ULCERE DE MARJOLIN
(à propos de cinq cas)

Dr M . ABDERRAHMANI(1), M. SENGOUGA(1) , Dr DJERIDANE (2) , Dr SMAIL DEHLOUK (3
(1) Service de Chirurgie plastique et reconstructrice, (2) Service de Dermatologie, (3) Service d'anatomiopathologie Hôpital Mohamed Seghir Nakache ALGER

Introduction :

L'ulcère de Marjolin désigne la transformation maligne d'une cicatrice instable généralement : une séquelle de brûlure mais aussi de toute autre plaie ou ulcération chronique.
Sur le plan Histologique, le carcinome épidermoide (CE) est le type prédominant avec des particularités.
En effet il est plus agressif et présente un risque accru de récidives et de métastases par rapport au CE non cicatriciel. Quoique rare sa fréquence est le plus souvent sous estimée et son Incidence plus importante en Afrique et dans les pays sous-médicalisés. La dégénérescence apparait après une période de latence très variable allant même jusqu'à 50ans. L'ulcère de Marjolin est une affection grave de par son agressivité et les particularités de sa prise en charge comparativement au carcinome épidermoide classique non cicatriciel
Patients et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 2 années (entre SEPTEMBRE 2017 et septembre 2019) menée au sein de l'unité de chirurgie plastique réparatrice de L'HCA et a porté sur 05 patients ayant présenté un ulcère de Marjolin .

Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies des dossiers des patients.

Numéro	1ère	2ème	3ème	4ème	5ème
Age	74	66	58	68	66
Sexe	H	F	H	F	F
Type de lesion	KPC	brûlure	Brûlure thermique greffée (arme à feu)	Brûlure thermique	Perte de substance post traumatique greffée
Latence	2ans	5ans	3ans	9ans	5ans
Bilan d'extension	Localisation pulmonaire	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Histologie	C. Epidermoide	C. Spinocellulaire	C. Epidermoide	C. Epidermoide	C. Epidermoide

Images 1et2:
Dégénérescence d'un placard cicatriciel ulcéré secondaire à une brûlure remontant à 59 ans chez un patient âgé de 74 ans

Images 3et4:
Dégénérescence d'un placard cicatriciel ulcéré secondaire à une brûlure remontant à 53ans chez une patiente âgée de 66 ans

Images 5,6et7:
Dégénérescence d'un placard cicatriciel ulcéré secondaire à une perte de substance greffée remontant à 53ans chez une patiente âgée de 58ans

Images 8,9et10:
Dégénérescence d'un placard cicatriciel ulcéré secondaire à une brulure remontant à 30ans chez une patiente de 68ans

Images 11,12et13 :
Dégénérescence d'un placard cicatriciel ulcéré d'un kyste pilonidal chronique remontant à 20ans chez un patient âgé de 66ans

Résultats :
Durant cette période, nous avons eu à traiter 05 patients :
•3 femmes et 2 hommes.
• L'âge moyen de nos patients est de 66,4 avec des extrêmes de 58 à 74ans.
•L'intervalle de latence moyen entre la survenue de la lésion et l'installation de la tumeur était de 50 ans, avec une période minimale de 20ans et une maximale de 65 ans.
• La lésion initiale était : une brulure thermique profonde dans trois cas, un kyste pilonidal chronique pour un cas et un cas de perte de substance post traumatique : écrasement de membre.
•Contrairement à quatre d'entre eux seul un patient n'a pas bénéficié à la phase aigüe de soins médicaux adéquats spécialisés.
•Cliniquement : quatre placards cicatriciels ulcérés (Fig. 1, 2, 3,4), alors que le cinquième présentaient une tumeur ulcéro-bourgeonnante (Fig. 5). Pas d'adénopathies palpables au niveau de l'aire de drainage correspondante.
•La localisation: le membre inférieur(3), (1) au niveau du thorax, et (1) au niveau de la région sacrée.
•Tous nos patients ont bénéficié de biopsies préalables, qui s'étaient révélées négatives chez 2 patients.
• L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exerese: quatre cas de carcinome épidermoide et un seul cas de carcinome basocellulaire.
•Le bilan d'extension fait de TDM thoraco-abdominale et échographie des aires ganglionnaires de drainage s'est révélé négatif sauf chez un patient et a montré des métastases pulmonaires.
• La prise en charge thérapeutique a comporté en un premier temps opératoire l'exérèse large de la tumeur, avec une marge de sécurité d'au moins 1 cm, d'un examen anatomo-pathologique de la pièce avec contrôle histologique des marges suivi d'un deuxième temps chirurgical pour la couverture de la perte de substance par greffe de peau mince expansée, après préparation de la zone receveuse.
• L'évolution a été favorable avec prise de greffe dans 4 cas et rejet avec récidive locale et même infiltration osseuse dans un cas.

Conclusion :
La dégénérescence des cicatrices instables est une complication non rare. La transformation insidieuse peut s'observer avec des délais très variables, plus précocement chez le sujet jeune.
Le traitement curatif doit être d'emblée agressif selon une stratégie bien réfléchie nécessaire pour optimiser la guérison et assurer une meilleure survie. Le traitement préventif qui repose sur la couverture cutanée des brûlures aigües profondes, la rééducation et la prise en charge des cicatrices par compression reste la meilleure arme vraiment efficace pour lutter contre cette pathologie redoutable.

Références bibliographique

1. Lefebvre P, Rouge D, Chavoin JP, Costagliola M. Dégénérescence de cicatrices, à propos de quatorze observations. Ann Chir Plast Esthét. 1991;4:330–5.
2. Chilhi A, Bouchta A, Benbrahim A, Bahechar N, Boukind EH. L'ulcère de Marjolin, destinée d'une cicatrice instable : A propos de 54 cas de séquelles de brûlures. Ann Chir Plast Esthét. 2002;47:291–7.
3. Fleming MD, Hunt JL, Purdue GF, Sandstad J. Marjolin's ulcer: A review and reevaluation of a difficult problem. J Burn Care Rehabil. 1999;11:460–9.
4. Xie Er-fan, et al. Burn scar carcinoma: Case reports and review of the literature. Ann Medit Burns Club. 1992;5:102.
5. Schmidt I, Friedel R, Schmitz H, Marx F, Markopf E. The Marjolin's ulcer: A malignant and rarely complication after burn trauma of the upper extremity: A case report. Unfallchirug. 2000;103:68–72.
6. Bauer T, David T, Rritareix F, Lortat-Jacob A. Marjolin's ulcer in chronic osteomyelitis: Seven cases and a review of the literature. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 2007;93:63–71.
7. Eastman AL, Erdman WA, Lindberg GM, Hunt JL, Purdue GF, Fleming JB. Sentinel lymph node biopsy identifies occult nodal metastases in patients with Marjolin's ulcer. J Burn Care Rehabil. 2004;25:241–5.
8. Voisard JJ, Lazareth I, Riviera E, Proflet P. Leg ulcers and cancer: 6 case reports. J Mal Vasc. 2001;26:85–91.