

Ulcère de jambe révélant une sclérodémie systémique : un cas clinique

AT. Majd, Dermatologie, C.H.U Hedi Chaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

M. Amouri, Dermatologie, C.H.U Hedi Chaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

I.Gassara, Dermatologie, C.H.U Hedi Chaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

S. Mouna, Médecine interne, C.H.U HediChaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

S. Marzouk, Médecine interne, C.H.U HediChaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

H. Turki, Dermatologie, C.H.U Hedi Chaker de Sfax, Sfax, Tunisie.

Introduction

La **sclérodémie systémique (SSc)** est une maladie chronique du tissu conjonctif **caractérisée** par une activation immunitaire, une atteinte vasculaire et une fibrose cutanée et viscérale.

Les **ulcérations cutanées** touchent **35 à 60 % des patients** et altèrent significativement **la qualité de vie**. Bien que les **ulcères digitaux ischémiques des membres supérieurs**, liés à une **microangiopathie**, soient **bien documentés**, les **ulcères des membres inférieurs (UMI)** restent peu étudiés malgré leur **pronostic sévère** et leur **risque accru d'amputation**.

Nous rapportons le cas d'une **patiente de 70 ans** présentant **des ulcérations douloureuses des deux membres inférieurs, révélatrices d'une sclérodémie systémique**.

Observation

Mme AH âgée de 70 ans, diagnostiquée comme **maladie lupique depuis 2018** et **traitée par Plaquénil et corticothérapie systémique** à la **dose moyenne** de 0,5 mg/kg/jour **sans amélioration**, était hospitalisée en Septembre 2024 pour **ulcère de jambe (UJ) récidivants datant de 5 ans**.

Elle présentait des **polyarthralgies inflammatoires** touchant les **grosses et petites articulations**, un **syndrome de Raynaud** et une **dyspnée de stade 2 selon la classification NYHA**.

Elle **n'avait ni hypertension artérielle ni diabète**. L'examen clinique révélait d'une part un **faciès figé**, un **nez effilé**, une **sclérodactylie** et des **télangiectasies faciales** évocateurs de **sclérodémie systémique (ScS)** et des **ulcérations de la jambe gauche de 1 à 6 cm, à bords irréguliers scléreux et à fond fibrineux ou bourgeonnant** d'autres part.

Les **pouls périphériques étaient palpables et symétriques**, à l'exception d'un **pouls pédiex gauche faible**.

Le bilan biologique a mis en évidence une **anémie ferriprive**, une **vitesse de sédimentation (VS) accélérée**, et **l'absence d'anticorps anti-phospholipides ou d'ANCA**.

Les explorations vasculaires, incluant une **échographie Doppler** et une **angio-TDM** des membres inférieurs, objectivaient un **reflux veineux avec dilatation des veines fémorales et poplitées droites, une médiacalcosse diffuse, des sténoses étagées de l'artère tibiale postérieure des deux membres inférieurs, ainsi qu'une infiltration athéromato-calcique des axes jambiers avec circulation collatérale**.

Le **diagnostic de SsS était retenu** selon les **critères ACR-EULAR (score de 11)**.

Sous traitement par **pression négative et soins locaux**, tout en **maintenant le Plaquénil**, une **cicatrisation quasi-complète** des UJ mixte était observée au bout de **six semaines**

Conclusion

Les UJ dans le cadre de la SsS sont d'origine **multifactorielle**, et leur prise en charge nécessite une **approche complexe** combinant des **stratégies médicales et éventuellement chirurgicales multimodales**.

Discussion

La **survenue d'UJ chez cette patiente** ayant une sclérodémie systémique (ScS) **met en évidence l'interaction complexe entre la vasculopathie intrinsèque à la maladie et les comorbidités vasculaires périphériques**.

Bien que **les ulcères digitaux, généralement associés au syndrome de Raynaud et à l'ischémie microvasculaire**, soient les **lésions cutanées les plus fréquemment rapportées dans la ScS**, les **UJ, souvent d'origine veineuse**, peuvent également se développer par **mécanismes multifactoriels**.

La **vasculopathie systémique** de la ScS, caractérisée par une **dysfonction endothéliale, une fibrose pariétale des vaisseaux et une altération de la microcirculation**, favorise une **stase veineuse** et une **insuffisance veineuse chronique** (comme notre patiente), contribuant ainsi à la **formation d'ulcères**. Par ailleurs, la **fibrose cutanée**, marquée par une perte d'élasticité et une altération de la trophicité tissulaire, **compromet la cicatrisation des plaies et aggrave les lésions préexistantes**.

Leur prise en charge, comme illustré dans ce cas, nécessite une **approche multidisciplinaire**. Contrairement à notre patiente, les ulcères d'origine ischémiques **peuvent nécessiter une amputation**, en particulier chez les **patients présentant certains facteurs de risque**, tels que la **positivité des anticorps anti-topoisomérase-I**, le **sous-type de ScS diffuse** et une **durée prolongée de la maladie**.



Figure:
des ulcérations de la jambe gauche de 1 à 6 cm, à bords irréguliers scléreux et à fond fibrineux ou bourgeonnant