

# Quand la peau résiste : parcours thérapeutique d'un ulcère post-brûlure récalcitrant



A. Zaim, H. Baybay, F. Boukhobza, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc



## Introduction

Les ulcères post-brûlure représentent un défi thérapeutique majeur, en particulier lorsqu'ils deviennent récalcitrants aux traitements conventionnels. Les facteurs influençant la cicatrisation sont multiples et incluent la profondeur de la brûlure, la localisation de la lésion, l'âge du patient, ainsi que la présence de comorbidités sous-jacentes. En particulier, les ulcères localisés sur des zones anatomiques complexes, telles que en regard des articulations ou les tendons, ainsi que la survenue d'infections secondaires, compliquent souvent leur prise en charge. À travers cette observation, nous illustrons les difficultés rencontrées dans la gestion d'un ulcère post-brûlure persistant malgré une approche multimodale intensive.

## Observation

Une femme de 79 ans, suivie pour hypertension artérielle et anémie ferriprive sous traitement, a été victime d'une brûlure du 3<sup>e</sup> degré par eau bouillante il y a trois ans. Cette brûlure a nécessité un parage chirurgical, ce qui a conduit à une ulcération fibrineuse d'environ 12 cm localisée sur le genou et le tiers supérieur de la jambe droite, avec exposition du tendon et de la capsule articulaire. Le traitement initial a consisté en une approche multimodale, incluant la détersion mécanique et chimique de la fibrine, des pansements spéciaux et de la vitaminothérapie. Malgré ces efforts, la cicatrisation a été très lente, avec persistance d'un ulcère d'environ 1 cm qui est resté stable pendant six mois, entouré d'un placard scléro-atrophique. La recherche de facteurs retardant la cicatrisation n'a pas révélé d'anomalies significatives et aucun signe de dégénérescence n'a été noté. En raison de la stagnation de la cicatrisation, la patiente a reçu deux injections de plasma riche en plaquettes, accompagnées de scarification des berges et d'une dizaine de séances de photomodulation par lampe LED avec amélioration partielle et persistance d'une ulcération de 0.5 cm restée stable pendant six mois supplémentaires. Des épisodes récurrents de dermohypodermite ont retardé davantage le processus de cicatrisation. Pour intensifier le traitement, une combinaison de bleu de méthylène, de LED, de laser fractionné Er:YAG et d'injections d'un cocktail thérapeutique (enzymes concentrées, vitamine C, silicone organique et acide hyaluronique) a été administrée au sein de l'ulcération et jusqu'à 5 cm en périphérie de celle-ci. De plus, des séances de traitement à base d'insuline ont été réalisées. Malgré ces interventions, aucune amélioration significative n'a été constatée. Finalement, après préparation optimale de la zone ulcéreuse, une greffe cutanée à 3 fragments a été effectuée, aboutissant à une cicatrisation complète de l'ulcère quatre mois après la procédure.

**Figure : Illustration des différentes étapes de l'approche multimodale adoptée.**

- (a) Ulcération post-brûlure 3<sup>ème</sup> degré, à surface fibrineuse, avec mise à nu du tendon et de la capsule articulaire.
- (b) Persistance d'une ulcération récalcitrante de 0,5 cm.
- (c) Séance de LED pour optimiser la cicatrisation.
- (d) Traitement par laser fractionné Er:YAG.
- (e) Injection d'un cocktail d'enzymes concentrées, vitamine C, acide hyaluronique et de silicone organique.
- (f) Réalisation d'une greffe cutanée après préparation adéquate du lit de la plaie.
- (g) Cicatrisation complète de l'ulcère avec persistance d'une fine croute jaunâtre en surface.



## Discussion

Les ulcères post-brûlure sont des plaies complexes, dont la cicatrisation peut être compromise par divers facteurs tels que la malnutrition, les infections, les troubles vasculaires et certains médicaments. Plusieurs options thérapeutiques ont démontré leur efficacité dans la gestion de ces ulcères en favorisant la régénération tissulaire et la néovascularisation, comme l'application de plasma riche en plaquettes (PRP), la photothérapie LED et l'utilisation de facteurs de croissance. La greffe cutanée, souvent envisagée en dernier recours, permet une couverture rapide de la plaie, réduisant ainsi le risque de surinfection. Cependant, son succès repose sur la préparation adéquate du lit de la plaie, notamment par l'élimination des tissus nécrotiques et l'optimisation de la vascularisation. Cela met en évidence l'importance d'une approche multimodale, combinant des thérapies adjuvantes telles que la détersion mécanique, les pansements spécialisés, le PRP, le laser et la photothérapie LED, afin d'optimiser la cicatrisation et prévenir les complications.

## Conclusion

Ce cas illustre les défis rencontrés dans le traitement des ulcères post-brûlure récalcitrants et souligne l'importance d'adopter une approche thérapeutique personnalisée, multimodale et progressive. Bien que des traitements comme le PRP et la photothérapie LED puissent améliorer la régénération tissulaire, la greffe cutanée reste la solution clé pour assurer la cicatrisation complète des plaies chroniques.