fibres de collagène deviennent plus épaisses, plus denses et se réorientent de sorte que la plaie a une plus grande élasticité et également une plus grande force tensile.

3.6- FACTEURS MODIFIANTS LA CICATRISATION NORMALE DES PLAIES :

3.6.1- Facteurs systémiques :

3.6.1.1- Facteurs nutritionnels :

3.6.1.1.1-Protéines :

On peut évaluer l'état nutritionnel d'un individu par :

- l'anamnèse : anorexie, perte de poids, nausées, vomissements, diarrhées, mauvaise hygiène alimentaire,

- et par son examen physique : léthargie, œdème, hépatomégalie, perte de graisse sous cutanée, atrophie musculaire et autres signes associés à chacun des avitaminoses.

Chez l'homme il faut une importante déficience protéinique pour occasionner des troubles de cicatrisation. [19]

Il faut noter aussi que les maladies hypoprotéïnémiques manifestent également une diminution du taux des anticorps et une diminution de la résistance à l'infection.

3.6.1.1.2- Vitamine C :

Depuis plus de 200 ans on a noté que le patient atteint de scorbut guérissait mal ses plaies. La régénération épithéliale est retardée dans les hypovitaminoses C [19].

3.6.1.2- Age :

Lecompte et Noüy avaient développé une formule mathématique où la vitesse de cicatrisation était proportionnelle à l'âge du patient, la longueur de la plaie et la liste est exhaustive.

Ceci n'est pas d'application absolue mais il est sûr que les enfants guérissent mieux que les vieillards [20].

3.6.1.3- Œdème :

L'œdème secondaire à une hypoprotéinémie ou autre facteur général amène un retard de guérison. De plus l'œdème peut être dû à un facteur local, soit de souffrance cellulaire, soit de congestion locale par augmentation de tension veineuse ou lymphatique.

3.6.1.4- Obésité :

L'obésité peut contribuer largement aux troubles de cicatrisation telles les déhiscences. Il semble que ce soit par divers facteurs, plutôt locaux, comme l'augmentation de la tension sur la ligne de suture, la nécrose graisseuse et la tendance au suintement et à l'infection, que l'obésité peut causer des problèmes.

Elle est aussi associée à certaines maladies comme le diabète, l'artériosclérose, l'hypertension, qui en elles même peuvent aussi causer des retards de cicatrisations.

3.6.1.5- Facteurs endocriniens :

En général, les troubles hormonaux ont peu de répercussions.

3.6.1.6- Diabète :

C'est une constatation que les diabétiques guérissent mal, soit par leur tendance marquée à l'infection, soit par trouble vasculaire, soit par une autre cause. Pour guérir une plaie chez un diabétique, il faut bien contrôler le diabète lui-même et non pas seulement s'intéresser au traitement local de la plaie.

3.6.2- Facteurs locaux :

3.6.2.1 - Apport sanguin :

Une plaie de la face ou du cou guérit plus rapidement qu'ailleurs, en 3 à 4 jours.

Pour guérir une plaie du membre inférieur il faut une circulation artérielle suffisante pour amener jusqu'au niveau de la plaie des éléments nécessaires à une cicatrisation normale.

L'insuffisance veineuse crée une hypertension veineuse qui joue un rôle majeur [20].

Chez un sujet normal la pression veineuse chute durant la déambulation. Mais si les valvules sont incontinentes et/ou la pompe musculaire du mollet inefficace, la pression veineuse ne peut plus chuter. Cette absence de chute est dénommée hypertension veineuse ambulatoire. Elle se définit comme une pression veineuse ambulatoire supérieure à 50 mmHg [21].

L'hypertension veineuse crée des anomalies au niveau de la microcirculation cutanée expliquant la formation des troubles trophiques, par des mécanismes qui restent imparfaitement connus et largement débattus.

Les anomalies des capillaires cutanés sont d'autant plus importantes que l'insuffisance veineuse est sévère. Elles sont retrouvées électivement dans les régions malléolaires. Il s'agit d'abord de simples distensions capillaires avec halo-péri-capillaires traduisant une hyperperméabilité capillaire conduisant à un micro-œdème, puis de réduction de la densité capillaire. Ces modifications sont corrélées à l'hypoxie cutanée, ceci par plusieurs mécanismes :

- Passage de fibrinogène circulant à travers les pores capillaires dilatés conduisant à la formation d'un manchon fibrineux péri capillaire gênant la diffusion de l'oxygène ;
- Piégeage des leucocytes circulants dans les capillaires avec production de radicaux libres toxiques et d'enzymes protéolytiques provoquant des lésions endothéliales ;
- Piégeage des facteurs de croissance par des macromolécules présentes dans les espaces péri capillaires.

3.6.2.2- Hémorragie, hématome, collection séreuse :

Les hémorragies, les exsudats lymphatiques ou de réaction au traumatisme peuvent créer un espace mort plus ou moins grand, avec une augmentation de la phase de détersion et une tendance marquée à l'inflammation secondaire. Ces troubles peuvent ainsi retarder la cicatrisation des plaies et produire une cicatrice plus grande que normalement.

3.6.2.3- Infections locales ou systémiques :

Toute plaie peut être contaminée. L'infection franche devient souvent le point catastrophique dans la guérison des plaies. Elle peut être liée à l'agent traumatique ou être favorisée par la mauvaise défense immunitaire (**VIH**). Les hématomes ou les nécroses tissulaires sont d'excellents milieux de culture.

3.6.2.4- Phytothérapie :

Depuis des millénaires, L'homme a essayé des potions pour accélérer la guérison, toutes fois les effets obtenus ne sont pas toujours escomptés.

3.7- PRESENTATION CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DES ULCERES :

3.7.1- Ulcère d'origine vasculaire :

3.7.1.1- Ulcère veineux : [22]

Il peut prendre des aspects cliniques divers selon qu'il s'agisse d'un ulcère variqueux ou d'un ulcère post-phlébitique.

3.7.1.1.1- Ulcère variqueux de membre inférieur :

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 des veines superficielles (épreuve de Trendelenburg) et la perméabilité des troncs veineux profonds (Epreuve de Perthes).

***Epreuve de Trendelenburg :**

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

- On fait lever le sujet et on enlève le garrot. Le remplissage brutal de haut en bas démontre l'insuffisance de la valvule ostiale de la saphène interne.
- On fait lever le malade sans enlever le garrot. La saphène se remplit rapidement de bas en haut, il y a 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. Cela signifie qu'il existe à la fois une insuffisance de la valvule ostiale et des perforantes.

***Epreuve de Perthes :**

Sur 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 :

- S'il y a gonflement rapide et douloureux des varices, tension du mollet, cela veut dire que la voie profonde est bouchée.
- Si les varices au contraire se collabent, cela veut dire que la voie profonde est libre.

3.7.1.1.2. Ulcère post-phlébitique :

Il s'agit d'ulcérations volumineuses quelquefois nombreuses, siégeant le plus souvent à la région rétro et sus-malléolaire interne. Il s'accompagne de douleur névralgique de la maladie post-phlébite. On note une importante atteinte des tissus péri-ulcéreux à type d'eczéma ou capillarite ; et des tissus sous-ulcéreux à type d'œdème ou de cellulite rétractile (dermato-sclérose en guêtre).

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.

3.7.1.2- Ulcère capillaritique :

Dans la plupart des cas il s'agit d'une atteinte cutanée secondaire à la thrombose des capillaires irrigant cette parcelle tégumentaire. Il en résulte des foyers superficiels de nécrose, gangrène, des ulcérations plus ou moins étendues.

Cet ulcère se caractérise par des ulcérations multiples, fébriles, douloureuses, large de 3 à 4cm, superficielles rarement suintantes. Ces dernières se cicatrisent en 2 ou 3 mois sous l'action des antiseptiques en laissant une fine cicatrice superficielle ; mais les récurrences sont possibles [14].

En résumé, l'ulcère veineux siège au niveau de la malléole interne ou externe, là où l'hypertension veineuse est la plus importante. La taille de l'ulcère est variable de même que le caractère douloureux. Ces ulcérations correspondent à des zones cutanées avasculaires, par thrombose des capillaires cutanées.

3.7.1.3- Ulcère par insuffisance artérielle :

C'est une ulcération siégeant souvent au niveau du 1/3 inférieur de la jambe (suspendu), parfois au niveau du tendon d'Achille.

Il est profond, mettant à nu les tendons. Le fond est recouvert d'une couenne adhérente, jaunâtre ou blanche. Les pieds sont froids avec abolition des pouls périphériques distaux.

Ces ulcères sont douloureux.

Les douleurs sont vives, génératrices d'insomnie lui offrant une particularité (douleurs de décubitus) de même que les douleurs artéritiques à la marche exigeant la mesure du périmètre de marche.

Sa taille est variable de quelques centimètres peut couvrir tout le dos du pied et le 1/3 inférieur de la jambe.

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 abolition de pouls et l'auscultation des gros troncs artériels pouvant révéler un souffle.

On peut rencontrer ce type d'ulcère au cours des artériopathies drépanocytaires, des angiopathies diabétiques, de l'athéromatose [23].

En résumé, l'ulcère artériel est localisé volontiers sur la zone pré tibiale ou sur le dos du pied.

L'ulcère est atone, nécrotique, creusant vers les tendons ou même de l'os : une exposition tendineuse est un argument majeur pour l'origine artérielle de l'ulcère.

3.7.1.4- Ulcère vasculaire mixte :

Classiquement, il s'agit de patients ayant eu des antécédents d'ulcère artériel associés à une insuffisance veineuse avec une cicatrisation facile, et que l'on voit pour une récurrence sans tendance à la cicatrisation. La recherche d'une artérite est alors impérative [24].

3.7.1.5- Angiodermite nécrotique :

C'est une variété particulière d'ulcère cutané. Sa physiopathologie reste mal connue. L'hypothèse d'une hémorragie cutanée avec spasme artériolaire de voisinage reste à démontrer : il s'agit de femmes âgées de plus de 60 ans, toujours hypertendues de longue date, parfois diabétiques. Un traumatisme, souvent mineur est retrouvé comme facteur déclenchant dans la moitié des cas, ce qui explique que la localisation la plus fréquente soit la face antéro-externe de la jambe [25].

3.7.2- Autres causes d'ulcère de jambe :

3.7.2.1- Ulcères infectieux :

Il s'agit habituellement de plaies ulcéreuses plus ou moins profondes, pouvant mesurer de un à plusieurs centimètres de diamètre. Le fond est végétant ou granité, chargé de matières séro-fibrineuses, de pus et de sang coagulé. Le contour est souvent irrégulier et les bords présentent certains caractères distinctifs. Ils sont épais et soulevés, taillés à pic, parfois végétant ou décollés comme si l'ulcération progressait sous son rebord. Le contour et la périphérie sont plus ou moins inflammatoires présentant une coloration érythémateuse, violacée, jaunâtre. Une teinte jaune brunâtre suggère la présence d'un granulome [26].

3.7.2.1.1- Infections bactériennes :

3.7.2.1.1.1- Tuberculose cutanée : [26]

Certaines formes de tuberculoses peuvent être responsables de cette pathologie des membres inférieurs :

*** Le chancre tuberculeux :**

Il réalise une petite ulcération croûteuse, indolente, située surtout aux extrémités.

Le diagnostic repose sur la découverte du bacille de Koch dans la lésion et/ou à la biopsie.

*** La tuberculose gommeuse :**

Elle se rencontre surtout chez les enfants malnutris et résulte d'une dissémination hématogène du bacille à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral.

Sur les extrémités des nodules sous cutanées apparaissent, se ramollissent et fistulisent à la peau. Ainsi, se réalisent des ulcérations multiples à bord irrégulier taillées à l'emporte-pièce, à fond purulent.

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

3.7.2.1.1.2- Les mycobactérioses atypiques :

Certaines espèces de mycobactéries sont responsables d'ulcère chronique des membres inférieurs.

Parmi lesquelles nous avons :

*** Mycobactérium ulcéraans :**

Il est responsable de l'ulcère de Buruli (UB).

L'ulcère de Buruli est la troisième maladie mycobactérienne chez l'homme après la lèpre et la tuberculose. Il est causé par une mycobactérie :

Mycobactérium ulcéraans, qui provoque des ulcérations cutanées extrêmement profondes pouvant même attaquer l'os [26].

La maladie sévit dans les régions intertropicales humides et elle est en telle expansion en Afrique de l'Ouest depuis les années 80, qu'elle est considérée comme une maladie émergente.

{Les infections à *Mycobactérium ulcéans* apparaissent au siège d'une inoculation lors d'un traumatisme le plus souvent des jambes et entraîne la formation d'ulcérations profondes, douloureuses, et de grande taille, voire géantes avec une période d'incubation d'environ trois mois} [26].

Un gonflement sous-cutané indolore apparaît au site d'inoculation. La lésion augmente de taille et s'ulcère. L'ulcération s'étend dans la graisse sous-cutanée et il est difficile de définir ses limites en profondeur. Les ulcérations peuvent s'agrandir pour atteindre la totalité d'une extrémité. Les jambes sont le plus souvent atteintes.

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

Au stade initial : une nécrose du pannicule adipeux et un grand nombre de bacilles prenant la coloration de Ziehl-Nielson [26].

Au stade tardif : un granulome tuberculoïde.

De même les bacilles sont visibles après culture sur milieu de Loewenstein [26].

Le traitement est chirurgical : excision chirurgicale étendue des lésions complétée par des greffes de peau.

* ***Mycobactérium marinum*** :

Il est responsable du granulome des piscines. L'infection survient sur une peau préalablement lésée. Il se forme des lésions papulo-nodulaires ou ulcérées le long d'un trajet lymphatique. Le diagnostic repose sur la biopsie cutanée qui montre un granulome tuberculoïde dans lequel la coloration de Ziehl-Nielsen n'est pas souvent positive.

Le diagnostic positif se fait par culture sur milieu de Loewenstein [27].

3.7.2.1.1.3- Les lésions infectieuses localisées à germes banales :[28]

Ce sont des infections non spécifiques dues à des germes banales comme le staphylocoque, le Streptocoque, le Proteus. Les lésions constituées sont à types de phlegmon, de furonculose, d'impétigo, d'ecthyma, de cellulite post érysipèle. 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 ulcère phagédénique tropical.

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

3.7.2.1.1.4- Les tréponématoses :

3.7.2.1.1.4.1- Les ulcères syphilitiques vénériens : [29]

La syphilis vénérienne est due à Tréponéma pallidum variété S. Elle est sexuellement transmissible évoluant en trois phases. Passées les phases primaire et secondaire, les ulcérations surviennent à la phase tertiaire.

A cette dernière phase des gommages apparaissent aux membres inférieurs et évoluent en quatre stades : crudité, ramollissement, ulcères torpides, taillées à l'emporte-pièce. Les bords sont irréguliers, polycycliques, le fond ulcéreux est purulent associé parfois à la présence d'une adénopathie satellite et enfin la cicatrisation avec des cicatrices rétractiles.

Le diagnostic est porté par la positivité du V.D.R.L et du T.P.H.A ainsi que le contexte clinique et histopathologique [29].

3.7.2.1.1.4.2- Les tréponématoses non vénériennes :[30]

Parmi elles, le pian et le béjel peuvent s'ulcérer au niveau du membre inférieur. L'agent pathogène est le Tréponéma 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 plusieurs cicatrices achromiques. Parfois, il se transforme en un volumineux ulcère appelé « Maman pian » entouré de plus petits piannômes à évolution chronique.

Le diagnostic est porté par :

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

Une sérologie des tréponèmes positive (V.D.R.L/TPHA)

L'examen histologique montre des infiltrats granulomateux riches en plasmocytes.

3.7.2.1.2. Les infections mycosiques (Mycétomes) : [27]

Ce sont des pseudotumeurs inflammatoires, chroniques polyfistulisées, contenant des grains fongiques ou actinomycétiques.

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

Le diagnostic positif est le plus souvent porté devant : une tuméfaction sous-cutanée, inflammatoire, douloureuse. Elle s'étend lentement pour transformer le pied en une grosse masse dure, irrégulière, bosselée, inflammatoire creusée de multiples fistules « en pomme d'arrosoir » d'où sortent des grains blancs, jaunes ou rouges parfois à la limite de la visibilité. La surinfection bactérienne est pratiquement constante. L'atteinte osseuse est fréquente : des microgiodes transforment l'os en « mie de pain » avec parfois des spicules périostiques. Les métastases ganglionnaires sont relativement fréquentes, mais les ganglions satellites sont le plus souvent bactériens.

Le diagnostic positif est confirmé par l'examen histologique (biopsie profonde chirurgicale), l'examen microscopique des grains et la mise en culture.

3.7.2.1.3- Les infections parasitaires :

3.7.2.1.3.1- Les ulcérations dues aux leishmanioses cutanées : [27]

Elles se manifestent par apparition au niveau d'une zone découverte (visage, membre) : d'une petite papule très prurigineuse, rouge foncée, indolore, à sommet parfois un peu acuminé ou pileux.

Celle-ci se recouvre de squames furfuracées, s'infiltré en profondeur et se transforme en tubercule.

Cette lésion d'apparence anodine, résistante aux traitements antiseptiques locaux va constituer à la phase d'état un nodule légèrement saillant de 20 à 30 mm de diamètre, dont le centre est creusé par une ulcération habituellement cachée par une croûte jaunâtre.

Les éléments principaux de diagnostic en dehors des données géographiques d'une contamination possible sont :

- Le caractère indolore de la lésion malgré la teinte rouge sombre
- L'absence d'adénopathie ou de lymphangite.
- L'évolution persistante et stable en absence de traitement.

Le diagnostic positif repose sur :

- Le frottis réalisé par l'écrasement d'un fragment de tissu prélevé en périphérie de l'ulcération : coloration de May-Grunwald-Giemsa.
- La biopsie cutanée en bordure de la lésion montre une hyperplasie avec hyperacantose surmontant un granulome inflammatoire polymorphe au sein duquel la coexistence de plasmocytes et de cellules épithéliales est évocatrice.

3.7.2.1.3.2- La dracunculose ou dracontiaze : [30]

Elle est due à un nématode *Dracunculus medinensis*. L'homme se contamine en consommant de l'eau contenant des cyclops infectés. La sortie du ver se fait en un point quelconque des membres inférieurs.

Ainsi se réalise une petite ulcération pouvant prendre des signes de chronicité. Le plus souvent on retrouve une adénopathie inguinale satellite.

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

3.7.2.2- Ulcères non infectieux :

3.7.2.2.1- Les ulcérations d'origine neurologique :

On retiendra surtout les maux perforants plantaires d'origine non lépreuse.

Ce sont des ulcérations chroniques, indolores, non inflammatoires, survenant sur une peau dysesthésique en regard d'une zone d'appui (tête du premier et cinquième métatarsien, talon). Il s'agit d'ulcérations atones, de forme arrondie ou ovalaire, dont la taille varie de quelques mm à plus d'un cm. Les bords sont saillants, taillés à pic et cerclés par un bourrelet hyperkératosique [31].

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

Leur diagnostic porte sur la recherche des troubles de la sensibilité profonde et des tests biologiques : Glycémie, glycosurie, sérologie syphilitique.

3.7.2.2.2- Les ulcérations liées à une hémoglobinopathie : [32]

Les plus fréquentes dans nos régions sont : la drépanocytose et la thalassémie. Ce sont des affections génotypiques caractérisées par un trouble quantitative ou qualitative de l'hémoglobine.

Dans tous les cas, ces ulcérations sont fréquentes entre 15 et 30 ans. Elles siègent le plus souvent à la région malléolaire interne mais parfois ailleurs. Elles sont superficielles avec une couronne pigmentée. Leur bilatéralité et l'intensité des douleurs sont caractéristiques. Parfois, elles sont unilatérales et absolument indolentes.

Le diagnostic positif de la drépanocytose et des thalassémies fait appel à l'électrophorèse de l'hémoglobine.

3.7.2.2.3- Les ulcérations liées à certaines affections dermatologiques :

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

Pyoderma gangrénosum : pyodermite phagédénique [33]

Cette affection débute par un nodule ou une papule qui s'ulcère à son tour. Ainsi, se constitue l'ulcération d'allure phagédénique par extension centrifuge.

Elle est superficielle à bord circulaire brutalement limité par un bourrelet comme (tracé au compas), inflammatoire et ferme. Il n'y a pas d'adénopathie satellite, la douleur est d'intensité variable. L'évolution se fait lentement vers la guérison en laissant une cicatrice inesthétique.

Cette affection dermatologique est de cause mal connue, mais elle s'associe le plus souvent à des pathologies générales telles que :

La rectocolite ulcéreuse, maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, leucémie aiguës, lymphomes, maladie de Takayasu.

Son diagnostic est essentiellement clinique et histologique.

3.7.2.2.4- Les ulcérations hypertensives : [34]

Elles méritent 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 bilatérale peut orienter 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.

3.7.2.2.5- Les ulcérations néoplasiques : [8]

Les ulcérations d'origines néoplasiques sont à garder en mémoire devant toute ulcération évolutive de longue date (5-25 ans) ou anormalement résistante aux traitements. Toute suspicion clinique de dégénérescence néoplasique doit être confirmée par la biopsie cutanée.

. Les carcinomes cutanés (épidermoïdes ou basocellulaires) peuvent se localiser aux membres inférieurs. Ils apparaissent de novo ou sur une lésion cicatricielle préexistante (séquelle de brûlure, radiodermite, séquelle de tuberculose). Cliniquement ces ulcères sont le plus souvent isolées, évoluent plutôt lentement et sont douloureux.

Ils montrent une tendance aux saignements répétés. Leurs bords prennent un aspect charnu hyper-bourgeonnant.

. Le mélanome au stade tumoral est le siège d'hémorragie et d'ulcérations. Le diagnostic est aisé sauf dans les cas très délicats de mélanome achromique où leur aspect est comparable aux carcinomes cutanés.

3.7.2.2.6- Les causes diverses des ulcérations des membres inférieurs : [34]

Certaines ulcérations s'intègrent dans un contexte sémiologique par ailleurs riche et peuvent résulter d'altération de constituants du derme (sclérodémie, syndrome de werner, déficit en protéase). La découverte d'un ulcère de membres inférieurs chez un homme jeune peut conduire à mettre en évidence une maladie chromosomique.

Des 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 fibrinolyse.

Pour ce qui est des ulcérations d'origine traumatique, en général elles ne posent pas de problème de diagnostic. Leur aspect clinique dépend du traumatisme causal. Une attention particulière doit être portée aux brûlures et séquelles de radiodermite pouvant être le siège de dégénérescence néoplasique (carcinome spinocellulaire le plus souvent) [8].

Tableau I : Etiologies des ulcérations chroniques des membres inférieurs :

ULCERES D'ORIGINE VASCULAIRE	ULCERE VEINEUX		-Ulcère variqueux ; -ulcère post plébitique
	ULCERE CAPILLARITIQUE		
	ULCERE PAR INSUFFISANCE ARTERIELLE		ulcère par infarctus cutané
	ULCERE VASCULAIRE MIXTE		
	ANGIODERMITE NECROSANTE		
ULCERES D'ORIGINE NON VASCULAIRE	ULCERES INFECTIEUX	INFECTIONS BACTERIENNES	.tuberculose cutanée ; .ulcère de Burili .Cellulite nécrosante secondaire
		INFECTIONS MYCOSIQUES	Mycétome
		INFECTIONS PARASITAIRES	.Leishmaniose cutanée ; .dracunculose
	ULCERES NON INFECTIEUX	ULCERATIONS D'ORIGINE NEUROLOGIQUE	Mal perforant plantaire
		ULCERATIONS LIEES A CERTAINES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES	Ulcère phagédénique
		ULCERATIONS HYPERTENSIVES	Angiodermite nécrotique
		ULCERATIONS NEOPLASIQUES	Carcinome cutané ; Mélanome
		CAUSES DIVERSES DES ULCERATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS	Sclérodermie Syndrome de Werner

3.8- LES METHODES THERAPEUTIQUES DES UCM I :

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 bases dont la prise en compte se montre toujours bénéfique [35].

Ainsi, devant un ulcère de jambe il faut :

- Evaluer le terrain
- Rechercher l'étiologie
- Entreprendre un traitement curatif et préventif

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

3.8.1- le terrain :

Le terrain est évalué en fonction des antécédents.

- Etat général du patient : nutritionnel, immunodépression, autonomie, condition de vie et financière ;
- Bilan vasculaire : palpation des pouls, auscultation vasculaire, prise des pressions distales, mesure de la pression transcutanée en oxygène, échodoppler artériel et veineux et dans certains cas l'angiographie des membres inférieurs à la recherche d'une solution de revascularisation ;
- Bilan de coagulation : anticoagulants circulants, thrombophilie et déficit en facteurs de coagulation.

3.8.2- Recherche d'étiologie :

Elle est déterminée non seulement par l'anamnèse mais également la pratique de certains examens complémentaires :

- Echographie doppler veineux et artériel, angiographie ;
- Bilan hématologique : test d'EMMEL, électrophorèse de l'hémoglobine ;

- Analyses bactériologique, parasitaire et mycologique après prélèvement du pus, à la recherche de germes, antibiogramme ;
- radiographies de la jambe ;
- Examen anatomo-pathologique après biopsie.

3.8.3- Traitement :

3.8.3.1- Le traitement curatif:

Il sera fonction des pathologies associées à l'ulcère des membres inférieurs.

3.8.3.1.1- Traitement spécifique :

3.8.3.1.1.1- Ulcères vasculaires :

3.8.3.1.1.1.a- Ulcère par insuffisance veineuse :

La mise en évidence d'anomalies vasculaires nécessite une prise en charge spécifique.

L'insuffisance veineuse superficielle doit être traitée en fonction de la cartographie veineuse et terrain.

Le traitement médical comprend la sclérose, la contention élastique, les veinotoniques.

Le recours à la chirurgie peut être nécessaire par stripping ou ligature sous endoscopie des perforantes.

Le stripping est une technique de cure chirurgicale des varices consistant à lier puis sectionner la veine variqueuse à ces deux bouts, à introduire dans sa lumière un stripper qui va en permettre l'exérèse par retournement.

Pour toute insuffisance veineuse le port de la contention élastique est impératif : soit adhésive, soit amovible. Après cicatrisation de l'ulcère, on continuera la contention avec des bas.

3.8.3.1.1.1.b- Ulcère par insuffisance artérielle :

Les vasodilatateurs ; les antiagrégants plaquetaires ; les anticoagulants sont utilisés dans le traitement médical.

Une artériopathie des membres peut impliquer un geste de revascularisation en cas d'ulcère artériel pur ou mixte.

Ces gestes de revascularisation ont diminué considérablement le taux d'amputation de jambe, qu'il s'agisse de pontages ou des procédures d'angioplastie.

Le pontage est un procédé de revascularisation du lit d'aval d'un axe artériel oblitéré. Il se réalise par l'implantation termino-terminale sur l'artère, en amont et en aval de l'obstruction, d'un greffon endogène, généralement veineux, exceptionnellement artériel ou exogène en tissu systémique tressé ou tricoté.

L'angioplastie est une technique de chirurgie vasculaire destinée à apporter des modifications réparatrices et correctrices au calibre des vaisseaux, essentiellement des artères.

Les angioplasties ont l'avantage d'être réalisées en radiologie sous anesthésie générale et ainsi sont peu agressives chez les sujets âgés et seraient plus intéressantes en cas de sténose artérielle que les revascularisations chirurgicales.

3.8.3.1.1.2- Autres causes d'ulcère :

3.8.3.1.1.2.a- Ulcère infectieux :

En cas de surinfection d'un ulcère préexistant, le traitement antibiotique sera adapté en fonction de l'antibiogramme.

L'érysipèle est une complication non exceptionnelle des ulcères de jambe : jambe rouge, douloureuse, chez un patient peu fébrile. Le traitement est basé sur l'utilisation de pénicilline G en perfusion continue, 15 à 20 millions UI par jour, nécessitant une hospitalisation. On peut également utiliser de l'amoxicilline par voie parentérale ou per os en fonction de l'importance du syndrome fébrile et du terrain.

Il faut également vérifier systématiquement l'état vaccinal antitétanique du sujet.

- **Tuberculose cutanée:** les antituberculeux comme la RHZE (Rifampicine : 10mg/kg/jr ; l'Isoniazide : 5mg/kg/jr ; le Pyrazinamide : 25mg/kg/jr ; Ethanebutol : 15mg/kg/jr) pendant 2 mois puis la RH (Rifampicine : 10mg/kg/jr ; l'Isoniazide : 5mg/kg/jr) pendant 4 mois.

- Mycobactérioses atypiques :

* *M. ulcerans* : une excision chirurgicale large suivie d'une greffe ; puis un antituberculeux à type de : Clofazimine et Rifampicine en association.

* *Mycobactérium marium* : une excision chirurgicale ; puis antibiothérapie utilisant un des produits suivants : Clarithromycine (500mg x2/jr) ; Minocycline (100mg/jr) ; Doxycycline (100mg/Jr) ; Cotrimoxazole (500mg x2/jr).

- Syphilis et tréponématoses endémiques :

Une cure pénicillinée ou une injection IM de Benzathine pénicilline (2,4million d'UI en IM caque semaine pendent 3 à4 semaines).

- Leishmaniose cutanée :

Le Glucantime est le médicament spécifique de la leishmaniose. On a recours soit :

* Aux injections péri lésionnelles : 1ml/séance ; 1 à 2 injections hebdomadaires pendant 3 à 6 semaines.

* A la voie intra – musculaire du Glucantime chaque semaine surtout si les lésions sont multiples.

* La thermothérapie : sur la lésion.

* La cryothérapie locale et les antibiotiques sont d'utilités adjuvants.

3.8.3.1.1.2.b- Dracunculose :

Extraction mécanique du parasite + Sérum antitétanique + Couverture antibiotique.

3.8.3.1.1.2.c- Mycétomes :

*Fungiques : Exérèse chirurgicale complète ; Ketokonazole.

*Bactériens : Les sulfones ; les sulfamides pendant plusieurs années.

3.8.3.1.1.2.d- Drépanocytose :

Transfusion sanguine + Acide folique + Hydergine.

3.8.3.1.1.2.e- Pyoderma gangrénosum :

La corticothérapie par voie générale est le traitement le plus utilisé avec succès. Les lésions cortico – dépendantes ne sont pas rares. La dose d'attaque est de l'ordre de 1mg/kg/j de Prednisone. Elle peut être réduite à 10 à 20 mg/j dès l'amorce de cicatrisation.

La recherche de pathologie associée telle qu'une colite ulcéreuse par la colonoscopie, ou une anémie, est impérative.

Les autres traitements proposés sont la Clofazimine ; les sulfones ; la thalidomide, les immunosuppresseurs.

3.8.3.1.1.2.f- Tumeurs :

Exérèse chirurgicale avec ou sans curage ganglionnaire.

III.8.3.1.1.2.g- Hypertension artérielle : antihypertenseurs.

3.8.3.1.1.2.h- Diabète :

*type I : régime hypoglycémique + Insuline.

*type II : régime hypoglycémique + Sulfamides et/ou biguanides.

3.8.3.1.2- Traitements locaux ou symptomatiques :

Ils sont communs à tous les ulcères chroniques de jambes quelque soit leur étiologie. Dans ce cadre on s'attachera à :

- Lutter contre l'infection ;
- Assurer la détersion
- Maîtriser le bourgeonnement ;
- Favoriser l'épidérmission.

3.8.3.1.2.1- Lutter contre l'infection :

Elle doit être une motivation majeure, en sachant qu'en dehors du retard de la cicatrisation, elle peut s'étendre aux tissus sous – jacents avec risque de cellulites ou lymphangites, voir se généraliser conférant alors une septicémie. Du fait de la diversité microbienne au niveau des ulcères, les antibiogrammes réalisés à partir de prélèvement systématique sont discutables car les germes testés aux antibiotiques ne sont pas forcément responsable de l'infection [1]. D'une manière générale, en dehors des complications infectieuses à type de cellulite péri – ulcéreuse, les médications antiseptiques garde une place de choix (solution de permanganate de potassium, les cyclines locales).

3.8.3.1.2.2- La détersion :

Elle vise à débarrasser la lésion ulcéreuse des tissus nécrotiques et des sécrétions pathologiques abris microbiens. Elle peut être :

- mécanique, ayant l'avantage d'être plus efficace. Elle se fait soit à la curette, au bistouri, avec des compresses, ou au vaccinostyle.

Pour être efficace, elle doit se faire après prémédication orale ou après traitement antalgique local : Xylocaïne en gélule ou en spray avant les soins.

- Chimique, utilisant des enzymes protéolytiques.

3.8.3.1.2.3- Le bourgeonnement :

Il se caractérise par l'apparition de petits bourgeons charnus, rosés, donnant un aspect granuleux au fond ulcéreux, on utilise :

- Des corps gras en pommade ou en tulle (tulle gras lumière).
- Des pâtes et des poudres ou oxydes métalliques (oxyde de zinc).

Pour se faire on appliquera un pansement car une plaie laissée à l'air libre se recouvre de croûtes qui gênent la cicatrisation (en empêchant la migration et la prolifération des kératinocytes, et en privant la plaie des facteurs de croissance normalement présents dans l'exsudat) et qui favorise la surinfection de la plaie. Les pansements gras, type tulle vaseliné ou compresses vaselinées sont bien tolérés et ils empêchent la formation de croûte. Ils doivent être changés idéalement tous les jours pour éviter le risque de dessèchement.

L'occlusion de la plaie est en effet un facteur qui va favoriser la cicatrisation à tous les stades.

L'occlusion stimule l'angiogenèse, la formation du tissu conjonctif, favorise la migration et la prolifération des kératinocytes, diminue la prolifération bactérienne.

Les plus étudiés actuellement sont les pansements hydrocolloïdes. Ils maintiennent au niveau de la plaie une atmosphère humide et font profiter la plaie des facteurs de croissance contenue dans l'exsudat.

3.8.3.1.2.4- L'épithélialisation ou l'épidèrmisation :

Elle parachève le processus de cicatrisation. C'est l'étape la plus fragile où les conditions physiologiques doivent être respectées.

Elle peut être accélérée par la scarification de la zone de front, mais les greffes constituent la thérapeutique essentielle de l'épidèrmisation.

3.8.3.1.3- Les règles hygiéno-diététiques :

Il convient de les appliquer pour se mettre à l'écart d'échec malgré un traitement curatif apparemment correct :

- Corriger certains désordres métaboliques : excès de poids, déséquilibres alimentaires...
- Nécessité d'une bonne mobilisation active en sachant que de trop longs séjours au lit ne peuvent que détériorer progressivement le malade.
- Eviter les efforts violents.

- Se garder des microtraumatismes et en traiter aussitôt les conséquences.
- Surélever le bas du lit et éviter la station debout prolongée.

3.8.3.1.4- Mesures d'ordre général : [1]

3.8.3.1.4.1- Antalgiques :

Quel que soit le type étiologique, la douleur est toujours présente dans les ulcères de jambe, que ce soit spontanément ou au moment des soins locaux. Si pour ces derniers l'application d'un anesthésique local est nécessaire. Ainsi nous avons : Le Paracétamol et autres antalgiques (codéine, caféine).

3.8.3.1.4.2- Correction des désordres métaboliques :

Il convient de corriger une anémie et/ ou une hypo-protéïnémie puisque, expérimentalement, l'anémie retarde le bourgeonnement et qu'une baisse du taux sérique de l'albumine inhibe l'épidermisation. Il faut également équilibrer un éventuel diabète.

3.8.3.1.4.3- Prophylaxie du tétanos :

Il est possible de développer un tétanos à partir d'un ulcère de jambe. Selon le cas, il s'agit d'une séro-prophylaxie suivie d'une vaccination, soit d'une injection de rappel. La dose est 1500 UI de SAT.

3.8.3.1.4.4- Moyens d'accélérer la cicatrisation :

3.8.3.1.4.4.a- La greffe cutanée en pastille :

C'est une technique simple qui permet de gagner du temps sur la cicatrisation des ulcères.

Elle consiste à prélever des lambeaux de peau totale appelés pastilles à l'aide de punch, de ciseaux ou d'un bistouri à la cuisse, après anesthésie locale, puis poser ces pastilles de façon non jointive sur l'ulcère.

Un pansement gras solide recouvre la greffe. L'ouverture se fait au quatrième jour.

Ce geste se fait classiquement en hospitalisation avec un repos strict. La greffe se fait habituellement sur un ulcère propre où il existe un bon tissu de granulation.

3.8.3.1.4.4.b- L'auto hémothérapie :

Les facteurs de croissance sont des peptides présents dans le sang et qui interviennent dans les processus de cicatrisation au niveau de l'épiderme et du derme.

L'auto hémothérapie s'appuie sur le concept d'utilisation des facteurs de croissance.

Elle consiste à appliquer le sang du patient sur son ulcère après avoir préalablement mélangé à l'héparine : 1ml de sang mélangé à 0.1 ml d'héparine sodique. Les monocytes contenus dans le sang libèrent leurs facteurs de croissance au contact de la plaie.

Cette technique ancienne a été remise à l'honneur par une équipe Suisse qui a montré que, réalisée au rythme de trois séances par semaine, l'auto hémothérapie permettait dans la majorité des cas d'obtenir au bout de neuf séances un tissu de granulation suffisant pour greffer.

3.8.3.1.5- Que faire si un ulcère ne cicatrise pas ?

- Bien interroger le patient et/ou l'infirmière pour une allergie à un topique local parfois auto-appliqué par le patient.
- Réaliser une biopsie en bordure de l'ulcère, surtout sur un ulcère évoluant depuis plusieurs années, un épithélioma spino-cellulaire pouvant se développer. Il peut s'agir également d'un épithélioma baso-cellulaire d'emblé ulcéré.
- Se poser la question d'une étiologie rare d'ulcère.
- Faire un bilan vasculaire pour évaluer une artériopathie alliée.
- En raison du vieillissement de la population, les ulcères initialement veineux deviennent ensuite artério-veineux.

3.8.3.2- IEC (Information, éducation, communication) :

Pour le changement de comportement il faut :

- Expliquer :

- . Comment survient la plaie (spontanée ou provoquée)
- . L'étiologie microbienne
- . Les facteurs favorisants
- . Les modalités de traitements (hospitalisation, bilans, traitements médical, traitement chirurgical)
- . Les facteurs de récurrence.

4- MATERIELS ET METHODE :

4.1- Cadre de l'étude :

Notre étude a été menée dans le service de dermato vénérologie du Centre National Universitaire d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNUAM)= ex Institut Marchoux.

Le CNUAM est un centre spécialisé dans la recherche sur la lèpre et les maladies endémo-épidémiques. Il est situé en commune IV du District de Bamako précisément dans le quartier de Djicoroni-Para.

Son domaine d'activité comporte outre la lèpre, la dermatologie, les IST/VIH SIDA et la recherche vaccinale.

On distingue plusieurs unités: La léprologie, la dermatologie, la biologie, la Chirurgie –Réhabilitation et le centre de développement des vaccins « CVD ».

4.2- Type et durée d'étude :

Nous avons mené une étude prospective sur des malades hospitalisés et suivis en ambulatoire pour UCMI dans le service de dermatologie vénérologie du CNUAM de Bamako pendant un an (de Janvier 2008 à Décembre 2008).

4.3- Population d'étude :

Elle concernait tous les patients hospitalisés et suivis en ambulatoire dans le service de dermatologie du CNUAM pendant la période d'étude.

4.4- Inclusion des malades :

4.4.1- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, tout patient : présentant un UCMI, hospitalisé et suivi dans le service et ayant accepté de participer à l'étude.

4.4.2- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- Tout patient perdu de vue.
- Tout patient ayant refusé de participer à l'étude.

4.5- Recueil des données :

Une fiche d'enquête nous a permis de recueillir les données suivantes :

- Les données sociodémographiques et épidémiologiques: âge, sexe, ethnie, occupation, statut matrimonial, provenance ;
- Les antécédents médicaux (VIH, diabète, drépanocytose etc...) , chirurgicaux et mode de vie (tabac, alcool, toxicomanie, phytothérapie) ;
- Les données cliniques et étiologiques: basées sur
 - . Circonstances de survenue ;
 - . Caractères de l'ulcère (siège, taille, forme, bords, fond, peau periulcèreuse) ;
 - . un examen général ;
- Les données para-cliniques : NFS/VS, Glycémie à jeun, sérologie VIH, Prélèvement du pu et/ou des sérosités pour examen bactériologique et Antibiogramme, Electrophorèse de l'hémoglobine/Test d'Emmel, V.D.R.L./T.P.H.A, Radiographie du MI atteint et une biopsie lésionnelle pour examen d'anatomo-pathologie. Parmi ces examens d'autres sont demandés en fonction de l'orientation clinique ;
- Les données thérapeutiques (prise en charge selon l'étiologie)
- Et l'évolution sous traitement.

4.6- Saisie et analyse des données :

Les données épidémiologique, cliniques et para-cliniques recueillies sur questionnaire ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 16.0.

5- RESULTATS :

5.1- Epidémiologie :

5.1.1- Fréquence :

De Janvier 2008 à Décembre 2008, 520 patients ont été hospitalisés et suivi dans le service de dermatologie-vénéréologie du CNUAM de Bamako dont 115 cas d'ulcère chronique des membres inférieurs soit une prévalence hospitalière de 22,1%.

5.1.2- Répartition selon le sexe :

Tableau 1 : Répartition selon le sexe :

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	60	52,2
Féminin	55	47,8
Total	115	100,0

Le sexe masculin était majoritaire avec une sex-ratio à 1,1.

5.1.3- Répartition selon l'âge :

Tableau 2 : Répartition selon les tranches d'âge des patients :

Tranche d'âge des patients	Fréquence	Pourcentage
10-19 ans	16	13,9
20-29 ans	25	21,7
30-39 ans	30	26,1
40-49 ans	27	23,5
50 ans et plus	17	14,8
Total	115	100,0

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre « 30-39 ans », soit 26,1%.

5.1.4- Répartition selon l'ethnie :

Tableau 3 : Répartition selon l'ethnie des patients :

Ethnie des patients	Fréquence	Pourcentage
Bambara	27	23,5
Malinké	31	27,0
Peulh	19	16,5
Soninké	16	13,9
Senoufo	14	12,2
Autre	8	7,0
Total	115	100,0

L'ethnie la plus représentée était les Malinkés avec 27,0%.

5.1.5- Répartition selon le statut matrimonial :

Tableau 4 : Répartition selon le statut matrimonial des patients :

statut matrimonial des patients	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	48	41,7
Marié	51	44,4
Divorcé	3	2,6
Veuf	13	11,3
Total	115	100,0

Les mariés étaient les plus représentés avec 51 cas soit 44,4%.

5.1.6- Répartition selon la situation socioprofessionnelle :

Tableau 5 : Répartition selon la situation socioprofessionnelle :

Situation socioprofessionnelle	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaires	6	5,2
Elèves/Etudiants	13	11,3
Cultivateurs	26	22,6
Ménagères	10	8,7
Commerçants	21	18,3
Artisans/Ouvriers	39	33,9
Total	115	100,0

Parmi les professions trouvées, les Artisans et les ouvriers étaient majoritaires avec 33,9%.

Tableau 6 : Répartition selon la situation de la profession par rapport à la position du malade :

Position du malade	Fréquence	Pourcentage
station debout prolongé	57	49,6
station assise prolongée	31	26,9
station assise et/ou debout	27	23,5
Total	115	100,0

Les professions à station debout prolongé étaient représentées dans 49,6% des cas, composé essentiellement de commerçants et d'ouvriers.

5.1.7- Répartition selon la provenance :

Tableau 7 : Répartition selon la provenance :

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	40	34,8
Kayes	11	9,6
Koulikoro	25	21,7
Sikasso	12	10,4
Ségou	11	9,6
Mopti	7	6,1
Gao	3	2,6
Tombouctou	1	0,9
Kidal	1	0,9
Guinée	1	0,9
Cote D'Ivoire	3	2,6
Total	115	100,0

Nos malades provenaient de toutes les régions du Mali.

Bamako représentait le 1/3 de l'effectif (34,8%).

5.1.8- Répartition selon le terrain :

Tableau 8 : Répartition selon le terrain du malade :

Terrain du malade	Fréquence	Pourcentage
Obésité	2	1,7
Signes d'insuffisance veineuse	5	4,4
Malnutrition	17	14,8
Tabagisme	27	23,5
Alcoolisme	11	9,6
Dépigmentation artificielle	9	7,8
HTA	6	5,2
Diabète	10	8,7
Hémoglobinopathie	3	2,6
Sans terrain particulier	73	63,5

Près de la moitié des cas n'avaient pas d'antécédent particulier soit 63,5%.

Parmi les antécédents connus le tabagisme a été rapporté dans 23,5%.

5.1.9- Répartition selon les antécédents de traitement :

Tableau 9 : Répartition selon les antécédents de traitement :

Antécédents Traitement	Fréquence	Pourcentage
Antibiotique + AINS	20	17,4
Antibiotique seul	6	5,2
Tradithérapie seule	13	11,3
Antibiotique + AINS + Tradithérapie	76	66,1
Total	115	100,0

L'association antibiotique + AINS + Tradithérapie était la plus représentée avec 66,1% des cas.

NB : Des soins locaux de nature différente ont été prodigués dans tous les cas (Antiseptiques locaux, Antibiotiques locaux, Gel cicatrisant).

5.2- Aspects cliniques :

5.2.1- Répartition selon les facteurs déclenchant :

Tableau 10 : Répartition selon les facteurs déclenchant :

Facteur déclenchant	Fréquence	Pourcentage
Inconnu/Spontané	10	8,7
Traumatismes	84	73,0
Eruption de vésicules, de pustules, ou de papules	21	18,3
Total	115	100,0

Les traumatismes étaient les facteurs déclenchant les plus fréquents avec 73,0% des cas

5.2.2- Répartition selon le retard à la consultation :

Tableau 11 : Répartition selon la durée d'évolution avant la première consultation :

Durée d'évolution avant la première consultation	Fréquence	Pourcentage
Inf. à 1 an	42	36,5
1 an - 10 ans	61	53,0
Sup. à 10 ans	12	10,5
Total	115	100,0

La moitié des patients sont restés plus d'un an avant leur première consultation estimés à 61 cas soit 53,0%.

5.2.3- Répartition selon les aspects cliniques de l'ulcère :

Tableau 12 : Répartition selon les aspects cliniques de l'ulcère :

Aspects cliniques de l'ulcère		Fréquence	Pourcentage
Nombre d'ulcérations	01	54	47
	>01	61	53
Siège	Jambe droite	71	61,7
	Jambe gauche	25	21,7
	Bilatérale	19	16,5
Fond	Propre	13	11,3
	Sale ; Purulent ; Nécrotique et/ou Fibrineux	102	88,7
	Bourgeonnant	18	15,7
Bordure	Plat	50	43,5
	Surélevée	63	54,8
	Déchiquetée	2	1,7
Peau péri ulcéreuse	Hyperpigmentation	47	40,9
	Eczématisation	8	7,0
	Normale	44	38,3
Autres signes ou manifestations associés	Œdème des MI	16	13,9
	Varices	5	4,3
	Anémie clinique	39	33,9
	Fièvre	26	22,6
	Douleur	77	67,0
	Altération de l'état général	3	2,6

La taille, la forme et l'état des bordures étaient variables.

Tableau 13 : répartition des cas selon les aspects cliniques ayant une orientation du diagnostic étiologique :

Aspects cliniques ayant une orientation du diagnostic étiologique		Signes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Vasculaire	Veineuse	-Siège sus ou retro malléolaire -Varice des MI -Douleur pendant la marche -Dermite ocre péri ulcéreux	13	11,3
	Artérielle	-Siège pré tibial et dos du pied -Ulcère atone, nécrotique, creusant -Abolition des pouls périphériques -Douleur de décubitus	8	7
Infectieuse		-Début pustuleux -fond purulent, nécrotique -Bords surélevés -Chaleur locorégionale	78	67,8
Cancéreuse		-Ulcère isolé -évolution longue (5-25 ans) et lente -Ulcère hyper bourgeonnant à bord charnu -Hémorragique -Douloureux	6	5,2
Neurologique Hémoglobinopathie Diabète		-maux perforants plantaires -Ulcère lié à une hémoglobinopathie -ulcère hypertensif -Ulcère lié aux affections dermatologiques	10	8,7
Total			115	100

5.3- Manifestations para cliniques :

Tableau 14: Répartition des examens paracliniques selon les étiologies :

Examens paracliniques/ l'étiologie	Réalisés	Résultats	Fréq	%
Examens biologiques	Sérologie HIV	Positive	4	3,5
		Négative	39	33,9
	VDRL/TPHA	Positive	2	1,7
		Négative	18	15,7
	Electrophorèse de l'Hb	Anormale	7	6,1
		Normale	12	10,4
	Transaminase	Elevée	4	3,5
		Normale	59	51,3
	Créatininémie	Elevée	6	5,2
		Normale	57	49,6
Glycémie	Elevée	6	5,2	
	Normale	68	59,1	
Taux d'Hb	Bas	4	3,5	
	Normale	59	51,3	
Examens bactériologiques		Positifs	19	16,5
		Négatif	11	9,6
Radiographie de la jambe		Normale	31	27
		Atteinte osseuse	10	8,7
Examens histologiques		Absence de signe de dégénérescence maligne	26	22,6
		Signe de dégénérescence maligne	6	5,2
Echographie doppler des membres inférieurs		Atteinte vasculaire	12	10,4
		Absence d'atteinte vasculaire	5	4,3

NB : sur les examens bactériologiques réalisés, nous avons retrouvé :

- Des bacilles Gram négatifs dans 4 cas soit 21,1% : (Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli).
- Le staphylocoque doré dans 6 cas soit 31,6%

- Le streptocoque (*Streptococcus* spp, *Enterococcus* spp) dans 7 cas soit 36,8%
- Et des infections pluri microbiennes dans 2 cas soit 10,5%

5.4- Répartition selon l'étiologie :

Tableau 15 : Répartition selon l'étiologie :

Etiologie	Fréquence	Pourcentage
Vasculaire	21	18,3
Infectieuse (bactérienne, parasitaire, fongique)	78	67,8
Cancéreuse	6	5,2
Autres	10	8,7
Total	115	100,0

Les ulcères d'origines infectieuses représentent 67,8% de notre série dont 5,2% sont d'origine fongique et 1,7% d'origine parasitaire (leishmaniose cutanée).

Sur les 60,9% d'origine bactériennes, nous avons obtenu 48,7% de cellulite nécrosante post érysipèle.

5.5- Aspects thérapeutiques :

5.5.1- Traitement ambulatoire :

Les patients ont été traités en ambulatoire dans 64,3% des cas.

5.5.2- Traitement hospitalier :

5.5.2.1- Traitement spécifique :

5.5.2.1.1- Ulcère veineux :

Plusieurs thérapeutiques ont été utilisées :

- Drainage postural par surélévation des membres associé à un repos strict,
- Veinotoniques (Veinosmine*, Cyclo 3 fort*): 1gélule, 2 à 3 fois/ jour.
- Vasculoprotecteurs (Ginkor fort* : 1gélule, 2 fois par jour).
- Antalgique (Paracétamol à 500mg : 2comprimés, 2 à 3 fois / jour).
- Bas et bande de contention élastique,
- Kinésithérapie de drainage pour lymphoedème. (massage disto-proximal du MI avec une pression légère sur la peau)

5.5.2.1.2- Ulcère artériel :

Les patient ont été mis sous :

- Vasculoprotecteurs (Ginkor fort* : 1gélule, 2 fois / jour).
- Antalgique (Paracétamol à 500mg : 2comprimés, 2 à 3 fois / jour).
- Antiagrégants plaquettaires. (Aspirine à faible dose, l'héparine)

Puis les malades sont orientés en chirurgie pour prise en charge.

5.5.2.1.3- Ulcère infectieux :

- Antibiothérapie en fonction de l'antibiogramme à défaut une antibiothérapie de spectre large (Amoxi + Ac Clavulanique : 1g, 1 à 3 fois par jour).
- Antalgique (Paracétamol à 500mg : 2comprimés, 2 à 3 fois / jour).
- Glucantime inj en intramusculaire ou en péri-lésionnelle et sous lésionnelle

- Thermothérapie sur les lésions
- Antifongique (Fluconazole : 200 mg par jour)

5.5.2.1.4- Ulcère d'origine cancéreuse :

Dans la dégénérescence maligne, une intervention chirurgicale avec curage ganglionnaire voir une amputation de la jambe a été effectuée en chirurgie orthopédique dans deux cas.

5.5.2.1.5- Ulcère lié à d'autres pathologies :

Les patients ont reçu un traitement pluridisciplinaire qui a consisté à un traitement de la pathologie associée par le spécialiste concerné et un traitement de l'ulcère.

Des conseils diététiques ont été prodigués aux patients souffrant de malnutrition, avec régime riche en protéine et apport vitaminique, en plus du traitement symptomatique dans toutes les causes d'ulcère chronique de MI.

5.5.2.2- Traitement symptomatique :

5.5.2.2.1- Traitement local :

Tous les patients ont reçu des soins locaux à base de :

- Un bain de $KMnO_4$ (un comprimé dans 10 litres d'eau, trempé le membre concerné pendant 20 à 30minutes avant le pansement).
- Pansement quotidien avec un antiseptique (la Bétadine dermique ou le Dakin) et une détersion mécanique (exérèse progressive du tissu nécrosé avec une lame de bistouri sans faire saigner l'ulcère) et/ou chimique (Cutimed gel*) jusqu'à ce que la plaie soit propre.

Tableau 16 : Répartition selon les antiseptiques utilisés :

Antiseptiques utilisés	Fréquence	Pourcentage
Bain de KMnO4 puis Bétadine dermique	96	83,5
Bétadine dermique	11	9,6
Bain de KMnO4 puis Dakin	5	4,3
Dakin	3	2,6
Total	115	100,0

Le bain de KMnO4 puis la Bétadine dermique a été le plus utilisé soit 83,5% des cas.

La déterision mécanique et/ou chimique (Cutimed Gél*) a été faite dans la presque totalité des cas (90,4%).

5.5.2.2- Antibiothérapie orale et parentérale :

Tableau 17 : Répartition selon le nombre d'antibiotique prescrit :

Nombre d'antibiotique prescrit	Fréquence	Pourcentage
Un Antibiotique	15	13,0
Deux Antibiotiques	49	42,6
Plus de Deux Antibiotiques	51	44,3
Total	115	100,0

Il a été prescrit plus de 2 antibiotiques dans 44,3% des cas pour le traitement.

Tableau 18 : Répartition selon les antibiotiques utilisés :

Antibiotiques utilisés	Fréquence	Pourcentage
Amoxicilline+Acide clavulanique	85	73,9
Ciprofloxaciline	5	4,4
Erytromycine	12	10,4
Cotrimoxazole	3	2,6
Azitromycine	4	3,5
Autres	6	5,2
Total	100	100,0

L'association Amoxicilline + Acide Clavulanique a été le plus utilisée soit 73,9% des cas.

Autres thérapeutiques utilisées :

- Des antiparasitaires : Glucantime, Albendazole, Mébendazole.
- Des antifongiques : Fluconazole, Ketoconazole, Nystatine.
- Une supplémentation en fer et une multi vitaminothérapie dans tous les cas d'anémie clinique et/ou Biologique
- Une vaccination antitétanique est faite dans tous les cas
- Un traitement d'entretien avec la pénicilline retard pendant 3 à 4 mois après la cicatrisation dans les cas d'ulcère récidivant et en cas de lymphœdème.
- Des antalgiques, des poly vitamines, des anxiolytiques.

5.5.2.2.3- Traitement chirurgical :

Tableau 19 : Répartition selon le traitement chirurgical :

Traitement chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Greffe en pastille de peau	93	80,9
Amputation de jambe	2	1,7

Une greffe en pastille de peau réalisée avec succès dans 93 cas soit 80,9%.

5.6- Evolution :

Tableau 20 : Répartition selon la durée de l'ensemble du traitement de l'ulcère :

Durée de l'ensemble du traitement de l'ulcère	Fréquence	Pourcentage
< à 3mois	47	40,8
3mois à 6mois	26	22,6
6mois à 12mois	4	3,8
> à 12mois	7	6,1

Dans notre étude 47 patients soit 40,8% ont eu une guérison complète en moins de trois mois de traitement.

Tableau 21 : Répartition selon l'évolution :

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Guérison complète	78	67,8
Favorable	26	22,6
Défavorable	11	9,6

Durant la période de notre étude nous avons obtenus 78 cas de guérison complète soit 67,8%.

Parmi les cas d'UCMI d'évolution non satisfaisante nous avons obtenu 7 cas de complication et 4 cas de mal observance du traitement dont 2 cas de récurrence et 2 cas d'évolution stationnaire.

Tableau 22 : Répartition selon les complications

Complications	Fréquence	Pourcentage
Dégénérescence maligne	2	28,6
Surinfection	3	42,8
Gangrène	2	28,6
Total	7	100,0

Parmi les complications nous avons eu 2 cas de dégénérescence maligne et 2 cas de gangrène des tissus mous et d'atteinte osseuse, tous référés en service de chirurgie pour prise en charge.

6- ICONOGRAPHIE :



Photos 1: Evolution d'une cellulite nécrosante sous traitement.



Photos 2 : Cellulite nécrosante avec rupture du tendon d'Achille sous traitement



Photos 3: greffage de pastilles de peau avec cicatrisation dirigée

Ulcères chroniques des membres inférieurs



Photos 4 : évolution d'une cellulite nécrosante post érysipèle sous traitement



Photos 5 : évolution sous traitement d'une grande ulcération avec nécrose cutanée.



Photos 6 : ulcère bourgeonnante sur terrain d'immunodépression.



Photos 7 : mycétome à grain blanc

7- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

7.1- Méthodologie :

Sur un total de 520 patients hospitalisés et suivis dans le service pendant un an, nous avons inclus 115 cas d'ulcère chronique des membres inférieurs.

La taille de l'échantillon réduite à 115 était liée à :

- Le manque de moyen de certains patients à réaliser des examens complémentaires et à honorer les ordonnances,
- La perte de vue de certains patients.

7.2- Epidémiologie :

Dans notre échantillon, les hommes sont les plus atteints avec un sexe - ratio égal à 1,1.

La tranche d'âge de 30-40 ans est la plus représentée et surtout la plus active (26,1%).

Ces données épidémiologiques sont comparables à celles de Cissé F [11] au Mali, qui avait trouvé un sexe - ratio de 3,1 en faveur des hommes avec une moyenne d'âge 38,45 ans +/- 12,3.

Une étude faite par M.K. Alzouma [12] en 2004 avait trouvé une prédominance des hommes jeunes avec une moyenne d'âge de 41,59 ans +/- 18,4 et un sexe - ratio de 1,5.

D'une manière générale, nos études ne sont pas superposables à celles faites dans les pays occidentaux où le maximum d'atteinte est observé chez les personnes âgées préférentiellement le sexe féminin avec un pic autour de 70-80 ans [1].

Cette différence, s'explique par la fréquence des traumatismes, principale facteur déclenchant des UCMI chez les jeunes, constituant la couche la plus active de notre population.

Dans notre série, 51 patients étaient mariés. Si l'on tient compte du coût global du traitement des ulcères de jambe que nous n'avons pas évalué, le problème peut se faire sentir chez les soutiens de famille porteurs d'ulcère de jambe ou

parents de porteurs d'ulcère de jambe (tranche importante des 20-30 ans). De ce point de vue, l'ulcère de jambe constitue un problème de santé publique.

Nous avons trouvé 57 cas de professions avec station debout prolongée, soit 49.57%, ce qui permet d'expliquer la fréquence des ulcères variqueux dans notre échantillon.

Le problème est que l'on ne peut pas les faire cesser leur activité ou les faire changer de profession.

Il se pose également le problème d'insuffisance en infrastructure ou plutôt en personnels de santé qualifié dans certaines régions étant donné que beaucoup de nos patients résidaient en milieu rural.

7.3- Aspects cliniques :

Le traumatisme sur le MI a été le facteur déclenchant le plus rapporté avec 73% des cas. Cette fréquence est supérieure à celles trouvées par Cissé F [11] au Mali soit 54% et par Alzouma K [12] au Mali soit 65,7%.

Une fois de plus notre étude venait de confirmer les dégâts que causent les traumatismes négligés sur les MI dans nos contrées.

Les caractéristiques de l'ulcère comme le nombre, le siège, la taille, la forme, l'état des bordures, le fond et la peau péri ulcéreuse sont très variable et nous ont beaucoup aidés parfois dans la recherche étiologique.

Ces éléments nous ont permis d'évaluer la gravité, la chronicité des ulcérations. Ainsi 61,7% de nos cas les lésions se localisaient sur la jambe droite, et 16,5% avaient une atteinte bilatérale. L'atteinte bilatérale est un élément d'orientation vers certaines étiologie (vasculaire, hématologique). Les lésions nécrosantes, purulentes et fibrineuses représentaient 88,7% cas, ce qui est le témoin de la gravité de l'infection.

L'état des bordures et du fond de l'ulcération permet d'une part d'évaluer la chronicité et d'autre part d'orienter vers une étiologie (tumorale, mycobactéries) et aussi le pronostiques ou la durée de cicatrisation, dans notre étude les bordures étaient surélevées chez 54,8% et déchiquetées dans 1,7% des cas. Le fond nécrotique dans 88,7% des cas, bourgeonnant dans 15,7% des cas.

Les lésions variqueuses orientent vers une étiologie vasculaire de l'ulcération, dans notre série, des varices ont été observées chez 4,3% des patients.

L'anémie clinique a été trouvée (33,9%) et l'altération de l'état générale (2,6%) chez nos patients, ceci s'explique par la dénutrition et les suintements des plaies.

Une notion de douleur a été rapportée dans 67% des cas. Cette présence de douleur nous permettait :

- de penser à une transformation maligne surtout lorsqu'elle est associée à un ulcère bourgeonnant, saignent au moindre contact.
- et de penser à un processus inflammatoire d'origine infectieux.

Tandis que dans la littérature [1], la présence de douleur est surtout estimée au début pour classer les UCMI vasculaires en deux étiologies : veineuse ou artérielle.

7.4- Aspects paracliniques :

Des examens para cliniques ont été effectués chez nos patients, ainsi la sérologie VIH était positive chez 3,5% (4/43 réalisés), les anomalies de l'hémoglobine chez 6,1% des cas (7/19 réalisés dont 4 cas tracés SS et 3 cas tracés AS), une hyperglycémie chez 5,2% des cas (6/74 réalisés), l'anémie biologique trouvée chez 3,5% des cas (4/63 réalisés).

Dans notre série, rien ne permet de présumer que l'anémie est causée par l'ulcère et inversement, mais on peut affirmer qu'elle contribue au retard de cicatrisation :

La plupart des patients ont présentés une amélioration clinique dès le début du traitement antianémique.

Les drépanocytaires SS semblent plus concernés par les ulcères de jambe que ceux présentant les traits AS, ce qui se comprend aisément : la souffrance tissulaire est plus importante chez les premiers.

Un prélèvement de pus au niveau de l'ulcère a été réalisé dans 30 cas sur les 115 patients. Nous avons trouvé sur les examens bactériologiques réalisés :

- les bacilles Gram négatifs (Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli). dans 4 cas
- le staphylocoque doré dans 6 cas
- le streptocoque (Streptococcus spp, Enterococcus spp) 5 cas
- il existe aussi des cas d'infections pluri microbiennes 4 cas.

Si on tient compte du nombre de cas où le fond de l'ulcération est purulent (102 cas), le nombre d'examen bactériologique réalisé a été insuffisant ; 85 cas soit 73.9% auraient dû bénéficier de prélèvement de pus à l'entrée en vue d'un examen bactériologique.

Dans notre série, seuls 41 patients ont bénéficié d'un examen radiologique de la jambe :

- normal dans 31 cas
- atteinte osseuse dans 10 cas

Cette complication est redoutable, car les germes nichés dans les structures osseuses sont peu accessibles à l'antibiothérapie. La prise en charge nécessite très souvent un geste chirurgical, 2 cas ont été amputés dans notre série soit 1,7%.

Les examens histologiques ont été pratiqués dans 32 cas sur les 115 : on note

- une absence de signe de dégénérescence maligne dans 26 cas soit 22.6%
- un signe de dégénérescence maligne dans 6 cas soit 5,2%:
 - . Carcinome épidermoïde de type verruqueux dans 2 cas.

. Carcinome malpighien différencié spinocellulaire kératinisant et infiltrant dans 4 cas.

Les ulcères rebelles au traitement, évoluant sur de nombreuses années ont un risque de cancérisation. Toutefois, ils demeurent une complication rare mais non exceptionnelle.

Concernant les ulcères vasculaires, un écho doppler des membres inférieurs a été pratiqué dans 17 cas :

- une anomalie retrouvée dans 12 cas d'ulcère d'origine vasculaire avec atteinte :

- . de la veine tibiale postérieure gauche (6 cas)
- . de la veine fémorale droite (3 cas)
- . des deux artères fémorales : superficielle et profonde (2 cas)
- . des veines saphènes (1 cas)

Contrairement aux pays développés, l'échographie doppler veineux des membres inférieurs n'est pas systématiquement pratiquée dans nos régions car c'est un examen coûteux qui n'est pas toujours accessible à tous les patients.

Enfin trois autres examens différents ont été demandés :

- sérologie syphilitique : le VDRL positif avec TPHA négatif dans 2 cas

- sérologie rétrovirale (HIV) : positive dans 4 cas.

Nous avons retenu l'origine infectieuse (bactérienne, parasitaire, fongique) dans 67,8% contre 70,4% trouvée par Alzouma. K. [12]

Une fois de plus notre étude venait de confirmer que l'étiologie infectieuse des UCMI est la plus prédominante dans nos contrées.

Par contre, dans les statistiques presque exclusives, c'est l'étiologie vasculaire des UCMI qui occupe la première place.

7.5- Aspects thérapeutiques :

Tous les patients de notre étude ont reçu des soins locaux de nature différente.

Un bain de KMnO₄ du membre atteint avant le pansement qui a pour but de désinfecter la plaie et de faciliter la cicatrisation.

Une greffe en pastilles de peau réalisée avec succès dans 80,9% des cas dans le but d'accélérer la cicatrisation, de renforcer la cicatrice et aussi d'atténuer la douleur.

Nous avons envoyé 2 cas en chirurgie orthopédique pour amputation suite à une nécrose totale de la partie du membre concerné.

Pour traiter les surinfections l'association Amoxicilline + Acide clavulanique a été utilisée chez 85% de nos cas en début de traitement, puis remplacée par un autre antibiotique sensible selon les résultats de l'antibiogramme.

Dans les cas d'anémie clinique et/ou biologique, une supplémentation en fer était systématique.

Une vaccination antitétanique est réalisée dans tous les cas à l'entrée.

Des antalgiques, des poly vitamines, des antiparasitaires et des anxiolytiques ont été utilisés au besoin.

La cicatrisation des ulcères de jambe nécessite la plupart du temps un repos strict qui ne peut être obtenu qu'à l'hôpital.

32,5% de nos patients ont été traités sur une période supérieure ou égale à 3 mois

Cependant tout traitement supérieur à 3 mois, augmentent le coût déjà élevé du traitement des ulcères.

7.6- Evolution :

Dans notre série nous avons relevé :

- 104 cas d'évolution favorable avec 78 cas de guérison complète
- 11 cas d'évolution défavorable dont :
 - . 2 cas de récurrence
 - . 7 cas de complication
 - . 2 cas d'évolution stationnaire

Ainsi le succès thérapeutique est évalué à 67,8% (cicatrisation complète).

Toutefois plus de 1/4 des patients (34 cas soit 29.57%) ne sont pas revus après examen.

8- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

8.1- CONCLUSION :

A l'issu de notre étude de cas, force est de constater que la négligence ou l'ignorance des patients et l'insuffisance des prestations sanitaires sont des facteurs ayant occasionnés l'évolution des lésions initiales vers la chronicité.

Toute ulcération des MI doit être pris au sérieux par les patients et les agents socio-sanitaires ainsi que les autorités sanitaires. En outre, les UCMI doivent bénéficier d'une prise en charge précoce afin d'éviter les complications dramatiques.

8.2- RECOMMANDATIONS :

Notre travail apporte une contribution à l'état actuel des connaissances sur la prévalence des UCMI, leurs étiologies et leur prise en charge dans le service de dermatologie vénéréologie du CNUAM.

A cet effet, nous recommandons :

*Aux malades:

- Eviter la station debout prolongée passive
- Eviter l'application de produits traditionnels sur les plaies de même que les produits dépigmentant.
- Venir en consultation pour tout ulcère apparue aux membres inférieurs même minime.

* Aux personnels de santé :

Développer l'information, l'éducation et la communication auprès de la population afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation.

Si l'ulcère ne répond pas à un traitement médical bien conduit, le malade sera adressé à une structure spécialisée pour une meilleure prise en charge, car on ne le répétera jamais assez.

De considérer le service de dermato-vénéréologie du CNUAM comme service de référence pour les affections dermatologiques en général et pour les UCMI en particulier.

* Aux autorités sanitaires :

- Mettre en place une stratégie de prise en charge nationale des UCMI tout en renforçant la capacité des services sociaux.
- Soutenir la formation d'un nombre suffisant de personnel sanitaire (infirmiers surtout) pour la prise en charge des UCMI.
- Améliorer le niveau socio-économique des populations
- Lutter contre l'insalubrité, améliorer l'hygiène de vie et parer aux insuffisances alimentaires par des conseils diététiques
- La zone rurale doit être dotée non seulement d'une infrastructure sanitaire adaptée et suffisante mais également d'un personnel qualifié pour traiter rapidement toute plaie au début.
- Encourager la population rurale souffrant de cette affection à fréquenter les structures sanitaires spécialisées en subventionnant une partie du coût de la prise en charge des UCMI, qui est très cher pour cette population à revenu faible en général.

9- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1]- **Amblard P, Leccia MT.** Ulcère de jambe. Encycl Méd Chir. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris. Dermatologie, 98-570- A-10, 2001, 16p.
- [2]- **Begaud B.** Epidémiologie des ulcères de jambe. Ann Dermatol Venereol 2002; 129: 1225-1226.
- [3]- **Morrell C J, Walters S J, Dixon S, Collins K A et al.** Cost effectiveness of community leg ulcer clinics: randomised controlled trial. BMJ 1998; 316:1487-91.
- [4]- **Franks PJ, Bosanquet N, Connolly M et al.** Venous ulcer-healing: effect of socio-economic factors in London. J Epidemiol Community health 1995; 49: 385-8.
- [5]- **Nelzen O, Bergqvist D, Lindhagen A.** Venous and non venous leg ulcer: clinical history and appearance in population study. Br J Surg 1994; 81:82-7.
- [6]- **Tanla JP.** Leg ulcers. J Am Acad dermatol 1991: 965-987.
- [7] **Pierard GE, Franchimont C, Vardar M, Zaghoul A. Ulceres tropicaux.** In: Pierard GE, Caumus E, Franchimont C, Arrese Estrada J. Dermatologie tropicale. Bruxelles : Editions de L'Universite de Bruxelles/ AUPELF, 1993 : 579-583.
- [8]- **Gheerert P, Song M.** Aspect cliniques des ulcères du membre inférieur. Rev Méd Brux 1997; 8: 238-240.
- [9]- **Mazer A, Sankale M.** Ulcère chronique des membres inférieurs. Guide de Méd. En Afrique et ocean Indien, 1988 ; 156 : 148-52.

[10]- Mahe A. Dermatol sur peau noire ; dermatol pratique. Doin édition, 2001,159p.

[11]- Cissé F. Ulcères chroniques des membres inférieurs: Possibilité diagnostique et thérapeutique.
Thèse Med Bamako 1990; 74p.

[12]- Kadri A. Ulcère chronique des membres inférieurs : Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques.
Thèse Med Bamako 2004; 46-57.

[13]- Assali J. L'ulcère phagédénique. In Boteau-Roussel - 1 vol. "Clinique Chirurgicale des Pays Chauds". Paris : Masson, 1938 : 206-218.

[14]- Touraine A. Capillarites thrombosantes et nécrosantes
.Encycle.Med.Chir.Paris. Dermatologie ; 12053 B 1980.

[15]- Kekeh K, Lapierre J, Plessis J.L. L'ulcère phagédénique. Encycl Med Chir, Pans, Dermatologie, 12690 A 10, 2:1984- 89.

[16]- Kahle W, Leonhardt H, Platzer W et al. Anatomie. Appareil locomoteur.
Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1987 : 434p.

[17]- Rouvière H. Anatomie humaine descriptive et topographique. Tome 3,
Paris : Masson, 1974 : 766p.

[18]- Tortora G.J : Grabowski S.R. Principes d'anatomie et physiologie. 2^{ème} édition. Ajou : CES. 1994 .1204p.

[19]- Grillo H.C, Watts G.T et Gross J. Chimie et morphologie de la rétraction d'une plaie : Localisation du mécanisme. Anal. De chir. Plast. Décembre 1958; vol III, 4, 55 - 260.

[20]- Mme Khadidia Fall épouse Kane. Ulcère de jambe du sujet de race noire: A propos de 75 cas. Thèse Med Dakar 2004; P100.

[21]- Edwards LC, Dunphy JE. Wound healing. II. Injury and abnormal repair. N Engl J Med. 1958; 259: 275 - 285.

[22]- Huriez CL, Desmons F et Bergoend H. Ulcère de jambe. Abrégé de dermatologie vénéréologie. Paris: Masson, 1978. 158p.

[23]- Callam M J, Harper DR, Dalle J J, Ruckley C. Chronic ulcer of the leg: clinical history, Br J Méd 1987; 294: 1389 -1391.

[24]- Reichert S, Penetrat A Barbaux, Weber M, Schmutz JL. Ulcère de jambe, Volume 126 Nr 2*p131.

[25]- Calam MJ, Hasper DR, Daje IJ, Ruckley CV. Arterial disease in chronic leg ulceration: an underestimated hazard? Lothian and Porth Valley Leg study Br Med J 1987; 294: 929 - 931.

[26]- Brown J, Kelm et Bryan L.E. Infection of the skin by Mycobacterium marinum: Report of five cases. Can Med Assoc J, 117: 912, 1977.

[27]- Gharbi M.R. Tuberculose et mycobactérioses atypiques, Dermatologie vénéréologie. Paris : Masson, 1990 : 124 - 130.

[28]- Priollet P. Ulcère de jambe in : puissant A et Coll. Dermatologie. Paris : Ellipses, 1987 : 495p.

[29]- Basset A, Malleville J,Basset M et Liautaud B. Pyodermites à germes banals. Paris : Pradel, 1988 : 490-1.

[30]- Piette, Bergoend H. La syphilis. Encycl Méd et Chir. Paris, Maladies infectieuses, 8039 A 10, 1-1988.

[31]- Gentilini M et Dufflo B. Leishmaniose. Med. Trop. Paris, Flammarion 5^{ème} Edition, 1993. Pp 159-340.

[32]- Ramelet A.A. Les manifestations cutanées des altérations vasculaires et neurologiques des membres inférieurs. In Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles vénéréologie. 5^{ème} édition. Paris: Masson, 2009.P1176.

[33]- Sawhney H, Weedon J, Gillette P, et al. Predilection of haemolytic anaemia associated leg ulcers for the medial malleolus vasa. 2002 Aug; 31:191-3.

[34]- Saurat J.H, Harms. M. Pyoderma gangrénosum. Dermatologie et vénéréologie. Paris : Masson, 1990 : 123(4) : 527-531.

[35]- Privat Y, Berbis Ph et Auffranc. J. Ch. Ulcère de jambe. Encycl Méd Chir. Paris, Dermatologie, 12695 A 10, 4-1986.

10- ANNEXES :

**ULCERES CHRONIQUES DES MEMBRES INFERIEURS AU CNUAM
DE BAMAKO : 115 CAS.**

FICHE D' ENQUETE

I- IDENTITE DU MALADE

1. Dossier: /...../ Date: /...../...../...../ Centre : /...../
2. Nom et Prénom : _____
3. Age: /_____/
4. Sexe: /_____/
5. Ethnie : /_____/
6. Profession : /_____/
7. Origine géographique (Provenance): /_____
8. Résidence actuelle et adresse:.....

II- ANTECEDANTS

1. Antécédents personnels :
2. Antécédents familiaux :.....
3. Antécédents morbides:.....
- 4:Antécédents thérapeutiques :.....

III- MOTIFS DE CONSULTATION:

.....

IV- FACTEUR DECLENCHANT:

- Inconnu // Spontané : /_/
- Traumatisme: /_/
- Eruption vésiculo – papuleuse : /_/

V- PATHOLOGIES ASSOCIEES:

- Varice /_/ ; - HTA /_/ ; - Diabète /_/ ; - Drépanocytose /_/ ; - HIV /_/ ;
- Malnutrition /_/ ; - Autres /_/ a précisées :.....

VI- CARACTERES CLINIQUES :

1. Nombre d'ulcères :

- Unique : /_/
- Multiple: /_/

2. Topographies:

- Unilatéral: /_/
- Bilatéral: /_/

2.a. Cuisse: Droite /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_
1/3 inf/_/ ; 1/3moy/_/ ; 1/3sup/_/

Gauche /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_
1/3 inf/_/ ; 1/3moy/_/ ; 1/3sup/_/

2.b. Genoux: Droit /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_
Gauche /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_

2.c. Jambe: Droite /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_
1/3 inf/_/ ; 1/3moy/_/ ; 1/3sup/_/

Gauche /_/ ; Face : int /_, ext /_, ant /_, post /_
1/3 inf/_/ ; 1/3moy/_/ ; 1/3sup/_/

2.d. Pied: Droit /_/ ; Dos /_/ ; Plante /_, Malléole : int /_, ext /_
Gauche /_/ ; Dos /_/ ; Plante /_, Malléole : int /_, ext /_

3. Aspects morphologiques:

3.a. Mensurations (en cm) : Diamètre vertical /----
Diamètre horizontal/ -
Profondeur /-----

3.b. Fond: -Propre: Oui /_/ * Non /_/ ; -Fibrineux: Oui /_/ * Non /_/ ;

- suintant : Oui /_/ * Non /_/ -Purulent: Oui /_/ * Non /_/ ;

-Hémorragique: Oui /_/ * Non /_/ ;

-Creusant: Oui /_/ * Non /_/ ; -Bourgeonnant: Oui /_/ * Non /_/

-Crouteux : Oui/_/ * Non/_/

3.c. Bordures : -Surélevé : Oui/_/ * Non /_/ ; -Plat : Oui /_/ * Non /_/ ; -

-Déchiquette : Oui /_/ * Non /_/ ; -Régulière : Oui /_/ * Non/_/

3.d. Peau péri-lésionnelle : Hyper-pigmentée /_/ ; Squameuse/_/ ;
Tuméfiée/_/ ; Œdématiée/_/

3.e. Ulcères satellites : OUI /_/ (Nombre :.....); NON /_/

VII- DUREE D'EVOLUTION:Semaines ;Mois ;Années.

VIII- EXAMENS COMPLEENTAIRES :

- NFS - VS:.....
- Glycémie:.....
- Créatinémie :.....
- Transaminases.....
- Radiographies :.....
- Echographie doppler :.....
- Biopsie:.....
- Bactériologie (Type de bactérie):
- Parasitologie : -Frottis : Positif /_ / ; Négatif /_ /
- Antibiogramme:.....
- Electrophorèse de l'Hb:.....
- TPHA/VDRL :.....
- ASLO :.....
- Sérologie HIV:.....

IX- ETIOLOGES : (Résultats de l'examen complémentaire):.....

X- TRAITEMENTS :

1. Médical : - Symptomatique :.....
.....
- Etiologique :.....
.....
2. Chirurgical : -Détersion manuelle/_ / ; - amputation /_ /;
- Greffe en pastille de peau /_ / ;
- Greffe de peau totale /_ / ; -

XI- EVOLUTON SOUS TRAITEMENT :

- Guérison complète : /_ / ;
. Aspect de la cicatrice: Atrophique /_ / ; Hypertrophique /_ /
Achromique/_ / ; Pigmentée/_ /
- Amélioration : /_ /
- Aggravation : /_ /
. Extension en surface /_ / ; . Extension en profondeur /_ /
. Lésions satellites/_ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: TRAORE

Prénom: Ibrahim

Titre de la thèse : étude épidémiologique, clinique, étiologique et prise en charge des ulcérations chroniques des membres inférieurs au C.N.U.A.M. (Ex institut Marchoux) Bko. Mali.

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Année universitaire : 2012-2013

Pays d'origine: Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Adresse : E-Mail : tr.ib0110@yahoo.fr

Tel : (00223)76122129/ (00223)69524433

Résumé :

Notre objectif dans cette étude était d'analyser la situation des UCMI dans le service de dermato-vénérologie du CNUAM. Cette affection occupe la deuxième place dans les motifs d'hospitalisation après les dermatoses bulleuses (Pemphigus).

Cette étude s'est faite à partir de 115 observations sur 520 malades hospitalisés dans le service soit une prévalence de 22,1%.

Tous ces hospitalisés ont fait systématiquement l'objet d'un dossier médical comportant les données démographiques, cliniques/paracliniques et thérapeutiques et ont été inclus dans cette étude tous les malades qui ont répondu à notre attente. Le sex-ratio était de 1,1 en faveur du sexe masculin.

La tranche d'âge de [30-39ans] fut la plus exposée (26,1%).

Les tares organiques généralement associées aux UCMI n'ont pas eu une influence majeure dans notre série.

Le traumatisme sur les MI était le facteur déclenchant de la majorité des lésions initiales (73%).

La moitié des patients nous sont parvenus après une durée d'évolution comprise entre 1-10 ans (61 cas soit 53,0%).

De nombreux aspects cliniques d'ulcérations ont été observée : les ulcérations crouteuses, sèches ou humides ; les ulcérations creusantes et suintantes et les ulcères bourgeonnantes.

L'étiologie infectieuse a été la plus représentée (87 cas soit 75,7% des cas), les UCMI cancérisés représentaient 5,2%(diagnostiqués histologiquement) et 19,1% furent attribués à ceux d'origine vasculaire ou associés à une tare organique.

La conduite thérapeutique a été fonction du diagnostic étiologique. Cependant, les pansements quotidiens, prévention du tétanos (inj.SAT), prescription de fer associé à des polyvitamines ont été presque systématique dans nos pratiques courantes.

Nous avons pratiqué des autogreffes cutanées avec succès chez 93 patients soit 80,9%.

En moins de trois mois de traitement, 40,8% de nos patients ont eu une guérison complète.

Dans l'ensemble, nous avons réalisé un résultat positif fait de guérison et amélioration nette dans 90,4% cependant nous avons noté 7cas de complication dont 2 cas de dégénérescence maligne 3 cas de surinfection et 2 cas de Gangrène.

Il faudra signaler qu'aucune des complications (tétanos, septicémie) auxquelles nous nous attendons n'a été enregistrée au cours de notre période d'étude.

Mots clés : Ulcères chroniques-membre inférieur-diagnostic-traitements

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, 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 état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même 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 leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !