



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Les cicatrices chéloïdes (deuxième partie) : arsenal et stratégie thérapeutique

Keloid scars (part II): Treatment and prevention

C. Jaloux^a, B. Bertrand^a, N. Degardin^a, D. Casanova^a,
N. Kerfant^b, C. Philandrianos^{a,*}

^a Service de chirurgie plastique et réparatrice, centre hospitalo-universitaire de Marseille, hôpital Nord, AP-HM, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France

^b Service de chirurgie plastique et réparatrice, hôpital La-Cavale-Blanche, centre hospitalo-universitaire de Brest, boulevard Tanguy-Prigent, 29200 Brest, France

Reçu le 22 juin 2015 ; accepté le 10 avril 2016

MOTS CLÉS

Cicatrice ;
Chéloïde ;
Corticothérapie ;
Compression ;
Pressothérapie ;
Silicone ;
5FU ;
Cryothérapie ;
Exérèse
intracicatricielle

KEYWORDS

Scar;
Keloid;

Résumé La cicatrice chéloïde est une pathologie de la cicatrisation cutanée responsable d'une gêne fonctionnelle et esthétique importante. Sa particularité est de récidiver en cas d'exérèse chirurgicale. L'arsenal thérapeutique comprend de nombreux traitements médicaux et chirurgicaux dont certains sont toujours à l'étude, mais il n'y a toujours pas de traitement idéal. Ainsi, le traitement des cicatrices chéloïdes nécessite l'association de plusieurs mesures thérapeutiques et une surveillance à long terme afin de déceler une éventuelle récurrence. La prise en charge dépend de la taille de la cicatrice, de sa localisation et de son caractère plutôt inflammatoire ou plutôt fibreux. Dans cette deuxième partie, nous énumérons les traitements les plus utilisés et proposons une stratégie de prise en charge.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Keloids scars are a dysregulated response to cutaneous wound healing and can be associated with substantial physical and psychological distress. Unfortunately, they occur when surgical excision is performed. While the pathogenesis of keloids continues to be investigated, numerous treatment options exist. But there is still no ideal treatment. Their management needs

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cecphil@gmail.com (C. Philandrianos).

Corticotherapy;
Silicon;
Pressotherapy;
Cryotherapy;
5FU

association of treatment and long-term follow-up to observe and manage recurrence. In this second part, we propose a strategy for management of keloids scars.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les cicatrices chéloïdes sont des cicatrices pathologiques liées à un emballement d'une des phases de la cicatrisation cutanée. Lors du processus de cicatrisation, la prolifération anormale de tissu fibreux dans le derme entraîne ainsi l'apparition d'une cicatrice d'allure tumorale, de surface plus importante que celle de la plaie initiale, responsables d'une importante gêne esthétique et fonctionnelle [1].

La difficulté de différencier à un stade précoce une cicatrice chéloïde d'une cicatrice hypertrophique ne facilite pas le choix thérapeutique. Le traitement des chéloïdes s'impose devant l'existence de signes fonctionnels invalidants, de gêne mécanique et devant l'aspect inesthétique. Les difficultés thérapeutiques, en particulier, les récurrences quasi-constantes en cas d'exérèse chirurgicale seule, expliquent la multitude des méthodes utilisées d'efficacité variable. L'arsenal thérapeutique actuel comprend des traitements non agressifs comme la pressothérapie, des traitements médicaux (injections de substances thérapeutiques au sein de la cicatrice), la chirurgie, la cryothérapie, la radiothérapie et les traitements par lasers. Il est ainsi parfois nécessaire d'avoir recours à une prise en charge pluridisciplinaire. La recherche sur le sujet étant très active, de nouveaux traitements sont en cours d'étude comme les injections d'interleukines-10 et la toxine botulique type A [2]. Dans tous les cas, les procédures s'étalent sur de longues périodes et la guérison ne peut être appréciée qu'après plusieurs mois. La cicatrice est considérée guérie lorsque la région anatomique est à nouveau fonctionnelle, asymptomatique, qu'elle est esthétiquement acceptable et qu'il n'y a pas de récurrence après 2 ans. Les données de la littérature ne laissent souvent pas espérer plus de 80 % de bons résultats avec les thérapeutiques les plus efficaces [3]. Il n'y a donc pas de traitement idéal des cicatrices chéloïdes [4].

Les aspects cliniques, histologiques et physiopathologiques des cicatrices chéloïdes ayant déjà été exposés dans une première partie [5], nous présentons dans cette deuxième partie les différentes possibilités thérapeutiques et les stratégies de prise en charge en fonction du type de chéloïde.

L'arsenal thérapeutique des cicatrices chéloïdes

La pressothérapie

Décrite pour la première fois en 1924 par Blair [6], la compression est utilisée pour le traitement des cicatrices chéloïdes depuis les années 1970 [7]. C'est également le traitement principal des cicatrices hypertrophiques, surtout après brûlures, et c'est une composante essentielle du traitement des cicatrices chéloïdes [8].

Cependant, le mécanisme d'action de la compression est mal connu. L'excès de tension sur une cicatrice étant une cause de production de collagène, l'efficacité serait en partie liée à la modification des tensions dans la cicatrice par la compression. Aussi, l'ischémie induite par la compression entraîne une dégradation du collagène et modifie l'activité des fibroblastes. Elle est d'autant plus efficace que la cicatrice chéloïde est jeune et/ou en phase inflammatoire.

L'efficacité étant directement liée à la durée de compression, il est recommandé que la pression soit maintenue entre 24 et 30 mmHg pendant au minimum 12 h/j. Elle se fait par le port de vêtements compressifs spécifiques (Medical Z[®], Cerederm[®]), fabriqués sur mesure (et non remboursés par la sécurité sociale) ou par le port d'attelles (par exemple des clips pour les lobules d'oreille). Cependant, il est parfois difficile de comprimer certaines cicatrices en raison de leur localisation. Pour être efficace, elle doit être maintenue pendant plusieurs mois, la compliance est donc indispensable.

La pressothérapie est rarement utilisée seule, elle est souvent associée à une corticothérapie et/ou une résection chirurgicale et à l'application de gel de silicone (Fig. 1). En effet, le vêtement compressif facilite la bonne tenue de la plaque siliconée. Selon certains auteurs, l'absence de récurrence après résection et compression serait supérieure à 80 % [9–11].

Les injections de corticoïdes intralésionnelles

Les corticoïdes possèdent une action anti-inflammatoire et antifibrosante, mais leur action est d'autant plus efficace qu'ils sont utilisés pour traiter une chéloïde jeune et/ou en phase inflammatoire. Dans ce cas, ils permettent une diminution nette des douleurs et des démangeaisons et une diminution de l'épaisseur de la cicatrice. La corticothérapie représente pour beaucoup d'équipes la première ligne de traitement, en association avec la compression (Fig. 2).

Les mécanismes d'action sont les suivants :

- diminution du taux d'inhibiteur des protéinases (collagénase), ceci entraîne une dégradation du collagène [12] ;
- modification des récepteurs des glucocorticoïdes des fibroblastes, ceci induit des modifications de structure du collagène, ce qui change l'organisation caractéristique en amas de collagène hyalins [1].

Le produit généralement utilisé est l'acétonide triamcinolone (Kenacort retard[®] 40 mg ou 80 mg) à des doses qui dépendent de la surface à traiter et de l'âge du patient. Le produit est surtout utilisé pur et peut être dilué si la surface est trop grande. L'injection se fait strictement en intrachéloïdien avec une seringue vissée et une aiguille plus ou moins fine en fonction de la dureté de la cicatrice ou à l'aide d'un dispositif à air comprimé (Dermojet[®]). La dose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644569>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644569>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)