

Diagnostics différentiels de l'ulcère veineux



Dr Damien Pastor, MD, MSc

Service de Dermatologie et Vénéréologie
Hôpitaux Universitaires de Genève

15 Mai 2025, 17e Congrès SAfW, Morges

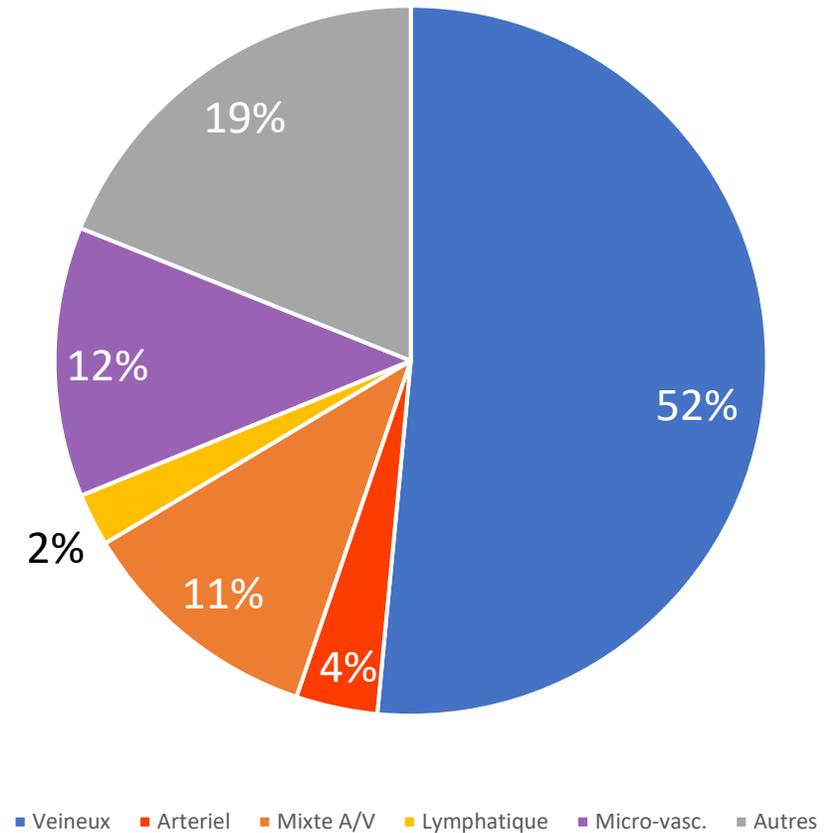
Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêt en lien avec cette présentation



Etiologie des ulcères des membres inférieurs

- **Vasculaires (81%) :**
 - Veineux (52%), artériels (4%) ou mixtes (11%)
 - Micro-vasc. (12%) : Angiodermite nécrosante, calciphylaxie, vasculite...
- **Autres (19%)**
 - Neuropathique, traumatique
 - Infectieux
 - Inflammatoire : *Pyoderma Gangrenosum*...
 - Tumoral

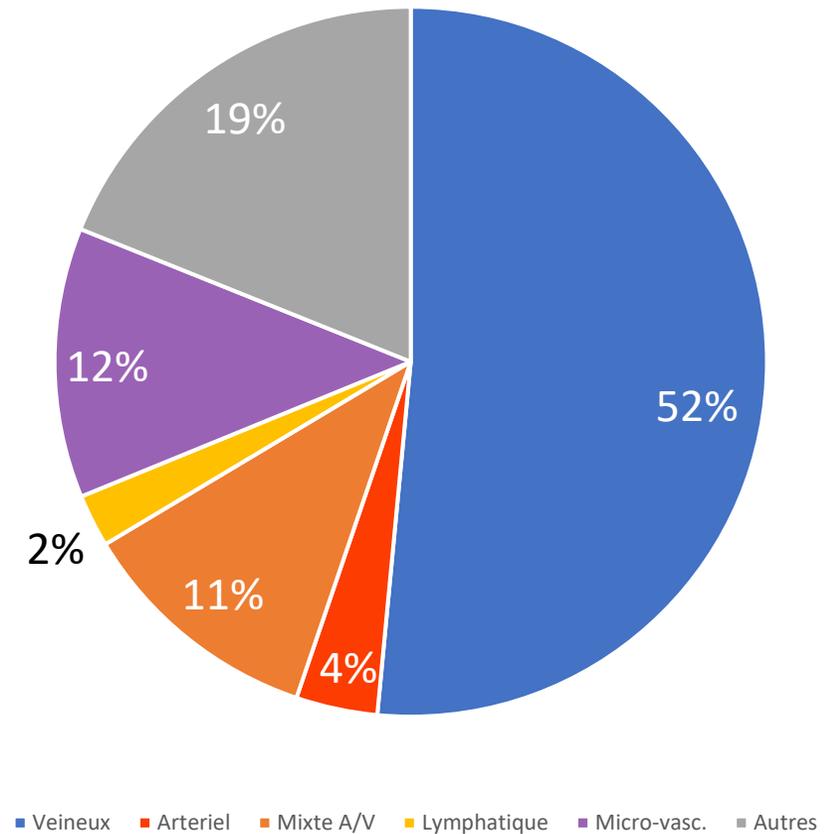


Autres causes (20%)

Thrombophilia	Protein S deficiency	Neuropathic causes	Diabetic neuropathy	Chemical/physical causes	Burns
	Protein C deficiency		Alcohol neuropathy		Frostbite
	ATIII deficiency		Multiple sclerosis		Pressure ulcers
	Hyperhomocysteinaemia		Poliomyelitis		Ulceration after radiation
	Plasminogen activator inhibitor deficiency/increase		Spina bifida		Chemical etching
	Antiphospholipid syndrome		Syringomyelia	Artefacts	
	Congenital afibrinaemia	Infections	Mycoses		
Vasculitis	Vasculitis in accordance with collagen disorders		Bacterial infections		
	Cryoglobulinaemia		Protozoan infections		
	Livedo-vasculitis	Metabolic causes	Viral infections		
	Necrobiosis lipoidica		Prolidase deficiency		
	ANCA associated diseases		Gout		
	Periarteritis nodosa		Rheumatoid arthritis		
Pyoderma gangrenosum			Amyloidosis		
Haematological causes	Sickle cell anaemia	Malignancies	Drugs (e.g. ergotamine, penicillins, sulphonamides, phenprocoumon, hydroxyurea)		
	Spherocytosis		Basal cell carcinoma		
	Thalassaemia		Squamous cell carcinoma		
	Sideroblastic anaemia		Malignant melanoma		
Myeloproliferative causes	Polycythaemia vera		Kaposi sarcoma		
	Thrombocytaemia		Metastases		
			Lymphoma		

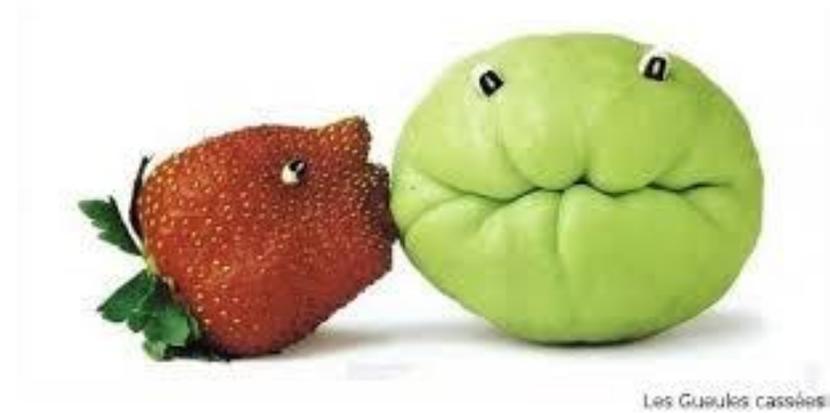
Les ulcères qui ne cicatrisent pas...

1. Etiologie veineuse pure ?
 - Intérêt de l'IPS ± doppler artériel
2. Traitement adapté ?
 - Compression veineuse suffisante ?
3. Autre cause rare



Plaies atypiques

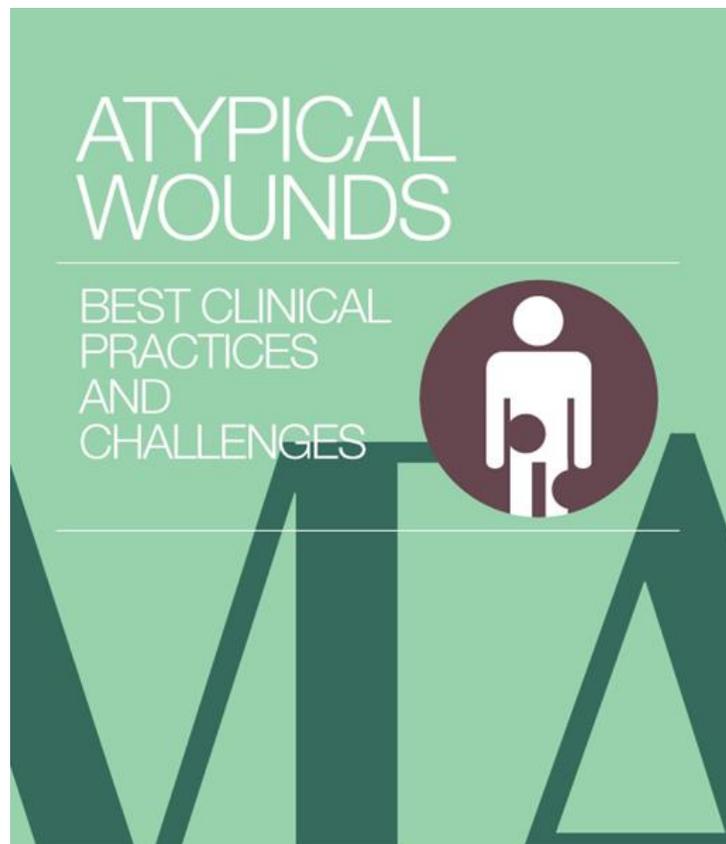
- **Hors catégories “typiques”** :
ulcère veineux, artériel, mixte,
escarre, pied diabétique
- **Prévalence : 20%** (plaies chroniques)
- **Etiologies : variées**
inflammatoire, infectieux, maligne,
maladies chroniques ou désordres génétiques



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- https://www.lemonde.fr/economie/article/2015/10/12/gueules-cassees-les-ruits-et-legumes-moches-bientot-vendus-a-l-etranger_4788069_3234

Plaies atypiques



Review > [Am J Clin Dermatol. 2024 Jul;25\(4\):559-584. doi: 10.1007/s40257-024-00865-0.](#)

Epub 2024 May 14.

Approach to the Atypical Wound

[Sarah L Becker](#)¹, [Shannon Kody](#)¹, [Nicole M Fett](#)¹, [Alexander Hines](#)², [Afsaneh Alavi](#)²,
[Alex G Ortega-Loayza](#)³

Affiliations + expand

PMID: 38744780 DOI: [10.1007/s40257-024-00865-0](#)



JWC



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

3- https://www.lemonde.fr/economie/article/2015/10/12/gueules-cassees-les-fruits-et-legumes-moches-bientot-vendus-a-l-etranger_4788069_3234

Quand suspecter une plaie atypique ?

- Atypical appearance
 - Wound bed
 - Wound border
 - Perilesional skin
 - **Background**
- Atypical location
- Failure to respond to conventional therapies
- Atypical evolution





Rejoindre cet évènement Wooclap



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'évènement dans
le bandeau supérieur

Code d'évènement
SHSDPS

Cas n°1 : Mme HS, 86 ans

- HTA, Diabète de type 2, FA anticoagulée, Insuff cardiaque (IA et IT)
- **Depuis 2.5 mois**, ulcères péri-malléolaire ext D et G
Survenue spontanée, douleurs extrêmes (EVA 10/10).
Claudications et douleurs de decubitus.
Oedèmes des 2 MI +++, exsudats modérés
- Bilan bio : pas d'IRC, pas de troubles phosphocalciques.

Cas n°1 : Mme HS, 86 ans

- IAMI sévère ddc
- IVC, sans varices à traiter

Index de pression systolique 2

	Droite		Gauche	
	Pression (mmHg)	Incompressible	Pression (mmHg)	Incompressible
Humérale systolique	184	non	180	non
Humérale diastolique	80	non	84	non
Pédieuse	50	non		non
Tibiale postérieure	76	non		non
Gros orteil	40	non	42	non

Index de pression cheville-bras : D 0.41

Index de pression orteil-bras : D 0.22 / G 0.23

Membre inférieur droit:

- AIE perméable, flux monophasique amorti à composante diastolique, PVS 85 cm/s.
- AFC perméable, flux à composante diastolique mais discrète encoche triphasique, pente d'ascension systolique verticale, PVS 96 cm/s.
- AFP perméable, flux monophasique à composante diastolique, pente d'ascension aplatie, PVS 100 cm/s.
- Importante infiltration de l'AFS dès son départ, alors parcourue par un flux monophasique à pente d'ascension systolique correcte mais des PVS à 20 cm/s puis présence d'une sténose avec accélération significative (PVS 24 -> 320 cm/s) puis flux monophasique amorti PVS 25 cm/s en AFS proximale puis 40 cm/s au niveau moyen avant occlusion collatéralisée de l'AFS distale et de l'artère poplitée.
- Au niveau jambier, artère tibiale postérieure distale perméable avec flux monophasique amorti, TA prolongé, PVS 16 cm/s. Absence de flux visualisable au niveau de l'artère péronière et de l'artère tibiale antérieure.

Traitement : Revascularisation -> sans amélioration

Aggravation (x5) sous soins locaux. Pas de contention veineuse.



1) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère à prédominance artérielle
- 2. Ecthyma gangreneux
- 3. Pyoderma gangrenosum
- 4. Ulcère de Marjolin
- 5. Angiodermite nécrosante



1) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère à prédominance artérielle
- 2. Ecthyma gangreneux
- 3. Pyoderma gangrenosum
- 4. Ulcère de Marjolin
- **5. Angiodermite nécrosante**



Angiodermite nécrosante

- **Atteinte microcirculation** : artériolosclérose des vaisseaux dermo-hypodermiques
- **Douleur** intense, ulcère **nécrotique**, bords **livédoïde**, **extension** rapide
- **Terrain** : HTA (100%), diabète (50%)
- **Diagnostic** : biopsie (**fuseau**)
- **Traitement** : contrôle facteurs favorisants, antalgiques puissants, **greffe cutanée**



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Cas n°2 : Mme SJ, 90 ans

- Diabète type 2, dyslipidémie, troubles cognitifs, dermatoporose, cataracte
- **Depuis 9 mois**, ulcère sur la face postérieure du mollet D, non douloureux
Oedèmes modérés des 2 MI, lourdeurs, impatiences
Pas de claudication ni de douleurs de décubitus
- Ne s'est pas présenté au bilan angiologique
- Evolution : augmente en taille malgré soins locaux
avec contention veineuse (observance non optimale)



2) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère mixte artério-veineux
- 2. Ulcère de Marjolin
- 3. Carcinome basocellulaire
- 4. Ecthyma
- 5. Ulcère factice



2) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère mixte artério-veineux
- 2. Ulcère de Marjolin
- **3. Carcinome basocellulaire**
- 4. Ecthyma
- 5. Ulcère factice



Carcinome basocellulaire ulcéré

- **Tumeur** cutanée épidermique
- Clinique : Ulcère **indolore**, bords **perlés**, **pseudo-epithelium**, **hypergranulation**, évolution lente.
- Localisation : atypique pour ulcère veineux, **zones photoexposées**
- Diagnostic : **biopsie** (punch), x2 et/ou répéter
- Traitement : **exérèse chirurgicale +++**, radiothérapie et/ou immunothérapie



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Cas n°3 : Mme DJ, 66 ans

- HTA, Diabète de type 2, hypercholestéromie, s/p revascularisation du MID, tabagisme et OH chronique.
- **Depuis 3 ans**, ulcère pré tibial du MID non douloureux, exsudatif avec saignement nouveau.
 - Oedèmes légers des 2 MI.
 - Pas de claudication ni de douleurs de décubitus
- Evolution : tissu de granulation, augmente en taille et se creuse malgré soins locaux avec contention veineuse.



3) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère mixte artério-veineux
- 2. Ulcère de Marjolin
- 3. Pyoderma gangrenosum
- 4. Ecthyma gangreneux
- 5. Ulcère iatrogène (s/p injection)



3) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère mixte artério-veineux
- **2. Ulcère de Marjolin**
- 3. Pyoderma gangrenosum
- 4. Ecthyma gangreneux
- 5. Ulcère iatrogène (s/p injection)



Ulcère de Marjolin

- **Carcinome épidermoïde** secondaire
- Terrain : ulcère chronique longue date (5-25 ans) ou **cicatrice ancienne** (brûlure, escarre)
- **Berges enroulées et indurées, tissu hypergranulation friable et saignant**
- Biopsie systématique, **multiples**
 - Fréquence biopsie positive : 2.2-10.4%
- Traitement : **excision chirurgicale**, radiothérapie, immunologique



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

3- Senet P et al. Malignancy and chronic leg ulcers: value of systematic wound biopsies. a prospective, multicenter cross-sectional study. *Arch Dermatol*. 2012;148:704- 708.

Cas n°4 : Mme LMM, 50 ans

- Hypothyroïdie, ancienne toxicomanie (cocaïne), dépendance aux opiacés et benzodiazépines, tabagisme actif.
- **Depuis 4 sem**, ulcères multiples sur les 2 jambes, bras et dos. Extrêmement douloureux (EVA 10/10).
 - Asthénie, peu d'appétit, perte de 7kg en qq semaines.
 - Oedème des 2 MI prenant le godet
 - Pas de claudication ni de douleurs de decubitus.
- Bilan angiologique : pas d'IAMI ni d'IVC
- Evolution : augmentation en taille rapide, nécrotique.



4) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Calciphylaxie
- 2. Vasculite nécrosante
- 3. Ecthyma gangrenosum multiples
- 4. Pyoderma gangrenosum multiples
- 5. Ulcère post-injection de toxiques



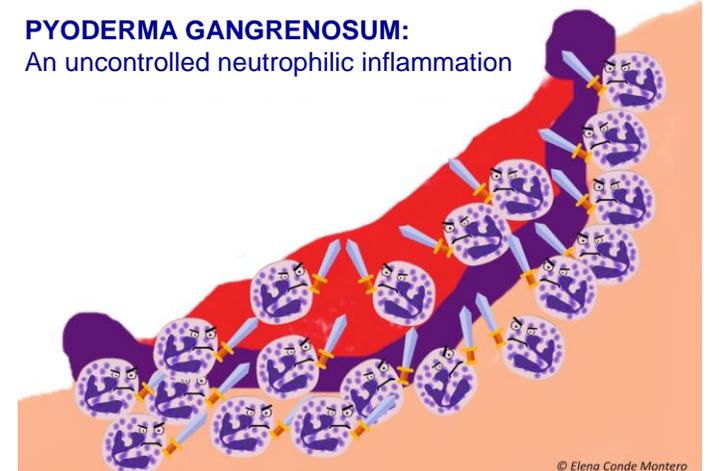
4) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Calciphylaxie
- 2. Vasculite nécrosante
- 3. Ecthyma gangrenosum multiples
- 4. **Pyoderma gangrenosum multiples**
- 5. Ulcère post-injection de toxiques



Pyoderma gangrenosum (PG): key points

- **Rare** neutrophilic dermatosis
- **Inflammatory disease**, not infectious
- **Pustule** -> **rapid progression**
-> **painful necrotic ulcers with purpuric edges**
- **Diagnosis of exclusion** (PARACELSUS score)
- Possible associations: **IBD, arthritis, malignancy**
- Systemics treatment:
 - oral **corticosteroids, cyclosporine**
- Local treatment:
 - **Dressing +/- corticosteroids, tacrolimus**
- **SHARP DEBRIDEMENT CONTRAINDICATED !!!**
(pathergy phenomenon)



Cas n°5 : Mr GB, 55 ans

- Diabète type 2, polyneuropathie, HTA, dyslipidémie, cardiopathie isch., IRC.
- Angine qq jours auparavant traitée par antibiotique
- **Depuis 2 sem, ulcères multiples péri-malléolaires, douloureux,**
Macules érythémato-violacées disparaissant pas vitropression sur MI
- OMI, Arthralgies, douleurs abdominales, bilan auto-immun en cours
Pas de claudication ni de douleurs de décubitus
- Evolution : apparition de nouveau ulcères nécrotiques malgré soins locaux



5) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artériel
- 2. Vasculopathie livédoïde
- 3. Vasculite
- 3. Ecthyma gangrenosum
- 4. Dermite de stase érosive



5) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artériel
- 2. Vasculopathie livédoïde
- **3. Vasculite**
- 3. Ecthyma gangrenosum
- 4. Dermite de stase érosive



Vasculites: Purpura (palpable)



- Symétriques sur les 2 MI



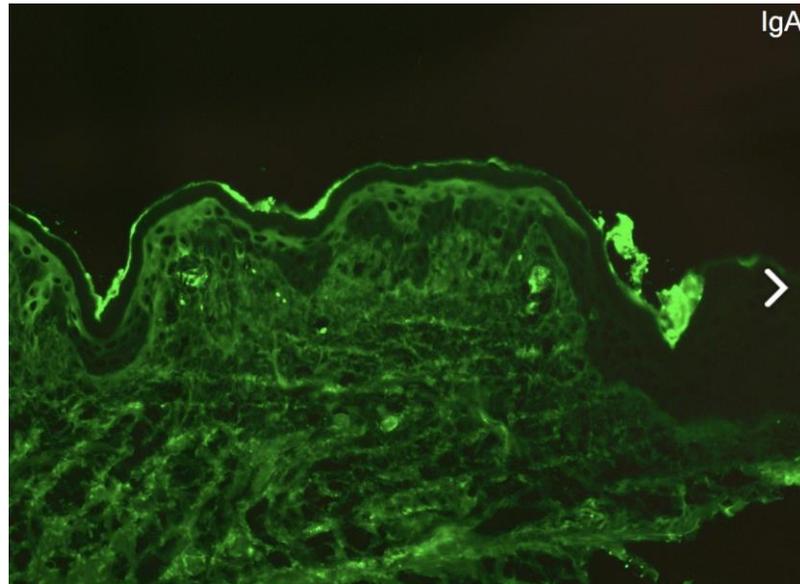
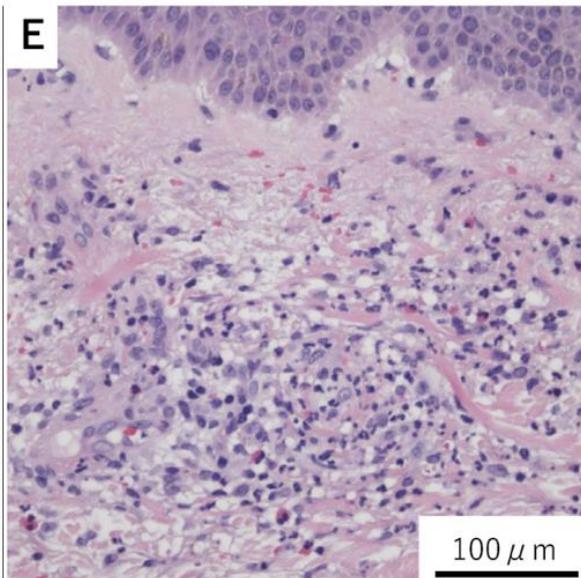
IgA vasculitis (or Henoch Schoenlein Purpura)

- **Deposition of IgA in small vessels of the skin** (capillaries, venules, or arterioles) but potentially in other organs (glomerular capillary of the **kidney+++**)
- **Palpable** round and inflammatory retiform **purpura** with predilection for the **legs**; in severe forms haemorrhagic blisters and ulcers
- **Diagnosis** : skin biopsy with **H/E staining** and **direct IF**
- **Causes** : various (drugs, infection, paraneoplastic...)



IgA vasculitis (or Henoch Schoenlein Purpura)

- Histology and direct IF



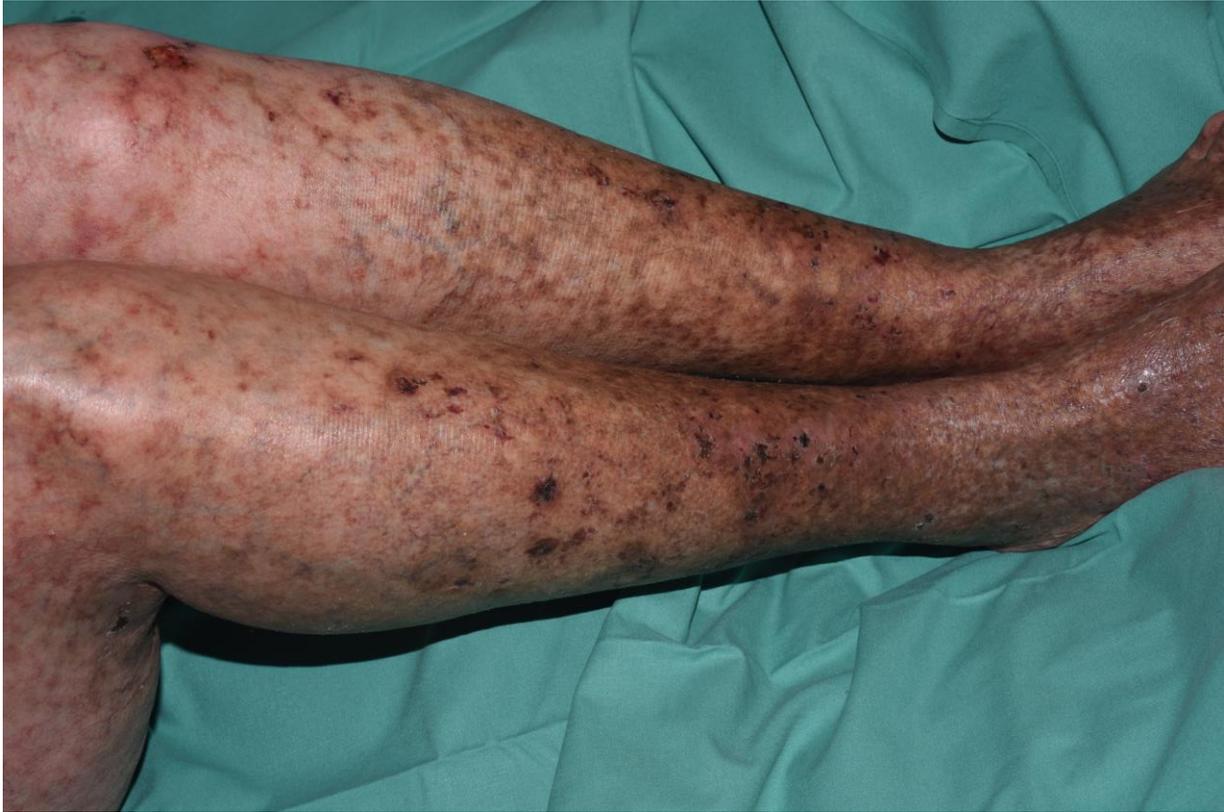
IgA vasculitis: treatment

- **Treat the cause** if found (infection, stop drugs...)
- Limited to skin :
 - **Compression**
 - **Corticosteroids**
- Systemic therapy (e.g. prednisone) if kidney involvement



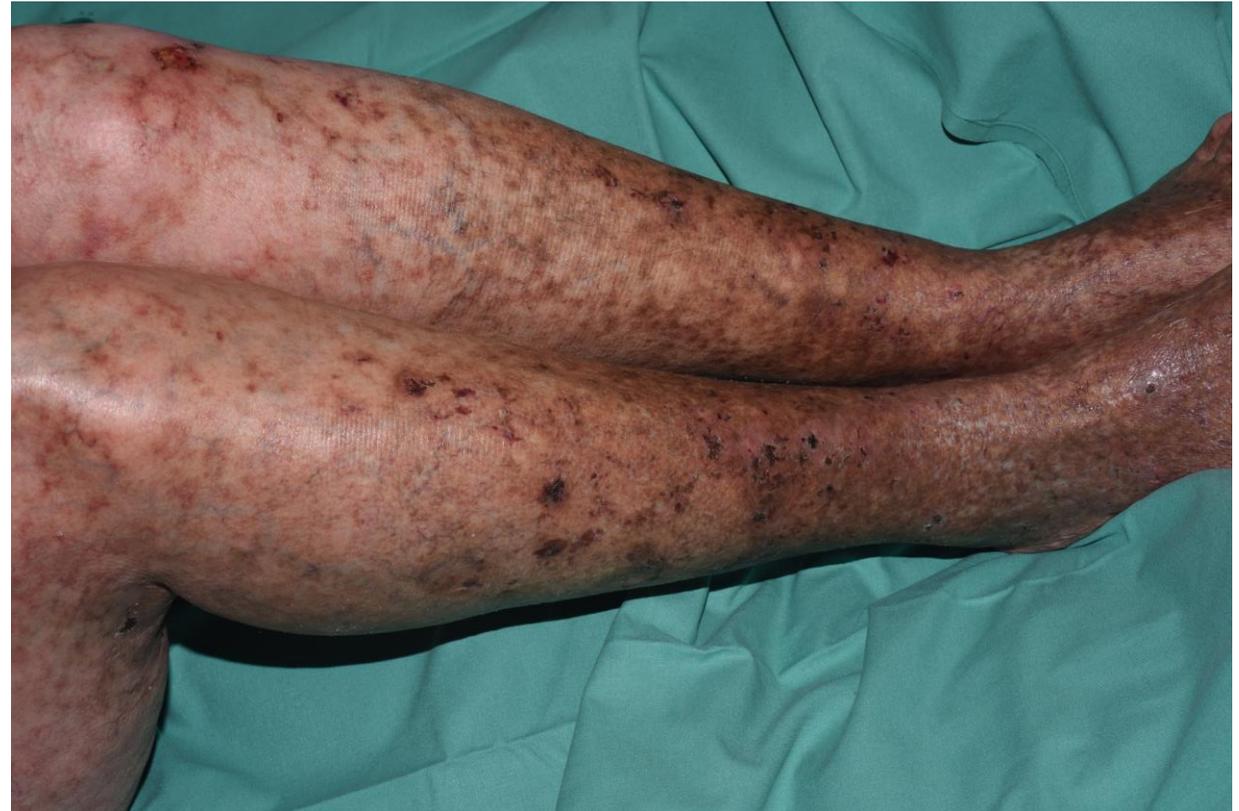
Cas n°6 : Mme MV, 50 ans

- Insuffisance veineuse chronique, déficit en protéine C, hépatite C non traitée, dyslipidémie et tabagisme actif.
- **Depuis 14 ans**, petits ulcères nécrotiques récurrents, très douloureux (EVA 6/10) associés à un livedo racemosa diffus sur les MI
- Les ulcères guérissent avec une cicatrice atopique.



6) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Papulose atrophique maligne
- 2. Calciphylaxie
- 3. Vasculite
- 4. Vasculopathie livédoïde
- 5. Insuffisance veineuse sévère sur syndrome post-thrombotique



6) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Papulose atrophique maligne
- 2. Calciphylaxie
- 3. Vasculite
- **4. Vasculopathie livédoïde**
- 5. Insuffisance veineuse sévère sur syndrome post-thrombotique



Vasculopathie livédoïde

- **Rare** : 1 / 10⁵ persons-year
- Age : **15-50 y/o**
- Ratio **3:1 F/M**
- **PPURPLE** :
 - Painful, Purpuric, **Ulcers** (“punched out”)
with **Reticular, Pattern of Lower Extremities**
(peri-malleolar +++, bilateral)
- **Livedo racemosa**
- **Recurrent** with scars (**atrophie blanche**)



LV: Pathophysiology

- **A thrombus forms in the arterial lumen** leading to compromised blood flow
- < phenomena that cause hypercoagulability and thrombus formation :
 - **Venous stasis**
 - **Autoimmune connective tissue diseases:** systemic lupus erythematosus, antiphospholipid antibody syndrome, rheumatoid arthritis, scleroderma, mixed connective tissue disease
 - **Thrombophilias:**
 - **Inherited causes:** factor V Leiden variant, prothrombin gene G20210A mutation, and protein C, protein S, and antithrombin deficiency, etc.
 - **Acquired causes:** homocysteinemia, cryoglobulinemia, cryofibrinogenemia, acquired antiphospholipid antibody syndrome.
 - **Neoplasms:** Myeloproliferative disorders, paraproteinemia, etc.
 - **Idiopathic**

LV : Workup plan

- **Skin biopsy:**
 - from the margin of the ulcer or the surrounding livedo
 - confirm the diagnosis
- **Ankle-brachial pressure index and venous doppler :** screen for CVI
- **Laboratory investigations :**
 - Trombophilia screen:
 - Antithrombin
 - Protein C and S deficiency
 - Lupus Anticoagulant, anti- β -2-Glycoprotein-1 and anti-Cardiolipin ab
 - Factor V Leiden, Prothrombin Gene Mutation
 - Cryoglobulinemia, Cryofibrinogenemia
 - Collagen vascular diseases : ANA
 - Hepatitis C serology

LV: Treatment

- **Antiplatelets**¹: aspirin, pentoxifylline
- **Anticoagulants**¹: low molecular weight heparin, rivaroxaban, vitamin K antagonist

- **Pain management**: gabapentin, pregabalin if neuropathic pain
- **Smoking cessation**
- Local wound care with **compression therapy**.

Cas n°7 : Mr XR, 69 ans

- Connu pour une IVC et une IAMI légère, syndrome myéloprolifératif sous hydroxurée depuis 6 ans
- Depuis 4 mois, ulcère supra-malléolaire, douloureux, berges atones
- Evolution : pas d'amélioration sous soins locaux et contention veineuse.



7) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. Pyoderma gangrenosum
- 3. Artefact
- 4. Angiodermite nécrosante
- 5. Iatrogène (médicamenteux)



7) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. Pyoderma gangrenosum
- 3. Artefact
- 4. Angiodermite nécrosante
- 5. **Iatrogène (médicamenteux)**



Ulcère médicamenteux (hydroxyurée)

- Terrain : syndromes myélodysplasiques, ttt hydroxyurée
- Ulcères péri-malléolaire, bilatéraux, multiples, douloureux



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

3- Quattronea et al 2013

Ulcère médicamenteux (hydroxyurée)

- Terrain : syndromes myélodysplasiques, ttt hydroxyurée
- Ulcères péri-malléolaire, bilatéraux, multiples, douloureux,
- **Signes impregnation** hydroxyurée
- Traitement :
Arrêt du traitement + soins locaux

Table 1 Mucocutaneous side effects of hydroxyurea.

1. Skin atrophy, xerosis cutis, and acquired ichthyosis
2. Facial and acral erythema
3. Palmoplantar keratoderma
4. Alopecia
5. Cutaneous and mucosal hyperpigmentation
6. Dermatomyositis-like eruptions
7. Onychodystrophy, and melanonychia
8. Actinic keratoses and squamous cell carcinomas
9. Cutaneous and mucosal ulcers

1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

3- Quattronea et al 2013

Cas n°8 : Mr LM 35 ans

- Originaire du Congo, anémie chronique, déjà hospitalisé pour des douleurs retro-sternales avec bilan cardiaque dans la norme
- Depuis 3 sem, ulcère douloureux malléolaire interne. Voyage récent en au Congo il y a 6 mois.
- Bilan angiologique : pas d'IVC, pas d'IAMI
- Evolution : s'agrandit en taille. Pas de soins locaux.



8) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère veineux
- 2. Ecthyma
- 3. Nécrobiose lipidique
- 4. Drépanocytose
- 5. Leishmaniose



8) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère veineux
- 2. Ecthyma
- 3. Nécrobiose lipidique
- **4. Drépanocytose**
- 5. Leishmaniose



Drépanocytose

- **Maladie génétique Hb**,
deforme les glob rouges (faucilles)
> stress (hypoxie, infection)
- Jeune adulte afrodescendant,
anémie chronique, douleurs osseuses
(crises vaso-occlusives)
- Ulcères malléolaires, bilatéraux,
douloureux
- Eviction des facteurs déclenchants et
prise en charge multidisciplinaire
(impliquer hématologue)



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Cas n°9 : Mr SD 50 ans

- Patient SDF, dénutri, OH et tabagisme chronique, consommation de drogues (iv), pas de diabète
- Depuis 1 sem, multiples ulcère arrondies, douloureux avec EF à 39°C, grosse jambe rouge douloureuses du MID
- Douleurs lors de la mobilisation du MID, pas de douleurs de decubitus
- Evolution : augmentation en nombre des ulcères et en taille



9) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Pyoderma gangrenosum
- 2. Ecthyma gangrenosum
- 3. Nécrobiose lipoidique
- 4. Vasculite
- 5. Ulcère artériel



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

9) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Pyoderma gangrenosum
- **2. Ecthyma gangrenosum**
- 3. Nécrobiose lipoidique
- 4. Vasculite
- 5. Ulcère artériel



Ecthyma gangréneux

- Patient dénutri ou immunosupprimé
- Ulcères nécrotiques, multiples, collerette desquamative, fièvre, terrain neutropénique
- Urgence infectieuse : *Pseudomonas aeruginosa*, MSSA...
- Antibiothérapie IV, prise en charge rapide et soins locaux avec antiseptiques



Cas n°10 : Mr ZH, 60 ans

- VIH+ sous trithérapie (peu observant), diabète de type 2
- Depuis 6 semaines: papules violacées sur les 2 MI certaines ulcérées,
non douloureux
- Oedème des MI dur
- Pas de claudication, ni de douleurs de décubitus

1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0



10) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Mélanome
- 2. Granulome sur corps étranger
- 3. Ulcère du pied diabétique
- 4. Vasculite
- 5. Sarcome de Kaposi



10) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Mélanome
- 2. Granulome sur corps étranger
- 3. Ulcère du pied diabétique
- 4. Vasculite
- **5. Sarcome de Kaposi**



Sarcome de Kaposi

- Réactivation virus HHV8
- Patient immunosupprimé (HIV, cancer), forme endémique Africaine
- Ulcères violacés, nodules, lymphoedème
- Biopsie cutanée
- Traitement systémique (chimiothérapie) et contention veineuse



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Cas n°11 : MR TA, 75 ans

- Démence, dyslipidémie, diabète de type 2 récemment traité par glyptines,
- Prurit diffuse depuis 6 mois et depuis 1 mois des érosions multiples avec cloques rompues. Pas d'EF.
- Vit avec son épouse qui ne se gratte pas.
- Bilan angio (3 mois) : IVC et IAMI modérée



11) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. Pemphigoïde bulleuse
- 3. Gale
- 4. Ecthyma multiples
- 5. Vasculite



11) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. **Pemphigoïde bulleuse**
- 3. Gale
- 4. Ecthyma multiples
- 5. Vasculite



Pemphigoïde bulleuse

- Sujet âgé, **prurit**, **bulles** rompues → érosions chroniques
- Possibles ulcères simulant des plaies de jambe
- Causes **médicamenteuses** (glyptines +++), paranéoplasique
- Diagnostic : **biopsie** peau + IF directe
- Traitement : **dermocorticoïdes**, parfois systémiques



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Cas n°12 : Mme AA, 55 ans

- Diabète de type 2 (mal contrôlé), dysthyroïdie, AVC ischémique il y a 5 ans, troubles anxio-dépressifs
- Depuis 3 mois : plaques bruns-rouges, atrophiques puis ulcération en pré tibial D et G. Douleurs légères. Pas d'EF.
- Pas de claudication ni de douleurs de décubitus
- Bilan angiologique : IVC, IAMI légère
- Evolution : s'aggrandit lentement sous soins locaux, pas de contention



12) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. Pyoderma gangrenosum
- 3. Nécrobiose lipoïdique
- 4. Ecthyma gangrenosum
- 5. Artefact (induit)



12) Quel est votre diagnostic ?

- 1. Ulcère artério-veineux
- 2. Pyoderma gangrenosum
- **3. Nécrobiose lipoïdique**
- 4. Ecthyma gangrenosum
- 5. Artefact (induit)



Nécrobiose lipéidique

- **Réaction inflammatoire** granulomateuse
- Plaques bruns-rouges atrophiques
- **Terrain** : diabète, dysthyroïdie
- **Pré-tibial**, évolution vers ulcération
- **Biopsie** pour confirmation (granulome nécrobiotique)
- **Traitement** : **correction** facteurs favorisant, **corticoïdes topiques**, **compression**



1- Isoherranen K, O'Brien JJ, Barker J, et al. Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. *J Wound Care*. 2019;28(Sup6):S1-S92.

2- Becker SL, Kody S, Fett NM, Hines A, Alavi A, Ortega-Loayza AG. Approach to the Atypical Wound. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):559-584. doi:10.1007/s40257-024-00865-0

Types of atypical wounds	
Vasculitides	Palpable symmetrical purpura, necrotic ulcers, rapid evolution, associated with rheumatoid arthritis and connective tissue disorders
Pyoderma Gangrenosum	Associated with inflammatory bowel diseases, hematologic malignancies and rheumatoid arthritis
Occlusive vasculopathies	Livedoid vasculopathy, cryoglobulinemia, cholesterol embolization
Martorell HYTILU	Linked with hypertension and diabetes type II, warfarin medication
Calciphylaxis	Linked with uremic disease and dialysis, warfarin medication
Hidradenitis suppurativa	Linked with Pyoderma gangrenosum
Malignant wounds	Basal cell cancer, melanoma, squamous cell cancer
Artefactual ulcers	Linked with personality disorders
Ecthyma and ecthyma gangrenosum	Linked with immunosuppression
Other types of atypical wounds	Sarcoidosis, sickle cell disease, leishmaniasis, other infections, medication related

Plaies atypiques

Signes cliniques “suspects” :

- **Morphologie** “atypique”
 - Bordure : en carte de géographie ? Livédoïde ? Surélevée ?
 - Nécrotique sans IAMI ?
 - Hyperbourgeonnant / tissu friable et/ou saignant ?
- **Localisation** “atypique”
- **Douleur** disproportionnée
- **Absence de cicatrisation** en 4-12 sem malgré soins locaux adaptés

- **Biopsier** : si présentation **atypique, doute** diagnostique
absence de cicatrisation (4-12 sem) malgré soins locaux adaptés

Merci pour votre attention

- Consultation
“Plaies & Cicatrisation”
(Lu, Ma, Me et Jeudi AM)
- Avis urgent : garde 7j/7 de
dermatologie (079 55 34491)
- Email :
dermatologie.plaie@hug.ch
damien.pastor@hug.ch

