

# Troubles cutanés et sclérose en plaques

Docteur Jean-Jacques HOFFMANN

Médecin chef de service de la Résidence Monique Mèze  
Praticien attaché au service de neurologie du centre hospitalier sud francilien

Docteur Cécile WETZSTEIN

Pharmacienne de la Résidence Monique Mèze

## PREMIÈRE PARTIE : LES ESCARRES

### I/. Situation du problème :

La peau est la première défense de l'organisme confrontée à l'extérieur visible et invisible (car microscopique) : il est donc important de la respecter. Cette publication n'a pas la prétention d'être exhaustive s'agissant des anomalies que la personne atteinte de sclérose en plaques peut rencontrer sur le plan cutané ; il existe des ouvrages spécialisés auxquels le lecteur pourra se référer le cas échéant pour de plus amples informations. La sclérose en plaques, du fait des troubles locomoteurs, est source de réduction de déplacement, voire dans certains cas, d'immobilisation. À ces troubles moteurs, s'ajoutent souvent des déficits sensitifs (*hypoesthésie*<sup>1</sup> et anesthésie superficielles et/ou profondes) qui privent la personne malade d'une information importante, qui est l'inconfort plus ou moins douloureux. Cette sensation, malheureusement absente, favorise l'apparition de lésions : "L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique<sup>2</sup> liée à une compression des tissus mous entre les saillies osseuses internes et le plan dur du support sur lequel repose le sujet" (définition de l'Anaes<sup>3</sup>). Si son installation est rapide, sa réparation peut être très lente et prendre plusieurs mois, et même récidiver. Les escarres ne sont pas les seules menaces qui fragilisent le tissu cutané, comme nous le verrons ultérieurement dans la seconde partie dès "troubles cutanés et sclérose en plaques" qui fera l'objet d'une publication dans le prochain numéro de Facteur Santé.

### III/. Les escarres :

Il n'existe pas réellement d'étude épidémiologique, comme pour telle ou telle maladie, et notamment la sep. Tout au plus peut-on lire des statistiques propres à tel ou tel établissement, ce qui ne permet pas d'in-

férenter des statistiques sérieuses qui seraient applicables partout ; au moins peut-on se réjouir lorsque son propre établissement n'est pas trop souvent confronté au problème.

■ **Mécanismes** : le schéma 1 montre les différentes couches des *téguments*<sup>4</sup> de dehors en dedans (épiderme, derme, tissus sous-cutanés et muscles et enfin l'os). La "bulle jaune" représente tout ce qui peut progressivement être concerné par l'escarre. La plaie qui va apparaître se fera de DEDANS en DEHORS, à la différence d'une plaie cutanée accidentelle, par exemple, qui se fera de DEHORS en DEDANS. Pour créer une escarre, il faut un déficit d'apport nourricier (sanguin) des différentes couches. Selon l'importance et/ou la durée de cette privation, seront concernées d'abord les couches superficielles (épiderme et derme) puis les couches profondes (muscles et os). L'escarre neurologique qui nous préoccupe est celle qui est liée au positionnement, soit au lit, soit au fauteuil. Elle concerne le plus souvent le sacrum, les talons, les *ischions*<sup>5</sup>, et toute surface en contact anormalement et/ou de façon prolongée avec une structure indéformable. On discerne classiquement quatre stades :

● **Stade 1** : la peau reste érythémateuse (rouge) mais intacte, sans blanchir à la pression digitale pendant plus de 24 heures.

● **Stade 2** : perte de substance concernant l'épiderme et le derme (ulcération ou *phlyctène*<sup>6</sup>).

● **Stade 3** : perte de la substance comprenant l'épiderme, le derme et les tissus sous-cutanés allant jusqu'au *fascia*<sup>7</sup>.

● **Stade 4** : grosse perte de substance pouvant atteindre les plans très profonds (muscles et os) avec risque de *fistule*<sup>8</sup> et d'infection locale.

<sup>1</sup>Affaiblissement des divers modes de la sensibilité.

<sup>2</sup>Qui a rapport à l'ischémie (anémie locale, déficience dans l'irrigation sanguine d'un organe).

<sup>3</sup>L'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine. Elle organise et/ou labellise des "Recommandations pour la pratique clinique" et des "Conférences de consensus" sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

<sup>4</sup>Les tissus organiques qui recouvrent le corps.

<sup>5</sup>Partie postérieure et inférieure de l'os coxal, qui forme la hanche.

<sup>6</sup>Ampoule séreuse transparente dans ou sous l'épiderme.

<sup>7</sup>Membrane conjonctive qui enveloppe les muscles et d'autres organes.

<sup>8</sup>Une fistule est un conduit anormal faisant communiquer une cavité ou un organe avec un autre ou avec l'extérieur de l'organisme.

## Les différents stades de l'Escarre

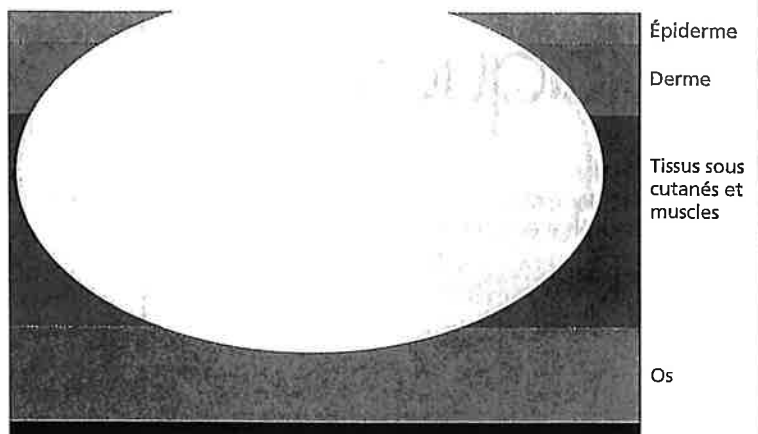


Figure 1

■ **Facteurs de risque** : il y a toujours plusieurs facteurs qui concourent à la fragilisation de la peau de la personne malade face à l'escarre à un moment donné. L'Anaes distingue des facteurs explicatifs et des facteurs prédictifs.

● **Facteurs explicatifs** : d'abord il y a la **COMPRESSION** qui doit être suffisamment prolongée et intense pour priver les téguments d'un apport sanguin. On a vu des escarres se former en un quart d'heure ! Ensuite on retrouve souvent la notion de **FRICTION** qui est un frottement avec rôle d'abrasion de la peau qui se retrouve abîmée. Enfin, le **CISAILLEMENT** qui correspond à des forces plus ou moins horizontales s'exerçant en profondeur. Ces trois **facteurs externes** à la personne malade sont parfois amplifiés par l'existence d'une **MACÉRATION** liée à une surabondance de sécrétions physiologiques (sueurs, urines, etc.).

Il existe aussi des **facteurs internes** qui se retrouvent parfois seuls lorsqu'on a tout fait pour éliminer les précédents **facteurs externes**.

- Le plus important est bien entendu l'**IMMOBILISATION** qui est de loin le facteur de risque le plus fréquent dans les formes évoluées de sep ;
- La dénutrition et surtout la carence protidique ;
- La déshydratation ;
- Les bas débits circulatoires (petite tension artérielle et fréquence cardiaque peu importante) ;
- L'âge et l'existence d'autres pathologies qui n'arrangent rien ;
- Les troubles de la sensibilité supprimant la sonnette d'alarme ;
- L'état de la peau et les antécédents d'escarre(s) ;
- Le "terrain psychologique" avec manque de participation à la prévention ;
- L'existence d'autres maladies aiguës (infection urinaire par exemple).

● **Facteurs prédictifs** : ce sont les **TROIS FACTEURS INTERNES** que l'on retrouve quasi systématiquement en l'absence de facteurs externes :

- L'**IMMOBILISATION**
- La **MALNUTRITION** (déshydratation et/ou dénutrition)
- La **FAIBLE TENSION ARTÉRIELLE** à l'origine de bas débits.

■ **Traitement préventif** : même s'il existe des échelles destinées à quantifier le risque encouru par la personne malade neurologique chronique (échelles BRADEN, NORTON, WATERLOO, etc.), tout patient alité doit être considéré comme étant à risque. En pratique, à partir de 7.5/10 à l'**échelle EDSS**<sup>9</sup> de la sep, il faut déjà mettre en œuvre des mesures de prévention. C'est la règle "**DéRéNoPr**". Cet acronyme est formé par les deux premières lettres des mots suivants : **Décharge, Réhydratation, Nourrir, Propreté**.

● **Décharge** : signifie qu'il faut réduire d'une part, l'intensité de l'appui, d'autre part, la durée de l'appui.

● Pour cela on utilise différents types de matelas. Le modèle de base est le matelas en mousse (blocs de mousse) ; de façon un peu plus élaborée, il y a le matelas de mousse à mémoire de forme. Ces matelas répartissent les pressions en les étalant et donc les diminuent localement. Un troisième type est le matelas à air statique (un ou plusieurs compartiments qui sont alors des alvéoles) dont le point le plus important reste le réglage et le contrôle du gonflage à l'aide de manomètres. À côté de ces trois systèmes statiques, il y a les systèmes dynamiques : ce sont les matelas motorisés électroniquement pouvant soit fonctionner en mode à air alterné, soit selon un mode de basse pression continue, soit selon ces deux modes de fonctionnement. Ce sont les plus efficaces et aussi les plus chers. Ces modèles complexes sont à réserver aux personnes malades incapables de se mouvoir d'elles-mêmes, et donc dans l'impossibilité de modifier elles-mêmes leurs points d'appui. Les talons peuvent faire l'objet d'une protection spécifique (talonnière en mousse, coussin de décharge en mousse, gouttière en mousse ou à air).

● En ce qui concerne la réduction de la durée de l'appui il faut changer de position régulièrement la personne malade qui est incapable de se déplacer seule. Les différentes publications sur ce sujet font état de fourchettes assez larges, notre pratique quotidienne nous amène à penser qu'un changement de position toutes les trois heures reste compatible avec l'objectif recherché et le confort du malade. On incline approximativement le patient de 30° en le maintenant tantôt à droite, tantôt à gauche par des matériels de

<sup>9</sup>L'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale), est un système utilisé pour coter le niveau de handicap des personnes atteintes de sclérose en plaques. L'échelle EDSS fait référence à la notion de fonctions neurologiques.

positionnement. Il faut absolument éviter le **déculbitus latéral**<sup>10</sup> à 90° qui ferait un appui sur les **trochanters**<sup>11</sup>. Lorsque c'est possible, il faut verticaliser le patient porteur d'escarre car cette position physiologique soulage les zones comprimées tant au lit qu'au fauteuil. Encore faut-il qu'il n'y ait pas d'escarre aux talons.

- Enfin, il faut absolument savoir qu'il ne faut pas masser les zones soumises à compressions, c'est-à-dire, dès que la peau est rouge même si en appuyant dessus avec le doigt elle blanchit et se recolor en rouge à la levée de la pression digitale. C'est ce que d'aucuns nomment le **Stade 0** de l'escarre. Le massage de ces zones à ce stade entraînera une **ischémie**<sup>12</sup> et donc le passage aux stades supérieurs de l'escarre avérée. Seul l'effleurage aux huiles hyperoxygénées (SA-NYRENE®) combat efficacement le risque d'escarre.

- **Réhydratation** : on n'y pense pas assez ; une personne dite à mobilité réduite a fortiori si elle ne parle pas, ne pourra pas spontanément rechercher, voire réclamer à boire. Il doit donc y avoir spontanément proposition de boisson de la part des "aidants" et/ou des soignants : c'est non seulement un plaisir, mais aussi une nécessité. Par ailleurs, il faut penser à hydrater localement à l'aide de crème(s) les téguments, surtout chez les personnes âgées et celles qui ont une diminution des sécrétions physiologiques.

- **Nourrir** : pour les mêmes raisons que précédemment, l'apport alimentaire doit être aidé le cas échéant. Dans la mesure où l'on constate souvent une diminution des protides totaux dans le sang des personnes malades souvent alitées, qui s'alimentent mal ou insuffisamment, il convient de prescrire des crèmes hypercaloriques (protidiques et vitaminiques) qui permettront à l'organisme de mieux se défendre et de mieux se réparer.

- **Propreté** : non seulement le fait d'avoir des escarres ne contre-indique en rien la réalisation des bains ou des douches, mais on profitera de ces occasions pour nettoyer les plaies et refaire les pansements. L'hygiène contribue à prévenir les troubles cutanés en évitant notamment la macération.

#### ■ **Traitement curatif :**

**D'abord ce qu'il ne faut pas faire** : les prélèvements superficiels à la recherche d'un germe sont inutiles, d'une manière générale, car il y a toujours une multitude de germes qui colonisent les plaies et un antibiotique ne favorise pas forcément la cicatrisation d'une escarre. Parfois, la peau **autour** de l'escarre peut être infectée secondairement ; si c'est une dermite bactérienne, elle nécessite un antibiotique à large spectre

à prendre par voie générale (par la bouche) ; si c'est une mycose, un traitement spécifique sera administré par voie générale et locale ; il ne faut jamais mettre d'antibiotique localement dans l'escarre (éviter les pommades antibiotiques).

**Ensuite, ce qu'il faut faire** : continuer à appliquer les mesures préventives vues plus haut ou les mettre en œuvre si cela n'avait pas été fait auparavant (selon la règle **DÉRÉNOPr**). Enfin, on fait une photo de départ avec une règle destinée à noter le nom de la personne malade, la date, et surtout à quantifier en mesurant la surface de la plaie et sa profondeur à l'aide d'un instrument simple. C'est à ce moment-là que sera discuté le protocole de pansements ou l'indication chirurgicale.

- **Traitement Médical** : rares sont les escarres sur lesquelles on ne peut commencer de traitement par pansements. Les objectifs :

- Protéger contre l'infection par d'autres germes et lutter contre ceux existants ;
- Protéger contre l'agression mécanique (la compression) ;
- Laisser la plaie humide ;
- Conserver des échanges gazeux entre la plaie et l'extérieur.

Il existe actuellement quatre types de pansements (le **tableau 1** à la fin de cette publication indique quelques-uns des principaux produits actuellement sur le marché) : les gels ou hydrogels, les hydrocolloïdes, les hydrocellulaires et les alginates. Ils ont leurs indications préférentielles. Ils doivent être changés tous les deux ou trois jours, ou lorsqu'ils sont saturés ou souillés. En l'absence d'allergie connue et avérée, on utilisera donc :

#### ■ **Les Gels ou hydrogels.**

C'est de l'eau en forte concentration c'est-à-dire supérieure à 70%. Ils sont souvent associés à d'autres produits excipients et/ou conservateurs. **Leurs actions et indications** : *hydrater les zones nécrosées pour les ramollir* afin de les faire disparaître, sinon la cicatrisation sera retardée d'autant ; imperméabiliser vis-à-vis des bactéries ; ne pas adhérer à la plaie ; laisser voir l'évolution de la plaie car ils sont transparents. Ils nécessitent un pansement pour les maintenir en place ; celui-ci ne doit pas être très absorbant. Ils sont **contre-indiqués** lorsque la plaie est très exsudative ou infectée (odeur forte).

#### ■ **Les hydrocolloïdes.**

De façon simplifiée il s'agit d'une couche de gélatine recouverte d'un film et/ou d'une mousse pour absorber les sécrétions tout en maintenant humide une

<sup>10</sup>Attitude du corps en "chien de fusil".

<sup>11</sup>Chacune des tubérosités de l'extrémité supérieure du fémur. La partie supérieure du fémur présente deux protubérances qui sont des sites où s'attachent des muscles et des ligaments. La grande protubérance est appelée le grand trochanter, et est orientée vers le haut. La plus petite, ou petit trochanter se situe juste au niveau du col du fémur, et est orientée perpendiculairement au corps du fémur.

<sup>12</sup>Anémie locale, déficience dans l'irrigation sanguine d'un organe.

plaie ainsi protégée des bactéries extérieures ; c'est adhésif à la peau saine, pas à la plaie ; c'est imperméable et confortable. **Les indications** : lorsqu'il y a un début d'**épidermisation**<sup>13</sup> de plaies peu exsudatives et donc les **contre-indications** seront les escarres très exsudatives et les plaies infectées.

## ■ Les hydrocellulaires

Ils sont constitués de plusieurs couches : une couche externe en polyuréthane, une couche intermédiaire possédant un très fort pouvoir absorbant de l'eau, et une couche interne composite car triple (*une partie alvéolée adhésive ou non, selon les produits, une partie absorbante en matière non tissée pour faciliter le transport des exsudats, et enfin une couche dite de transfert, non adhérente au contact des exsudats et pourtant adhésive autour de la plaie*). **Ses indications** se poseront à partir de l'existence d'un bourgeonnement ou d'une épidermisation. Il s'agit de pansements plus modernes que les précédents, plus élaborés et plus onéreux, mais utilisés à bon escient, ils peuvent se révéler plus efficaces. **Les contre-indications** : on évitera en règle générale le DAKIN et l'Eau Oxygénée, ainsi que la Bétadine, qui détériorent les supports en polyuréthane et/ou gênent l'appréciation du type de plaie.

## ■ Les alginates

Ces pansements sont constitués par des extraits d'algue brune que l'on associe parfois, selon les produits, à de la **carboxyméthylcellulose**<sup>14</sup> pour en faire un produit peu adhésif à une plaie peu exsudative. Le mode d'action est avant tout **hémostatique**<sup>15</sup>, ensuite un très haut pouvoir absorbant (15 fois son poids !) tout en maintenant l'humidité de la plaie, en restant souple et confortable. **Les indications** seront préférentiellement réservées aux plaies hémorragiques, très suintantes, fibrineuses (couche jaune plus ou moins épaisse et étendue sur la plaie qu'il faut faire disparaître). **Les contre-indications** : ces pansements ne conviennent pas aux plaies sèches ou lorsqu'il y a de la **nécrose**<sup>16</sup> noire.

## ■ Les pansements à l'argent

Ils commencent à arriver sur le marché. Ils ont permis une véritable révolution dans la prise en charge des escarres très infectées, qu'elles soient surinfectées et/ou colonisées par des germes. Rappelons une fois de plus que l'antibiothérapie dans la plaie elle-même est inutile. Si la plaie "sent mauvais", c'est que des bactéries y pullulent et peuvent retarder la cicatrisation : les pansements aux sels d'argent sont alors indiqués. Leur efficacité est spectaculaire. Classiquement, on dit

de ne pas dépasser un mois de traitement par ce type de pansement à l'argent. Notre expérience nous permet de prolonger cette indication surveillée. La cicatrisation a toujours repris après ce type de protocole appliqué de façon pertinente. D'aucuns préconisent encore l'utilisation de l'eau boriquée préparée par le pharmacien en tant que désinfectant et agent favorisant la cicatrisation de petites plaies fréquemment souillées du fait de leur emplacement. Ce traitement est ancien, il date du siècle dernier, mais reste efficace à moindre frais pour des soins de durée brève n'excédant pas trois ou quatre semaines.

■ **Traitement Chirurgical** : il se discute lorsque la plaie est trop importante en superficie (la **détersion**<sup>17</sup> de l'escarre permet d'éliminer rapidement les zones nécrotiques) et en profondeur (ostéite), ou lorsqu'il s'agit d'une récurrence accidentelle ou lorsque la guérison par pansement est bloquée (brides, adhérences), ou instable et donc trop fragile. Parmi les techniques on distingue :

- **L'excision "simple" de l'escarre** : elle est destinée à enlever la totalité des tissus nécrosés et visiblement infectés. Les prélèvements, en profondeur seulement, permettront de traiter par antibiothérapie adaptée. C'est l'un des rares cas où la bi-antibiothérapie est justifiée jusqu'à 30-45 jours pour une infection osseuse, sinon 15 jours suffiront pour les parties molles profondes.

- **La couverture** par mise en place d'un lambeau cutané, fascio-cutané ou musculo-cutané destiné à refermer l'escarre nettoyé après l'excision précédente :

- **Lambeau musculo-cutané du grand fessier en VY pour escarre sacrée**<sup>18</sup>.

- **Lambeau musculo-cutané de grand fessier en îlot pour escarre ischiatique**<sup>19</sup>.

- **Lambeau musculo-cutané d'ischio-jambier**<sup>20</sup> en VY pour escarre ischiatique.

- **Lambeau du tenseur du fascia lata pour escarre trochantérienne**<sup>21</sup>.

- **Lambeau plantaire interne pour escarre du talon.**

- **Parfois le prélèvement sera effectué à distance : on prélève un lambeau fibre, c'est-à-dire un morceau de peau et de muscle avec son artère et sa veine, et on rebranche les vaisseaux de ce lambeau sur les vaisseaux à proximité de l'escarre pour le recouvrir.**

La station assise est strictement interdite pendant les 45 jours post-opératoires. La reprise de la station assise est alors progressive : une heure la première semaine, deux heures la suivante, et ainsi de suite. Quoi

<sup>13</sup>Processus de cicatrisation.

<sup>14</sup>Un dérivé de sucre naturel présent dans les végétaux, la cellulose. Source : [laiteriedecoaticook.com](http://laiteriedecoaticook.com).

<sup>15</sup>Propre à arrêter l'hémorragie.

<sup>16</sup>Mortification des tissus vivants.

<sup>17</sup>Action de nettoyer une plaie, un ulcère. Résultat de cette action.

<sup>18</sup>En regard du sacrum

<sup>19</sup>En regard de l'ischion (une des branches osseuses du bassin)

<sup>20</sup>Gaine fibreuse

<sup>21</sup>En regard du grand trochanter (protubérance qui se trouve sur la partie supérieure du fémur).

qu'il en soit, une nouvelle hygiène de vie est nécessaire pour éviter les récurrences, et ne pas dépasser quatre heures en continu en position assise est une moyenne communément admise.

Les complications de la chirurgie de l'escarre sont constituées par :

- La nécrose du lambeau comme de tout transplant ;
- La création d'un hématome ;
- La désunion par traction mécanique excessive ou septique ;
- L'infection postopératoire : c'est le deuxième cas où une antibiothérapie adaptée par voie générale est indiquée.

### III/. Conclusion.

La personne atteinte de sclérose en plaques est soumise à un risque cutané, à partir du moment où les troubles locomoteurs la forcent à une immobilisation prolongée.

Elle est donc sujet à risque, a fortiori s'il existe des troubles sensitifs. Par conséquent il faut instaurer une *prophylaxie*<sup>22</sup>. Si le traitement chirurgical des escarres est parfois indiqué, il n'y a pas encore suffisamment d'équipes formées à ce type de technique, alors que le service du professeur Lortat-Jacob à l'hôpital de Garches est très performant dans ce domaine. Les réalisations récentes dans le monde des pansements permettent maintenant des cicatrifications plus rapides, tout en les associant aux techniques qui reposent sur la mise en décharge des zones comprimées (et l'adoption d'un matelas anti-escarre devrait être rapidement conseillée), une bonne alimentation et une excellente hydratation, tout en respectant les règles d'hygiène de base.

<sup>22</sup>Ensemble des mesures propres à prévenir les maladies.

## TABLEAU 1

Principaux pansements utilisés dans le traitement des escarres			
HYDROGELS (gels ou plaques)	ALGINATES	HYDROCOLLOIDES	HYDROCELLULAIRES
Askina gel* (B/BRAUN)	Algisite* (SMITH/NEPHEW)	Algoplaque* (URGO)	Allevyn*, Allevyn Gentle* (SMITH/NEPHEW)
Curafil*, Curagel* (KENDALL)	Algostéril* (BROTHIER)	Askina biofilm transparent, Askina Hydro* (B/BRAUN)	AskinaThinsite*, A. Touch*, Askina Transorbent* (B/BRAUN)
Duoderm*hydrogel* (CONVATEC)	Askina Sorb* (B/BRAUN)	Comfeel plus transparent* (COLOPLAST)	Biatain*, Biatain Contact* (COLOPLAST)
Hydrogel* (URGO)	Melgisorb* (MOLNLYCK)	Duoderm*, Aquacel*, (CONVATEC)	Combiderm* (CONVATEC)
HydroSorb* (HARTMANN)	SeaSorb* (COLOPLAST)	Hydrocoll* (HARTMANN)	Cutinova* (RAUSCHER)
Hypergel*, Norm gel* (MOLNLYCK)	Sorbalgon (HARTMANN)	Suprasorb H* (LOHMANN/RAUSCHER)	Mepilex* (MOLNLYCK)
Intrasite* (SMITH / NEPHEW)	Suprasorb A* (LOHMANN/RAUSCHER)	Sureskin* (EUROMED)	PermaFoam* (HARTMANN)
Nu-Gel* (JOHNSON /JOHNSON)	Urgosorb* (URGO)	Tegasorb* (3M)	Suprasorb P* (LOHMANN/RAUSCHER)
Purilon Gel* (COLOPLAST)			Tielle* (JOHNSON /JOHNSON)
Suprasorb G* (LOHMANN/RAUSCHER)			Urgomed, Cellosorb* (URGO)

**Pansements à l'argent :** Altreet Ag\* (COLOPLAST), Allevyn Ag\* (SMITH & NEPHEW), Biatain Ag\* (COLOPLAST), Cellosorb Ag\* (URGO), etc.

# Troubles cutanés et sclérose en plaques

**Docteur Jean-Jacques HOFFMANN**  
 Médecin chef de service de la Mas Résidence *Monique-Mèze*  
 Praticien attaché au service de neurologie du centre hospitalier sud francilien

**Docteur Cécile WETZSTEIN**  
 Pharmacienne de la Mas Résidence *Monique-Mèze*

## DEUXIEME PARTIE : LES OEDÈMES ET AUTRES PATHOLOGIES CUTANÉES

### I/. Situation du problème :

Les œdèmes se rencontrent fréquemment chez le malade atteint de sclérose en plaques. Si les œdèmes sont fréquents en eux-mêmes, et notamment aux membres inférieurs, ils le sont encore plus chez la personne atteinte de sclérose en plaques, a fortiori si la marche est diminuée, voire impossible. La perte de la fonction locomotrice est souvent responsable de ce trouble fonctionnel des liquides circulants. Mais cette fréquence élevée du trouble fonctionnel ne doit pas éviter de rechercher une autre cause plus organique et parfois curable.

La pathologie cutanée lors d'une sclérose en plaques ne se résume pas malheureusement aux escarres (voir le précédent chapitre publié dans *Facteur Santé* n°108 - juin 2009) et aux œdèmes. Le trouble immunologique ayant entraîné la SEP peut aussi entraîner des pathologies cutanées impliquant l'immunité (eczéma, pemphigus, érysipèle, etc.).

### II/. Les oedèmes :

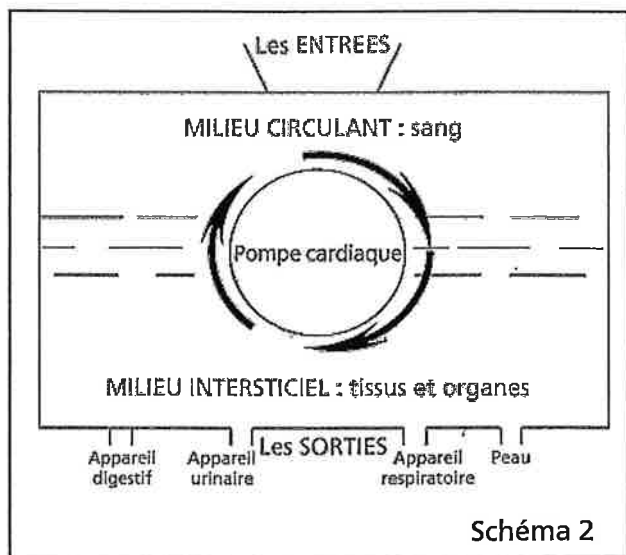


Schéma 2

Pour le schéma n°1, voir FS 108 - Troubles cutanés 1<sup>ère</sup> partie

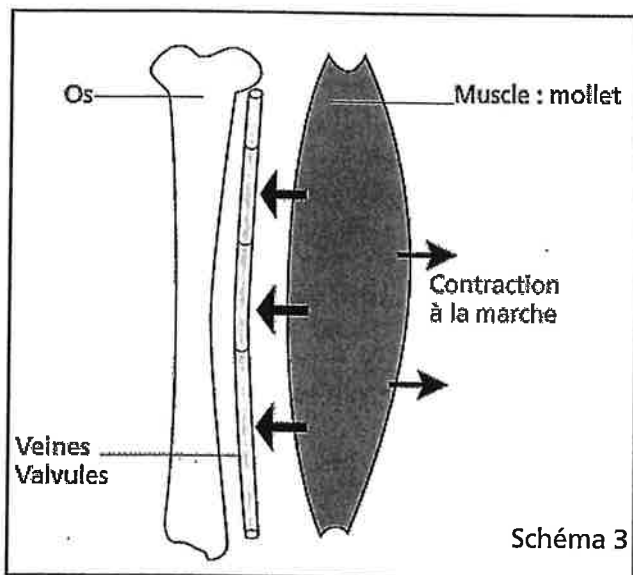
■ Physiopathologie des œdèmes : le schéma 2 résume la situation en la simplifiant. S'agissant des liquides dans l'organisme humain, leur régulation peut globalement être simplifiée sous l'aspect d'un système qui n'est pas clos. Il y a des entrées liquidiennes (boisson et aliments) et des sorties liquidiennes, que ce soit par l'appareil digestif (selles), l'appareil urinaire (urines), l'appareil respiratoire (vapeur d'eau) et la peau (transpiration). Dans le corps humain, on distingue le milieu circulant (sang, lymphe) et le milieu interstitiel (les cellules, les organes, les appareils et systèmes). Les œdèmes ne sont pas tant un déséquilibre entre les entrées et les sorties, qu'une anomalie de répartition des liquides entre milieu circulant et milieu interstitiel.

La pompe cardiaque défaillante peut être responsable de cette anomalie (augmentation de la pression hydrostatique, augmentation de la pression veineuse de retour comme lors de l'insuffisance cardiaque congestive) ; aussi d'autres facteurs interviennent, notamment une anomalie au niveau de la séparation entre les deux systèmes (augmentation de l'ultrafiltration plasmatique à travers les parois capillaires, diminution de la résorption veineuse ou lymphatique dans les espaces interstitiels).

En l'absence des pathologies somatiques que nous envisagerons successivement plus loin, il existe les œdèmes liés "simplement" à un mauvais fonctionnement du retour veineux. Ce sont les troubles dits fonctionnels, puisque c'est la fonction de retour du sang vers le cœur qui est altérée. Le sang, à l'occasion de son retour vers le cœur, emprunte le lacis veineux. La pression veineuse est beaucoup plus faible que la pression artérielle. Aussi pour favoriser ce retour, surtout

lorsque les jambes sont verticales, il existe de petites valvules à l'intérieur des veines qui empêchent le sang de redescendre.

Ces veines sont entre autres constituées par une musculature. La puissance de cette musculature dépend de nombreux facteurs. Quelle qu'en soit la raison, lorsqu'elle est défaillante, le sang aura tendance à moins bien refluer vers le cœur et les liquides du milieu circulant passeront vers ceux du milieu interstitiel, d'où les œdèmes. La contraction des masses musculaires, lors de la marche par exemple, exerce une pression contre les veines des jambes. Comme il existe des valvules "anti-reflux", cette pression des masses musculaires contre les veines favorisent le retour du sang vers le cœur. On comprend donc pourquoi les personnes dont le handicap altère la marche sont plus sujettes aux œdèmes des membres inférieurs : c'est un trouble de fonction ou fonctionnel (schéma 3) car les muscles des jambes ne compriment pas assez les veines profondes.



À cela il faut ajouter qu'il existe, à la longue, une diminution du tonus veineux (comme en témoigne la difficulté qu'il y a à réaliser des prises de sang après plusieurs décennies d'évolution de la sep).

- Les bonnes questions à se poser :
- L'œdème est-il localisé ou diffus ?

- S'est-il installé progressivement ou brusquement ?
- Est-il rouge ou blanc ?

■ En pratique, face à une personne atteinte de sclérose en plaques : avant d'affirmer qu'il ne s'agit que d'un problème fonctionnel banal, il faut rechercher et éliminer les autres causes plus organiques. La maladie force le plus souvent à réduire ses déplacements du fait des paralysies ; chez quelqu'un à mobilité réduite, la première chose à évoquer est la phlébite. Plus on avance dans le temps avec la maladie démyélinisante, et plus il y a de risques urinaires, qu'ils soient infectieux ou autres.

Parallèlement, le risque de maladies par auto-anticorps augmente, et il y a souvent association à une insuffisance thyroïdienne. L'immobilisation consécutive à la maladie, le désœuvrement, la solitude font le lit du tabagisme qui peut être à l'origine de problèmes cardio-vasculaires. Il ne s'agit pas d'être exhaustif en ce qui concerne les causes d'œdèmes, mais de s'intéresser à la spécificité des œdèmes chez la personne touchée par la sclérose en plaques.

- L'œdème inflammatoire et localisé de la phlébite : la sclérose en plaques n'entraîne pas plus de risque que toute autre pathologie handicapante d'être à l'origine d'une phlébite superficielle ou profonde. Cependant il conviendra d'y penser en présence d'un œdème localisé, rouge, chaud, classiquement douloureux (mais souvent l'existence de troubles sensitifs déficitaires de type anesthésie profonde obèrera le tableau clinique classique) ; sa localisation sur un trajet veineux pourra orienter le diagnostic. La biologie sera contributive si les D-Dimères<sup>1</sup> sont augmentées. Cette augmentation, si elle est indispensable au diagnostic, n'est en rien suffisante. Une augmentation des D-Dimères ne signifie pas forcément qu'il y a une phlébite. Chez une personne atteinte de sclérose en plaques, il conviendra de demander systématiquement le dosage de la CRP<sup>2</sup> et la NFS<sup>3</sup> qui peuvent témoigner d'une infection... pouvant alors s'accompagner d'une élévation des D-Dimères.

- L'œdème blanc, mou et diffus progressif d'origine rénale infiltre les membres inférieurs, la paroi abdominale, le dos et la face ; il s'accompagne d'une infiltration des séreuses<sup>4</sup> (ascite<sup>5</sup>, hydrothorax<sup>6</sup>, hydrocèle<sup>7</sup>).

<sup>1</sup> Le dosage sanguin des D-Dimères aide au diagnostic de certaines affections.

<sup>2</sup> C-réactive Protéine (protéine du sang)

<sup>3</sup> Numération formule sanguine

<sup>4</sup> Fine membrane qui tapisse les cavités (thoracique, abdominale).

<sup>5</sup> Accumulation de liquide dans la cavité du péritoine (le péritoine étant l'enveloppe qui tapisse l'intérieur de la cavité abdominale).

<sup>6</sup> Ensemble de symptômes se caractérisant par la survenue d'une ascite, la présence d'un hydrothorax (présence de liquide dans le thorax) en grande quantité.

<sup>7</sup> Sorte d'œdème des bourses constitué par l'infiltration (la pénétration) de liquide du tissu du scrotum (enveloppe cutanée des testicules).

- Parmi ses causes on recherchera avant tout une infection urinaire de type syndrome néphritique aigu avec une hypertension artérielle (par augmentation du secteur circulant) et une augmentation du secteur interstitiel (*œdèmes d'installation assez rapide*) par rétention hydro-sodée. Le contexte infectieux est évocateur. La biologie sanguine et urinaire appréciera l'importance de l'insuffisance rénale.

- Le syndrome néphrotique est la deuxième cause de ce type d'œdème rénal. La diminution du milieu circulant (hypovolémie) provoque une réabsorption accrue de sodium et baisse de la pression oncotique<sup>8</sup> qui sont responsables de l'apparition de l'œdème (d'installation plutôt lente). Sa définition est uniquement biologique et associée une protéinurie<sup>9</sup> > 3 g/24h, une hypoprotidémie<sup>10</sup> < 60 g/litre et une hypoalbuminémie<sup>11</sup> < 30 g/litre. Il s'accompagne d'une hypercholestérolémie et d'un état d'hypercoagulabilité et donc d'une augmentation du risque de thrombophlébite et/ou d'embolie pulmonaire<sup>12</sup>.

On parle de syndrome néphrotique pur s'il n'est accompagné :

- ni d'hématurie visible à l'œil nu,
- ni d'hypertension artérielle,
- ni d'insuffisance rénale organique,
- et si la protéinurie est sélective (essentiellement de l'albumine à l'électrophorèse<sup>13</sup> urinaire).

- L'œdème blanc - mou et diffus rapide dans l'insuffisance cardiaque droite ou globale - est bilatéral, et déclive au niveau des chevilles chez le patient qui marche et à la face interne des cuisses, dans les lombes chez le sujet alité. Il garde le "godet" (trace du doigt lorsqu'on appuie sur la peau), peut être froid par la cyanose<sup>14</sup> périphérique. La difficulté initiale avec ces malades est qu'ils sont souvent essoufflés. Cette dyspnée<sup>15</sup> cardiaque à l'effort au début ne doit pas être confondue avec la dyspnée de l'insuffisance respiratoire chronique. Les causes seront recherchées par l'ECG<sup>16</sup>, la radio thoracique et l'échographie entre autre.

- L'œdème blanc, diffus du myxoœdème lors d'une insuffisance thyroïdienne est différent car la peau est sèche et pâle : c'est un œdème ferme et élas-

tique ne prenant pas le godet. L'infiltration domine au niveau de la face avec des rides épaisses et des paupières gonflées, des lèvres et des oreilles épaissies, de même pour les mains et les doigts qui apparaissent boudinés. Souvent s'y associent une apathie et une sensation de froid. L'augmentation de la TSH<sup>17</sup> associée à la diminution des hormones thyroïdiennes T3 & T4 ainsi qu'un trouble du métabolisme lipidique confirme le diagnostic. Parfois une échographie thyroïdienne pourra documenter la situation. Un dosage des anticorps Anti-TPO (anticorps anti-thyroperoxydase) permettra le diagnostic de thyroïdite d'Hashimoto souvent associée à la sep.

- Bien entendu il existe d'autres causes d'œdèmes mais ils ne sont plus spécifiques de ceux que l'on rencontre chez la personne SEP. Ainsi, certains médicaments eux-mêmes peuvent occasionner des œdèmes, notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs calciques, certaines hormones et notamment la cortisone.

■ Traitements selon la cause :

- Le traitement de la phlébite après si possible confirmation par Echo-Doppler est bien codifié avec utilisation d'HBPM (héparine de bas poids moléculaire) immédiatement avec relais dès que possible par un anticoagulant per os de type AVK (anti-vitamine K). Faut-il pour autant mettre toutes les personnes à mobilité réduite sous anticoagulant ? Dans notre maison d'accueil spécialisée pour personnes atteintes de sclérose en plaques, comme dans les autres centres, en l'absence de facteur de risque spécifique (trouble de la coagulation, trouble du rythme cardiaque, antécédent d'embolie pulmonaire, etc.) notre expérience clinique montre qu'un bon nursing, allié à une prise en charge constante évitant la grabatatisation de la personne malade, représente la meilleure prophylaxie des thrombophlébites<sup>18</sup> chez les personnes à mobilité réduite. Lorsque survient une phlébite, il faudra faire un bilan à la recherche d'une autre pathologie et notamment un néoplasme<sup>19</sup>.

- Le traitement de l'œdème rénal lors du syndrome néphrotique fait appel au repos, au régime sans sel et aux diurétiques de l'anse. En fonction

<sup>8</sup> La pression oncotique exprime le degré de facilité avec lequel les protéines qui sont mises en solution dans un milieu attirent l'eau.

<sup>9</sup> Présence de protéine dans les urines dosée en grammes par 24 heures

<sup>10</sup> Baisse du taux de protéines dans le sang (inférieur à 60 g par l) essentiellement l'albumine.

<sup>11</sup> Augmentation des capacités du sang à coaguler, prédisposant un individu aux thromboses récidivantes.

<sup>12</sup> L'embolie pulmonaire est l'obstruction brutale de l'une des branches de l'artère pulmonaire ou de l'artère pulmonaire elle-même.

<sup>13</sup> L'électrophorèse des protéines est un procédé d'analyse des protéines dans les urines.

<sup>14</sup> La cyanose est la coloration bleuâtre ou mauve de la peau et des muqueuses.

<sup>15</sup> Trouble de la respiration accompagnant les affections respiratoires et cardiaques, se traduisant par une difficulté à respirer.

<sup>16</sup> ECG : Electrocardiogramme

<sup>17</sup> TSH : Thyroid Stimulating Hormone (hormone sécrétée par l'hypophyse)

<sup>18</sup> Inflammation d'une veine. Ce terme est souvent utilisé pour décrire une thrombose veineuse siégeant au membre inférieur.

<sup>19</sup> Tumeur, bénigne ou maligne, résultant d'un processus de transformation aboutissant à une structure morbide (pathologique).



des lésions chez l'adulte il peut être institué une corticothérapie à forte dose sur 4 à 12 semaines. Les atteintes post-infectieuses du glomérule<sup>20</sup> seront à traiter car elles peuvent elles-mêmes être à l'origine d'un syndrome néphrotique<sup>21</sup>.

- Le traitement de l'œdème cardiaque : Dans la mesure où son mécanisme fait intervenir une rétention hydro-sodée<sup>22</sup>, ce sera l'indication de choix du régime sans sel et des diurétiques.

- Le traitement du myxœdème<sup>23</sup> : l'hormonothérapie substitutive par la lévothyroxine sodique sera salvatrice car progressivement la personne malade reprendra ses activités, aura moins froid, alors que le myxœdème disparaîtra progressivement. Le traitement sera commencé à faible dose, pour être augmenté par palier, en se guidant, d'une part, sur la biologie thyroïdienne, et d'autre part, en surveillant la fonction cardiaque cliniquement et par un ECG à chaque modification de la posologie.

- Le traitement des œdèmes fonctionnels : il s'agit d'un retour difficile du sang, de la périphérie vers le cœur. Il existe un système mécanique pour pallier ce défaut physique : ce sont les bandes et les bas de contention. Pour que cette contention soit efficace, il faut que la personne malade puisse encore marcher. En effet, cette contention permet à la contraction musculaire, affaiblie par la sclérose en plaques, d'exercer une plus grande pression interne vers les veines en diminuant l'expansion du muscle vers l'extérieur ; ainsi, au niveau des mollets, lorsqu'ils se contractent, ils se raccourcissent et augmentent de volume. Si pendant la contrac-

tion, on limite cette augmentation de volume vers l'extérieur par la contention, on augmentera d'autant son pouvoir de pression vers l'intérieur c'est-à-dire vers les veines, ce qui favorise le retour veineux (schéma 4).

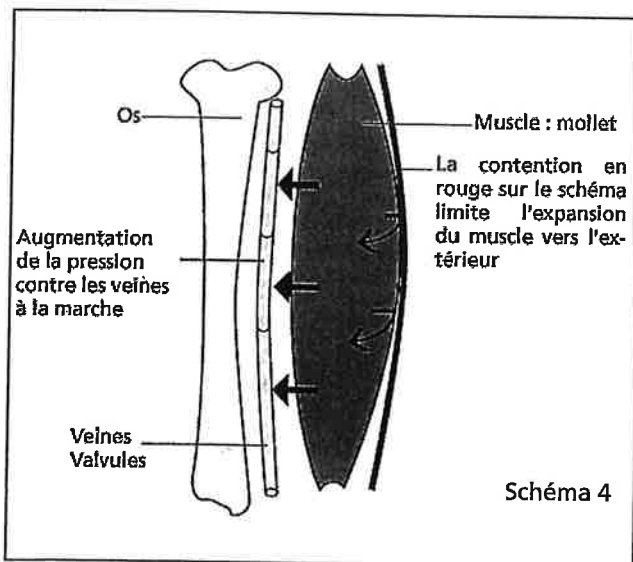
Ainsi, on comprend l'inutilité d'une telle contention en cas de paralysie totale des jambes. Donc, **n'utiliser des bandes ou des bas de contention que si la marche est conservée**. En cas d'utilisation de bandes de contention il faut surtout éviter de les appliquer directement contre la peau ; il faudra interposer un jersey, par exemple, pour éviter la survenue de complications cutanées et notamment allergique.

La prise des mesures des bas de contention doit être rigoureuse car s'il existe exceptionnellement des bas sur mesure, on sera la plupart du temps amené à utiliser parmi les quatre tailles existantes (S, M, L, XL) pour deux longueurs possibles (normale et longue) et la force de compression souhaitée (quatre classes de pression croissante). En général, dans la sclérose en plaques, avec des œdèmes fonctionnels, une force de contention de classe 2 ou 3 est suffisante.

La texture sera choisie en fonction de la température ambiante : le coton étant le plus adapté à toutes les saisons. On préférera toujours les bas de contention aux chaussettes de contention car ces dernières peuvent avoir un effet garrot sous le genou. En l'absence de contention, les jambes surélevées la nuit peuvent améliorer le retour veineux.

Et les médicaments dits "veinotoniques" ? Ils existent soit en prise orale, soit en application locale. Dans le cas de la sep, au début, les veinotoniques oraux peuvent avoir une certaine efficacité et être prescrits en cures thérapeutiques de trois mois. Dans le cas de la sep évoluée sur plusieurs années, voire même plusieurs décennies, ces traitements veinotoniques sont illusoire. Les veinotoniques locaux, s'ils sont prescrits en tant qu'appoint des systèmes de contention, peuvent être au début de la maladie d'une certaine utilité, mais là encore dès que la marche devient impossible, ils s'avèrent inutiles.

III/. Les autres pathologies cutanées fréquemment rencontrées lors de la sep :



<sup>20</sup> Désigne un petit amas de glandes ou de vaisseaux.

<sup>21</sup> Ensemble des symptômes (signes cliniques) qui accompagnent la glomérulonéphrite, ou maladie des reins se caractérisant par une atteinte des glomérules.

<sup>22</sup> Augmentation de la quantité du sel et de l'eau retenue par l'organisme.

<sup>23</sup> Affection due à l'insuffisance ou à la suppression de la sécrétion thyroïdienne.

■ 1. À l'origine, il y a le dérèglement immunitaire. Il entraîne la sclérose en plaques mais aussi d'autres pathologies. Ainsi, nous venons de voir l'association assez fréquente d'une SEP et d'une thyroïdite d'Hashimoto par auto-anticorps anti-TPO (il s'agit d'une insuffisance thyroïdienne) ; a contrario, il peut y avoir une hyperthyroïdie par auto-anticorps anti-récepteur de la TSH : c'est la maladie de Basedow.

Il existe donc, malheureusement, tout un ensemble de maladies auto-immunes qui représentent la 3<sup>ème</sup> cause de morbidité après les affections cardio-vasculaires et les cancers. Elles surviennent souvent chez des sujets jeunes, mais la fréquence des auto-anticorps augmente avec l'âge, et leur présence n'est pas synonyme de maladie et doit, pour être significative, être associée à des signes cliniques. Ce n'est pas l'objet de ce chapitre que d'en faire l'énumération. Certaines d'entre elles sont responsables de pathologies cutanées pouvant être associées à la sclérose en plaques mais elles n'en sont pas la conséquence.

Elles résultent de la présence de leurs propres auto-anticorps. Nous ne ferons que les citer :

- a) Le Pemphigus et la Pemphigoïde bulleuse qui est caractérisée par l'apparition de nombreuses phlyctènes<sup>24</sup> notamment sur les points de pression,
- b) Le Lupus cutané aigu avec son érythème facial en aile de papillon,
- c) La dermatite herpétiforme,
- d) La dermatopolymyosite avec ses manifestations musculaires douloureuses, ses atteintes cutanées très variables, ses troubles ostéo-articulaires, son altération de l'état général et son électromyogramme ainsi que sa biologie si caractéristique.

■ 2. Sans aller jusqu'à la maladie par auto-anticorps, il y a souvent, au cours d'une sclérose en plaques des réactions cutanées d'origine allergique comme de l'eczéma. Elle peut être la conséquence de prises médicamenteuses : souvent les antibiotiques, administrés à l'occasion de nombreux épisodes d'infections récidivantes, sont responsables de ces allergies. Cela ne va pas sans poser des problèmes lors du choix de l'agent anti-infectieux. D'autres médicaments, notamment certains antibiotiques, peuvent être à l'origine d'une photosensibilisation qui est une réaction cutanée excessive lors de l'exposition au soleil.

■ 3. Le dérèglement immunitaire peut s'exprimer par un risque accru d'infections cutanées : souvent, nous rencontrons au décours de la SEP évoluée, des érysipèles ou des dermatites érysipéloïdes. Il s'agit de plaques cutanées rouges et chaudes, avec ou sans bourrelet périphérique, situées sur les membres inférieurs classiquement, mais que nous avons rencontrées sur d'autres parties du corps. Elles mesurent plusieurs dizaines de centimètres et il y a toujours de la fièvre qui peut être importante. Le traitement bien connu fait appel aux antibiotiques à large spectre mais se heurte parfois, non seulement aux récurrences, mais aussi aux allergies médicamenteuses !

■ 4. Enfin, devant un œdème localisé en regard d'un os ou d'une articulation, il faudra rechercher systématiquement la notion de traumatisme passé inaperçu, a fortiori s'il existe des troubles déficitaires de la sensibilité profonde. Il arrive qu'à l'occasion d'un déplacement en fauteuil roulant ou lors d'un transfert, un traumatisme ait lieu. Il peut ne pas s'exprimer sur le mode douloureux immédiatement. La radiographie sera d'un grand recours pour la prise en charge.

#### IV/. Conclusion :

Les œdèmes fonctionnels dominent la scène clinique lors d'une sclérose en plaques évoluée. Le port de bas de contention peut aider à la résolution de ce problème si la marche est conservée. D'autres pathologies liées ou non au désordre immunitaire peuvent survenir sur le plan cutané. Aussi faut-il toujours rechercher une pathologie organique avant d'incriminer un trouble fonctionnel. Il faut aussi penser au traumatisme passé inaperçu.

Notes de bas de pages : encyclopédie [www.vulgaris-medical.com](http://www.vulgaris-medical.com)

<sup>24</sup> Soulèvement épidermique rempli de sérosité (ex. ampoule).