

Traitement médical des cicatrices hypertrophiques et chéloïdiennes (corticothérapie, compression)

Dr Jean-Claude LECLERC

Dermatologue (Colombes). Ancien attaché à l'hôpital Saint-Louis (Paris)

2006 b

Ce chapitre ne traite que de la corticothérapie et de la compression. Les autres méthodes médicales, et en particulier d'autres produits injectables, sont jugées parfois efficaces mais ceci est critiquable :

- car il semble que l'on confonde parfois cicatrices hypertrophiques et cicatrices chéloïdes,
- car les autres produits injectés le sont souvent en association avec les corticoïdes,
- car la durée de suivi est souvent très insuffisante,
- car ces produits sont injectés hors AMM.

RAPPEL SCHÉMATIQUE SUR LES CICATRICES EN RELIEF

Cicatrices hypertrophiques

- Leurs bords sont parallèles
- Leur début est assez précoce (souvent 1,5 mois après la blessure ou l'intervention)
- Leur évolution se fait vers la régression spontanée en 2 ans environ.



Cicatrice hypertrophique de la région du sternum

Cicatrices chéloïdiennes

- Semblent être génétiquement déterminées.
- Touchent plus volontiers les peaux pigmentées

- Sont particulièrement cantonnées aux zones préthoraciques (et particulièrement en présternal), et aux angles des mâchoires inférieures et régions adjacentes (bas de joue, haut du cou, et oreilles : donc attention aux piercings!). D'autres zones sont souvent atteintes : moignon de l'épaule, région rétroscapulaire, nuque chevelue et pubis. Elles sont très rares dans la zone appendiculaire, exceptionnelles aux paumes des mains, aux plantes des pieds et au pénis. A ma connaissance il n'en existe pas sur les paupières supérieures.
- Sont favorisées par les zones de tension et de bride
- Sont favorisées par l'exposition aux U.V. D'où protection solaire par vêtements ou par crèmes écran d'indice maximum appliquées toutes les deux heures.

Contrairement aux cicatrices hypertrophiques :

1. Les bords ne sont pas parallèles.
2. Le début est classiquement plus tardif (2 à 3 mois et parfois un ou deux ans). L'appellation de chéloïdes « spontanées » semble s'expliquer par le début très retardé par rapport à un traumatisme parfois mineur (piqûre d'insecte, petite excoriation minime, acné).
3. Leur tendance à l'aggravation est absolument caractéristique avec augmentation d'épaisseur et progression par le pourtour, avec augmentation de surface par un bourrelet périphérique ou par des extensions de type pseudopodes avec des contours en pince de crabe. Cette tendance à l'augmentation est annoncée par une couleur rouge violacée chez les caucasiens, une dureté croissante, un prurit ou des douleurs intermittentes.
4. Elles ont tendance à la récurrence après traitement, parfois de façon désespérante, ceci surtout en présternal ou dans la zone de l'angle de la mâchoire inférieure.

Exemples de cicatrices chéloïdes







Pièges

HYPERTROPHIQUE DEVENANT CHELOÏDE :

- Perte de parallélisme des bords
- Zone devenant inflammatoire
- Zone ne régressant pas alors que le reste s'efface



PSEUDO-CHELOÏDE

- Peut-être une entité nouvelle ?
- Il semble exister des cas de cicatrices d'allure chéloïdienne mais pas évolutives qui donc ne contre-indiquent pas la chirurgie :





DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Certaines tumeurs : particulièrement le DERMATOFIBROSARCOME de DARIER ET FERRAND dont le traitement est une chirurgie d'exérèse très large.
- Donc : NE PAS HESITER A BIOPSIER AU MOINDRE DOUTE.



CORTICOTHÉRAPIE

Contre-indications

Les contre-indications loco-régionales aux corticoïdes sont essentiellement temporaires :

- Infection herpétique
- Infection bactérienne
- Candidose (les dermatophytes ne sont pas aggravés par les corticoïdes)

Dermocorticoïdes (crèmes, pommades)

En Choisir « le Grade » en fonction de la zone à traiter :

- Pour le visage : faible, type Désonide (TRIDESONIT® crème), pour éviter les effets secondaires et la dépendance (acné, dermite péri-orale, aggravation d'une rosacée, pilosité, télangiectasies)
- Pour le reste du corps : Les plus puissants : propionate de clobétasol (DERMOVAL® crème), dipropionate de betaméthasone (DIPROLENE® pommade car la forme crème semble moins efficace).

Utilisation :

- En massage : appuyé, sans déborder autour (essuyer et laver après)
- Sous pansement occlusif : TEGADERM® ou OPSITE® (cela augmente l'activité du produit). Bien prévenir le patient car les notices disent d'éviter l'application sous occlusif – qui majore le passage systémique et l'effet atrophiant

Effets secondaires :

- vergetures (surtout chez adolescents, surtout aux racines des membres)
- Passage systémique qui est négligeable si la technique est respectée.
- vasoconstriction péri-lésionnelle temporaire (à la base de la classification internationale : plus c'est vasoconstricteur, plus c'est fort) .
- dépigmentation temporaire.

Indications :

- Sur les cicatrices hypertrophiques qui démangent.
- En renfort des infiltrations de corticoïdes retard pour atrophier les cicatrices chéloïdes, et pour calmer le prurit car celui-ci est source d'excoriations qui majorent les chéloïdes.

Infiltrations de corticoïdes : sous forme "retard" exclusivement

Ces infiltrations représentent le traitement classique et sont, avec la compression, un des piliers du traitement médical.

Les produits :

- KENACORT RETARD® (Triamcinolone acétonide) c'est le meilleur
- DEPO-MEDROL® (Méthylprednisolone) moins efficace. A utiliser en cas d'allergie au Kénacort retard (rare mais authentique).

Les concentrations sont pour ces deux médicaments les mêmes : 40 mg/ml. L'efficacité des ampoules de 40 mg ou de 80 mg est identique : les ampoules de 40 mg contiennent 1 cm³ et l'ampoule de 80 mg 2 cm³.



L'injection peut être faite à la seringue avec une aiguille fine : les seringues avec un embout vissant sont les plus adaptées étant donnée la puissance qu'il faut développer pour injecter dans ces cicatrices dures. L'indication de l'injection à la seringue est représentée par les chéloïdes très petites, ou peu épaisses où le dermojet® ferait des dégâts (produit sortant en partie de la cicatrice).

L'injection doit toujours être très superficielle, tangentielle, avec le biseau de l'aiguille juste enfoui et tourné ver l'extérieur. Ainsi (liquides blancs) cela permet de contrôler exactement ce que l'on fait.

La plupart du temps les injections doivent être faites avec un DERMOJET® (<http://www.chez.com/dermojet/>) qui est une seringue à air comprimé, sans aiguille. Le jet particulièrement rapide et sous forte pression pénètre la peau : selon le constructeur entre 4 et 6 mm de profondeur.

Le choix existe entre :

- Le standard ancien
- Le standard récent, qui doit être stérilisé à chaque fois, comme le précédent.
- « le dermojet® polymédical » à embouts interchangeable qui autorise selon le constructeur de passer d'un patient à l'autre en changeant seulement l'embout.



Standard ancien



Standard récent



"dermojet polymédical" à embouts interchangeables



Le standard ancien était très solide grâce à un réservoir en plastique très épais et incassable mais le réservoir et la collerette terminale n'étaient pas autoclavables et exigeaient la très longue et fastidieuse stérilisation type endoscope. Il faut donc l'abandonner au profit des deux autres.

Le standard récent a un réservoir plus fragile, à installer parfaitement dans l'axe et qui casse parfois sous la pression. Mais il est autoclavable et à collerette métallique. Il faut donc avoir en réserve des réservoirs en grande quantité.

Le modèle à embouts interchangeables peut être utilisé pour plusieurs patients en ne changeant que la partie terminale. L'ajustage et la construction sont plus sophistiqués que le modèle standard et les embouts se bouchent souvent dans mon expérience. Le réservoir et les collerettes terminales sont autoclavables

COMMENT UTILISER LE DERMOJET®

- le remplir avec une seringue : le réservoir contient 4 cm³ ce qui correspond à deux ampoules de Kénacort retard® 80 ou deux ampoules de Depo-medrol® 80.
- L'amorcer en introduisant plusieurs fois de suite le réservoir plein dans le corps du dermojet® sinon il fait un bruit sec et n'injecte pas.
- L'utiliser toujours plein pour avoir une puissance maximum ce qui est bien utile dans les grandes chéloïdes très dures, surtout en début de traitement.
- A « bout touchant » le patient (injection plus profonde), ou ne touchant pas pour une injection plus superficielle (lors de la « finition »).
- Ne pas dépasser 4 cm³ par patient (étant entendu que beaucoup de produit ne pénètre pas, ou ressort par les points d'injection adjacents, ou ricoche – (le port de lunettes protège le soignant). Ceci permet de ne pas surdoser le patient.
- Utiliser parfois un anesthésique chez les gens pusillanimes ou sur zone très douloureuse : moitié produit, moitié xylocaïne® 1%, ou ¾ produit et ¼ de xylocaïne®, ou après application de crème EMLA® que je fais appliquer 4 heures avant (malgré la notice) en débordant bien la chéloïde, sous pansement occlusif (TEGADERM®, OPSITE® ou ... film alimentaire pour micro-ondes). En cas d'adjonction de xylocaïne® il faut impérativement rincer le Dermojet® à l'Alcool à 70° pour éviter la formation de dépôts brunâtres qui finissent par obstruer l'injecteur.
- L'injection doit être faite jusqu'à ce que la cicatrice soit blanche (= remplie de liquide) et strictement intracicatricielle (difficile et demande de l'expérience) sinon il risque d'y avoir atrophie de l'hypoderme autour et en dessous.
- Le rythme des injections :
 - Si l'injection est faite après chirurgie d'exérèse (le plus recommandable est souvent l'exérèse intra-cicatricielle) la première séance d'infiltration sera faite cinq semaines après l'ace chirurgical pour éviter la désunion des berges.
 - Toutes les trois à quatre semaines, ceci étant déduit de la durée d'activité des produits et de l'évolution des signes : le prurit est le premier à disparaître. La cicatrice devient plus molle (donc plus facile à infiltrer au fur et à mesure) et plus plate. On espacera ensuite en surveillant de très près la réapparition du prurit.
 - Les infiltrations doivent être poursuivies jusqu'à amélioration complète.

EFFETS SECONDAIRES :

- Atrophie autour de la cicatrice si l'injection n'est pas strictement intra-cicatricielle
- douleurs
- infection
- hématome
- télangiectasies sur zone injectées et adjacentes : Prévenir les patients que c'est quasi obligatoire au bout d'un certain nombre de séances et que cela disparaît toujours.
- décoloration de la zone injectée ou adjacente ou le long des veines adjacentes, surtout sur peau foncée évidemment. Dans mon expérience d'environ 25 ans, cette décoloration disparaît

toujours. Parfois, très rarement, la décoloration dure pendant plusieurs mois (résorption tardive).

- Passage systémique : négligeable si la technique est impeccable.
- Vergetures (surtout chez les adolescents, surtout racine des membres) : correspond, a priori, à une mauvaise technique (injection extra-cicatricielle)
- Echec : persistance de la cicatrice.

INDICATIONS DES INFILTRATIONS DE CORTICOIDES RETARD

1. « coup de pouce » pour HYPERTROPHIQUES longues à disparaître ou en zone visible (décolleté, visage)
2. Chéloïdes : infiltrations seules ou après chirurgie de réduction.

COMPRESSION

La compression continue est un des piliers du traitement médical. Une pression de 30 mm de mercure semble suffire. La pertinence de ce moyen thérapeutique est démontrée par l'absence ou la disparition des chéloïdes sous une bretelle de soutien gorge ou sous l'élastique du slip ou du collant, alors que persistent les bourrelets chéloïdiens à côté.



Clips

Pour les percements d'oreille (qu'il faudrait abandonner à mon avis) le port de « clips » (boucles d'oreilles qui pincent). A utiliser en renfort des infiltrations, quand le volume de la chéloïde est devenu petit ou en prévention de récives.

Vêtements compressifs médicaux

Commandés "sur mesure", et "par deux" (pour avoir un change lors du lavage)

Le remboursement varie selon les cas : prise en charge en cas de séquelles de brûlure. En cas de chéloïde post-traumatique ou « spontanée » si la sécurité sociale refuse la prise en charge, il faut faire une « demande de prestation extra légale » (voir modèle plus loin) auprès du médecin conseil de CPAM.

Plusieurs firmes proposent ces vêtements compressifs sur mesure (l'essayage est réalisé par les professionnels responsables de ces firmes)

- MEDICAL Z® (<http://www.medicalz.com>)
- JOBSKIN® (anciennement Jobst®, repris par Smith & Nephew® <http://wound.smith-nephew.com/fr/node.asp?NodeId=2746>). Des pressions différentes sont proposées par ce laboratoire.

Vêtements compressifs non médicaux

Dans les magasins de sport :

- Soutien-gorge de sport.
- Slip à élastique large
- Bracelet de « tennisman »
- Coudière
- Genouillère
- Bandeau type « cache-oreilles »

CONCLUSION

1. Il est impératif d'avoir en très grande quantité : enthousiasme, persévérance de la part du soignant et du soigné (pendant plusieurs années parfois), humilité, matériel d'injection car la maintenance est chère et la durée de réparation souvent longue.
2. Il faut souvent panacher les traitements (infiltrations, chirurgie, compression, douches filiformes)

(Modèle)
DEMANDE DE PRESTATION EXTRA-LÉGALE

Cher Confrère,

L'état du patient..... N° SS

nécessite le port de(s) vêtement(s) compressif(s) suivant(s) :

.....

Ces orthèses compressives ne sont pas inscrites sur la LPPR mais sont indispensables au bon rétablissement du patient et éviteront de futures et onéreuses interventions.

En espérant que vous voudrez bien prendre ma demande en considération, je vous prie d'agréer,

Cher Confrère, mes respectueuses salutations,

(Signature du prescripteur)

PJ : un devis des orthèses.