

GROSSE JAMBE ROUGE
DOULOUREUSE À BILAN
CARDIAQUE NORMAL

Dr Roger BARGOIN
(Le Mée)

SF.
ECHO

2019

1. Diagnostic positif
 - 1.1. L'interrogatoire
 - 1.2. L'examen clinique
2. Les signes de gravité
3. Les examens complémentaires
4. Diagnostic étiologique
 - 4.1. L'érysipèle
 - 4.2. Les autres dermo-hypodermites infectieuses
 - 4.3. Les dermo-hypodermites inflammatoires sur insuffisance veineuse
 - 4.4. L'eczéma
 - 4.5. Thrombose veineuse profonde
 - 4.6. Autres causes
5. Diagnostic différentiel
6. Prise en charge thérapeutique
 - 6.1. Mesures communes
 - 6.2. Traitement spécifique

La « grosse jambe rouge aiguë » réalise un tableau clinique d'installation rapide, maximum 48 heures, associant un placard érythémateux assez bien limité, parfois extensif, uni ou bilatéral, associé souvent à un œdème et pouvant s'accompagner de signes infectieux.

Il faut préciser : la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente...), la précession par des prodromes (frissons...), les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné, les antécédents récents d'une pathologie du pied ou de la jambe (prurit inter-orteil...), la notion d'œdème chronique d'origine veineuse ou lymphatique, les traitements déjà instaurés (antibiotiques ou traitements topiques), la notion de morsure ou de piqûre, l'existence de maladies associées (diabète, insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, imprégnation œnologique chronique...).

Signes subjectifs : sensation de brûlure locale, tension douloureuse, prurit...

Il doit rechercher le siège uni ou bilatéral des lésions, la nature des lésions cutanées, la présence d'un œdème associé.

L'examen clinique doit rechercher impérativement des lésions de nécrose superficielle ou profonde, une porte d'entrée éventuelle (intertrigo...), des signes neurologiques (trouble de la sensibilité), des signes d'insuffisance veineuse chronique, les pouls périphériques pédieux et tibial postérieur, des signes régionaux (lymphangite, adénopathies inguinale inflammatoire homolatérale...), des signes généraux (hyperthermie, altération de l'état général, signes de bas débit périphérique évoquant un sepsis sévère...).

INTERROGATOIRE ----SIGNE CLINIQUE

Signes généraux	Hyperthermie Syndrome confusionnel Tachypnée Tachycardie Oligurie Hypotension Pâleur
Signes locaux	Douleur résistante aux antalgiques simples Œdème majeur Bulles hémorragiques Signes de nécrose cutanées (superficielle ou profonde) Troubles de la sensibilité Présence d'emphysème sous cutané
Autres facteurs	Comorbidités : diabète, obésité... Contexte social : précarité...

SIGNES DE GRAVITE

- ▶ Infectieuses: bilan biologique bactériologique(sanguin et prélèvements sur les écoulements et toutes portes d'entrées)
- ▶ Vasculaires: écho-Doppler..... Phlébite
- ▶ Syndrome de loge aigue avec prise de pression transcutanée

CAUSES

- ▶ Dermo-hypodermite—après 40 ans—insuffisance veineuse chronique ou lymphatique.

Facteurs favorisants:

- locaux : lymphoedème, porte d'entrée intertrigo inter-orteil, ulcère variqueux de jambe,
- généraux : obésité (diabète et éthylisme chronique n'ont pas été démontrés comme facteurs de risque).

Clinique: fièvre à 39° , placard érythémateux

Strepto++, staphylo, pseudomonas....

Complication récidives 20% locale ou générale (septicémie, glomérulonéphrite...)

Le lymphoedème peut être explorer en echo (ci après)

ERYSIPÈLE + FREQUENT

La fasciite nécrosante : Le tableau est plus aigu avec des signes locaux de gravité d'emblée. La présence de zone nécrotique est évocatrice. Il faut rechercher des troubles de la sensibilité locale. Les signes généraux sont marqués de même que les signes infectieux.

Des examens complémentaires sont nécessaires dans le but de mesurer l'impact sur les principales fonctions : enzymes musculaires (rhabdomyolyse), ionogramme plasmatique, pH et gaz du sang (acidose métabolique), bilan de coagulation (coagulation intra-vasculaire disséminée)

NB : La notion de morsure animale doit orienter vers une pasteurellose d'inoculation.

C'est une urgence médico-chirurgicale. Il doit être fait en milieu spécialisé.

Le traitement consiste à exciser toutes les zones nécrotiques.

Une antibiothérapie parentérale associant une pénicilline G ou céphalosporine, et aminosides est débutée, adaptée ensuite selon les données de l'antibiogramme.

Le métronidazole est utilisé en cas de suspicion de germe anaérobies.

Une réanimation est indispensable d'emblée visant à corriger le déficit nutritionnel, l'hypovolémie, d'éventuels désordres électrolytiques...

LE PLUS GRAVE: LA FASCIITE NÉCROSANTE

L'insuffisance veineuse chronique évolue progressivement avec des altérations cutanées visibles (présence de varice, œdème veineux, troubles trophiques à type de dermite ocre ou d'ulcération correspondant au dernier stade).

Autre conséquence de l'insuffisance veineuse chronique est la dermatoliposclérose, correspondant à l'infiltration scléreuse des jambes, surtout au niveau de leur moitié inférieure. Elle complique souvent une thrombose veineuse profonde après plusieurs années. Sur ce terrain peuvent apparaître des poussées inflammatoires, ressemblant à un érysipèle, surtout lorsqu'elles sont unilatérales.

NB : Des lésions nodulaires des membres inférieurs font discuter le diagnostic d'érythème noueux.

DERMO-HYPODERMITE SUR I.V.C

C'est une dermatose immuno-allergique due à une hypersensibilité à un allergène de contact. Le tableau est caractérisé cliniquement par un prurit, la présence de vésicules sur base inflammatoire et une bordure émiettée. Il est généralement localisé au niveau de la région de contact avec l'allergène.

Les eczémats de jambes se voient surtout chez des malades traités pour des ulcères ; les allergènes les plus fréquemment rencontrés sont la lanoline, les antibiotiques locaux, les conservateurs, les émulsifiants...

Une eczématisation est souvent rencontrée sur un terrain d'insuffisance veineuse chronique. Elle peut être liée à un vrai eczéma de contact, mais parfois elle apparaît sans allergène démontré. Le mécanisme n'est pas connu. Elle est initialement localisée aux deux jambes, parfois en regard d'une varice ou d'une perforante et à tendance à s'étendre. Dans ce tableau une surinfection est possible rendant difficile de diagnostic face à l'érysipèle simple.

ECZEMA

- ▶ La thrombose veineuse profondeUSD
- ▶ Insuffisance veineuse chronique
- ▶ La lymphangite rouge inflammatoire +ganglions inguinaux +/- érysipèle
- ▶ Le lymphœdème chronique avec poussée inflammatoire
- ▶ Le zona avec ses vésicules typiques
- ▶ Rupture de kyste poplité
- ▶ Syndrome des loges(notion de traumatisme)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET INTRIQUE



- ▶ L'œdème cardiaque se voit dans l'[insuffisance cardiaque](#) : il est bilatéral et envahit les membres inférieurs jusqu'à l'aîne
- ▶ L'œdème rénal est blanc et mou. Il est permanent ou intermittent et se voit dans les syndromes néphrotiques, les glomérulopathies et l'[insuffisance rénale chronique](#)
- ▶ L'œdème hépatique se voit dans les grandes insuffisances hépatiques en association avec une ascite (cirrhose décompensée...)

TYPES D'ŒDEMES

- ▶ Bilan artériel (artérite, anévrisme poplité compressif)
- ▶ Bilan veineux avec prise de la tension veineuse
- ▶ Bilan lymphatique (différentiant le lymphœdème blanc, dur, signe de Stemmer avec un aspect typique en écho avec ses dilatations hypodermiques des canaux collecteurs, de l'œdème simple: hypoderme hyperéchogène sans cloisonnement dilaté)
- ▶ Eliminer un kyste poplité rompu

RÔLE DE L'ECHO-DOPPLER

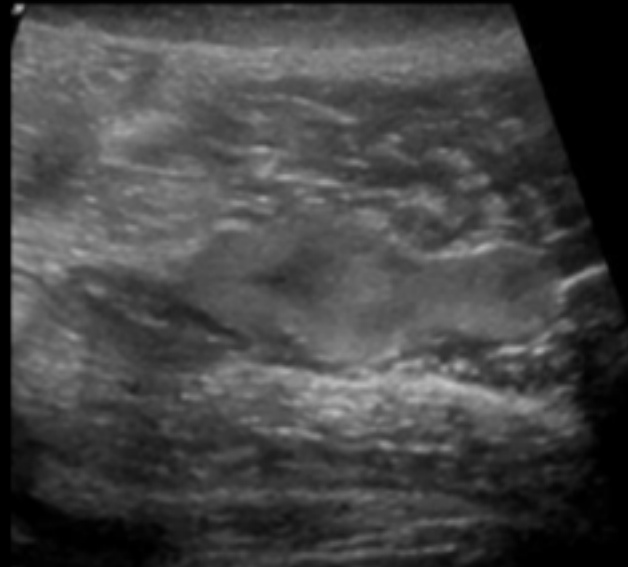


Une CAUSE FREQUENTE mais MECONNUE

- LE SYNDROME D'HYPERPRESSION
VEINEUSE DU MOLLET

Grosse
veine à
paroi
ectasique

Brassard
fenêtré



PV >60 mm
Hg

- ▶ Varices tronculaires ++ si, se
- ▶ Télangiectasie+
- ▶ En écho-Doppler couleur:
- ▶ Superficiel: insuffisance saphène interne, externe, perforantes
incompétentes valvulaires----- valsalva
- ▶ Profond:
 - ▶ En orthostatisme: dilatation veineuse profonde >30mm+paroi irrégulière
 - ▶ Décubitus latéral ou ventral: reflux veine poplitée en Valsalva, valvules mal visible
 - ▶ Ou l'inverse suite à plusieurs phlébites un réseau très peu abondant

INSUFFISANCE VEINEUSE ?

- ▶ Stade 1: couronne télangiectasique autour de la malléole interne
- ▶ Stade 2: troubles trophiques (dermite ocre, atrophie blanche, hypodermite scléreuse)
- ▶ Stade 3: ulcères de jambes ou cicatrices d'ulcères

CLASSIFICATION DES IVC



Atteinte du réseau superficiel :

primaire ou secondaire (varices > 14 mm par incompetence valvulaire Saphène Int /Ext)
responsable de 70% des HVC

Atteinte du réseau profond:

post phlébite récidivante, familial,

Hypertension Veineuse Chronique (HVC) : augmentation de la pression hydrostatique au niveau des capillaires: transudation protéines conséquence dermite ocre et eczéma variqueux, Œdème, cellulite, liponécrose, lipodermatosclérose...ulcères

TRAITEMENT/ AU DEBUT PORT DE BAS DE CONTENTION, SURELEVATION DES JAMBES

INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

La thrombose veineuse profonde ne donne pas de tableau de « grosse jambe rouge aiguë ». Elle peut rarement, s'associer à un érysipèle.

La thrombose veineuse superficielle est un cordon inflammatoire palpé

La TVP ne doit pas être présumée, compte tenu des conséquences en sur- ou sous médicalisation, la certitude est Nécessaire

Critères en Echo-Doppler pulsé -couleur: perte du caractère anéchogène –calibre augmenté
-perte de cinétique respiratoire Valsalva - veine incompressible- voire le caillot marginé excentré...

Caillot récent: échogène homogène souple clivant-flottant en Valsalva grosse veine

Caillot ancien: hétérogène dur... lysé-veine filiforme cordon fibreux, parfois reperméabilisation dans ou autour du caillot

PHLÉBITES

- ▶ Dépend de plusieurs facteurs
 - ▶ Localisation et extension de la TVP (+douloureux si jambe+poplité)
 - ▶ Rapidité du traitement médical et compressif
 - ▶ État des veines avant thrombose
 - ▶ Discipline sur le port de la contention élastique
 - ▶ Age du patient (action de la pompe musculaire: marche++)
 - ▶ Antécédent alitement prolongé: fracture, infarctus, ictus...

SYNDROME POST-THROMBOTIQUE

- ▶ Echo Doppler est une aide importante sur les grosses jambes rouges en redressant le diagnostic ou en trouvant des complications non envisagées par la clinique

CONCLUSION

Le signe de Stemmer se recherche en pinçant la face dorsale du deuxième orteil. En cas de lymphoedème, la peau à ce niveau est empâtée et la peau est impossible à plisser..

Le signe de Stemmer est quasi pathognomonique du lymphoedème de membre inférieur.

L'oedème lymphatique est dû

Le signe de Kaposi-Stemmer est en relation avec la matière fibreuse de l'oedème lymphatique.

	à la présence de protéines de haut poids moléculaire augmentant la pression oncotique
	secondairement apparaît un œdème riche en protéines, qui stimule les fibroblastes
	l'évolution naturelle se fait vers la fibrose et la transformation graisseuse

Ce signe permet de différencier le lymphoedème

	du syndrome des jambes lourdes
	de l'insuffisance veineuse compensée
	de l'insuffisance veineuse décompensée
	du syndrome post-phlébitique
	de la lipodystrophie (appelée lipœdème ou "cellulite") CF tableau ci dessous