

LA CICATRICE CHÉLOÏDE ÉTENDUE DE LA TÊTE ET DU COU : DÉFIS ET CONTRAINTES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL EN AFRIQUE.

HEAD AND NECK EXTENSIVE KELOID : CHALLENGES AND CONSTRAINTS OF THE SURGICAL TREATMENT IN AFRICA.

BEOGO R.¹, SANON B.G.², ELOLA A.³, OUOBA K.⁴

1- Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2- Service de Chirurgie Générale CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

3- Service d'ORL et de Chirurgie Cervico Faciale CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

4- Service d'ORL et de Chirurgie Cervico Faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance : Docteur BEOGO Rasmané,

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale, CHU Sanou Souro, 01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso, Tél. (00226) 70 00 19 20, Fax (00226) 20 97 26 93, Email : rbeogo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La cicatrice chéloïde étendue de la tête et du cou peut indiquer un traitement chirurgical en raison de son caractère invalidant. A travers un cas clinique, ce travail discute les défis de la prévention des récurrences, de la réparation de la perte de substance après l'exérèse de la cicatrice et les risques de développement d'autres cicatrices chéloïdes, dans des conditions de ressources limitées et de difficultés de suivi des malades.

En Afrique, le traitement chirurgical de la cicatrice chéloïde étendue de la tête ne devrait se concevoir que quand le traitement symptomatique n'est plus possible et chez un patient bien informé des risques de ce traitement.

MOTS CLÉS : CICATRICE CHÉLOÏDE ÉTENDUE - TRAITEMENT - TÊTE ET COU - AFRIQUE

ABSTRACT

Head and neck extensive keloid may indicate a surgical treatment given its disability. Through a clinical case, this paper discusses the challenges of the recurrences prevention, the wound repair after the keloid excision, and the risks of occurrence of other keloid scars, in the setting of lacking resources and post operative follow up.

In Africa, surgical treatment of head and neck extensive keloid should be advocated only after the failure of the symptomatic treatment and a wide counselling with the patient on the risks of this treatment.

KEY WORDS: EXTENSIVE KELOID SCAR - TREATMENT - HEAD AND NECK - AFRICA

INTRODUCTION

La cicatrice chéloïde est une lésion proliférative bénigne de collagène qui fait généralement suite à une agression, même parfois minime, du derme [8]. Elle est fréquente dans la race noire et la région de la tête et du cou est une de ses localisations de prédilection [10,16]. La cicatrice chéloïde étendue de la tête et du cou est source de préjudice esthétique, peut être à l'origine de douleur, de prurit ainsi que d'une gêne des mouvements. En outre, elle peut être le foyer d'infections récurrentes favorisées par des lésions de grattage et une mauvaise hygiène corporelle. En raison de son caractère invalidant, la cicatrice chéloïde étendue de la tête et du cou peut indiquer une exérèse chirurgicale.

L'objectif de cet article est de rappeler, à travers un cas clinique, certains des défis et des difficultés particuliers du traitement chirurgical de la cicatrice chéloïde étendue de la tête et du cou, dans des conditions de ressources limitées.

OBSERVATION

Monsieur B.B., 44 ans, a consulté pour une volumineuse masse chéloïdienne de la face et du cou. Cette masse serait apparue plus d'une dizaine d'années auparavant, au décours d'une folliculite de la barbe. Elle était le siège d'une suppuration chronique et d'une mauvaise odeur, source d'une marginalisation sociale du patient. L'examen physique montrait un bon état général, une volumineuse masse cicatricielle étendue d'une région massétérine à l'autre et du menton à la région cervicale à hauteur de l'os hyoïde (Fig. 1).



Figure 1 : Patient avec une volumineuse cicatrice chéloïde de la tête et du cou

Cette masse cicatricielle était ponctuée de multiples pertuis qui laissaient sourdre un pus très malodorant et apparaître des poils de la barbe. La masse était de consistance cuirassée et empêchait les mouvements du cou. Ailleurs, l'examen notait de nombreuses autres cicatrices chéloïdes de moindre volume, à la région pré sternale et à l'épaule gauche ainsi que des cicatrices ethniques normales.

Des collègues nationaux et internationaux consultés sur la prise en charge optimale du patient étaient favorables pour une exérèse chirurgicale de la cicatrice chéloïde et une corticothérapie adjuvante.

Après des soins locaux au Dakin® et une antibiothérapie à l'amoxicilline+acide clavulanique, un tarissement apparent de la suppuration était obtenu.

Une information éclairée fut donnée au malade et à son entourage sur les risques d'une chirurgie, en l'occurrence, la récurrence d'une cicatrice plus volumineuse. Avec leur accord, une exérèse totale de la masse cicatricielle a été pratiquée, sous anesthésie générale. Un saignement per opératoire diffus et important a justifié une transfusion de concentré érythrocytaire. L'intervention a mis en évidence la persistance d'une suppuration intra cicatricielle. Après une bonne détersion de la plaie grâce à des soins locaux et à une antibiothérapie à l'amoxicilline+acide clavulanique, toute la perte de substance a été réparée par une greffe de peau semi épaisse.

Plusieurs greffons de peau ont été nécessaires, prélevés à la face externe de la cuisse et de la jambe. La prise de la greffe a été totale et la cicatrization obtenue en une vingtaine de jours.

Le patient a été irrégulièrement suivi à sa sortie de l'hôpital et a bénéficié de deux séances d'injection intra-cicatricielle d'acétate de triamcinolone (10mg/ml). La première injection, de 10ml, a été pratiquée 15 semaines après l'exérèse chéloïdienne, sur une récurrence de cicatrice (Fig.2). Elle a été suivie d'une autre injection de 6 ml 13 semaines plus tard, sur une cicatrice moins inflammatoire.

Des cicatrices chéloïdes étaient notées sur les sites de prélèvement des greffons (Fig. 3).

Après la deuxième séance de corticothérapie, le malade a été à nouveau perdu de vue.



Figure 2 : Récidive de la cicatrice chéloïde 15 semaines après une exérèse chirurgicale, une greffe de peau et une corticothérapie adjuvante



Figure 3 : Cicatrices chéloïdes de la jambe développées 15 semaines après un prélèvement de greffons de peau

DISCUSSION

La cicatrice chéloïde étendue est souvent invalidante et peut être source de rejet social comme chez le patient de notre étude, indiquant son exérèse chirurgicale. La prévention de la récurrence de la chéloïde, la réparation d'une perte de substance qui ne peut être suturée sans tension, chez un sujet à risque de chéloïde, sont parmi les plus grands défis de ce traitement.

En Afrique, ces défis se posent dans des conditions de ressources limitées et de suivi difficile des malades. L'exérèse chirurgicale est à l'origine de récurrence de la chéloïde chez 45 à 100% des patients quand elle est pratiquée seule [3].

A ce jour, une myriade de thérapeutiques adjuvantes sont recommandées pour éviter ces récurrences. Cependant, certaines sont non disponibles dans les pays en développement et aucune d'elles n'est efficace à 100 pour 100. La corticothérapie, couramment utilisée en Afrique sub saharienne en raison de sa plus grande accessibilité, est rapportée efficace dans la prévention des récurrences post chirurgicales des chéloïdes de petite taille par Donkor [5]. Cependant, à notre connaissance, aucune étude avec un recul suffisant, ne rapporte son succès dans le traitement des chéloïdes étendues. Le silicone exige pour être efficace, une compliance du patient [8] qui n'est pas garantie dans notre contexte socio-économique d'exercice. L'interféron, la bléomycine, le 5-fluorouracil et le vérapamil, rapportés efficaces [2,4,12], sont des thérapeutiques expérimentales et non disponibles en Afrique. La radiothérapie et en particulier, l'irradiation interstitielle par l'Iridium 192 à haute dose qui est la thérapeutique la plus efficace à l'heure actuelle avec un taux de récurrence de 3% rapporté par Veen [17] est d'accessibilité limitée en Afrique et son indication dans le traitement de la chéloïde est controversée en raison de ses risques cancérogènes.

Parmi les méthodes de réparation d'une perte de substance non suturable, après l'exérèse de la cicatrice chéloïde, sont rapportées, la cicatrization en seconde intention [15], le lambeau local [4], la greffe d'épiderme du tissu chéloïdien [1], la greffe de culture de cellules épithéliales [7] ou la greffe de peau [4]. Le lambeau local peut s'avérer insuffisant pour réparer une perte de substance étendue et est source de cicatrices supplémentaires. La greffe d'épiderme du tissu chéloïdien n'est pas réalisable sur une perte de substance étendue et son succès est limité [7]. La cicatrization en seconde intention est longue et source de récurrence de la chéloïde [7]. L'auto-greffe de culture de cellules épithéliales a été utilisée avec succès par Hass dans la réparation d'une perte de substance après l'exérèse d'une chéloïde étendue [7]. Cependant, elle n'est pas indiquée en routine en raison de la technologie de pointe qu'elle requiert et de son coût. La greffe de peau autologue est la méthode plus couramment recommandée pour la réparation des pertes de substance cutanées étendues. Le prélèvement des greffons de peau induit un traumatisme cutané comme celui à l'origine de la chéloïde étendue. Ainsi, sur les sites donneurs habituels des greffons qui sont les membres supérieurs, les membres inférieurs et le dos en raison de leurs surfaces plus larges et de leur accessibilité plus aisée, peuvent se former ainsi des cicatrices hypertrophiques ou des chéloïdes à

l'instar de ce qui est observé chez notre patient. Ce risque est d'autant plus grand que le traumatisme du derme est profond et que le sujet a une prédisposition personnelle ou familiale de chéloïde^[6, 11, 14], comme dans la race noire. Selon Mimoun, le scalp est un site donneur de greffons de peau associé à une faible morbidité et de cicatrice chéloïde en particulier^[11]. Certains des désavantages de ce site sont sa surface limitée et les risques d'alopécie^[11].

En Afrique, les difficultés de suivi à long terme des patients comme il a été observé avec notre patient, sont bien connues. Elles affectent la qualité du traitement adjuvant sans lequel la récurrence de la cicatrice chéloïde est certaine.

CONCLUSION

En Afrique, le traitement chirurgical de la cicatrice chéloïde étendue de la tête est associé à de nombreux défis et contraintes. Quoiqu'il puisse être temporairement bénéfique, ce traitement ne devrait se concevoir que quand le traitement symptomatique n'est plus possible et chez un patient bien informé des risques de cicatrices chéloïdes plus nombreuses.

REFERENCES

- 1 APFELBERG DB, MASER MR, LASH H. The use of epidermis over a keloid as an autograft after resection of the keloid. *J Dermatol Surg Oncol*: 2,409-411,1976.
- 2 BERMAN B, FLORES F. Recurrence rates of excised keloids treated with postoperative triamcinolone acetonide injections or interferon alfa-2b injections. *J Am Acad Dermatol*:37,755-757,1997.
- 3 BERMAN B, FLORES F. The treatment of hypertrophic scars and keloids. *Eur J Dermatol*: 8(8),591-596,1998.
- 4 COPCU E, SIVRIOGLU N, OZTAN Y. Combination of Surgery and Intralesional Verapamil Injection in the Treatment of the Keloid. *J Burn Care Rehabil*:25,1-7,2004.
- 5 DONKOR P. Head and Neck Keloid: Treatment by Core Excision and Delayed Intralesional Injection of Steroid. *J Oral Maxillofac Surg*:65,1292-1296,2007.
- 6 DUNKIN CS, PLEAT JM, GILLESPIE PH, TYLER MP, ROBERTS AH, MCGROUTHER DAA. Scarring occurs at a critical depth of skin injury: precise measurement in a graduated dermal scratch in human volunteers. *Plast Reconstr Surg*:119(6),1722-1732,2007.
- 7 HAAS AF, REILLY DA. Cultured Epithelial Autografts in the Treatment of Extensive Recalcitrant Keloids. *Arch Dermatol*:34,549-552,1998.
- 8 KELLY AP. Medical and surgical therapies for keloids. *Dermatol Ther*:17,212-218,2004.
- 9 KIM DY, KIM ES, EO SR, KIM KS, LEE SY, CHO BH. A Surgical Approach for Earlobe Keloid: Keloid Fillet Flap. *Plast. Reconstr. Surg*:113,1668-1674,2004.
- 10 KOMBATÉ K, PITCHÉ P AND TCHANGAÏ-WALLA K. Keloids in dermatology outpatients in Lomé, Togo. *Int J Dermatol*:44(1),51-52,2005.
- 11 MIMOUN M, CHAOUAT M, PICOVSKI D, SERROUSSI D, SMARRITO S. The scalp is an advantageous donor site for thin-skin grafts: a report on 945 harvested samples. *Plast Reconstr Surg*:118(2),369-373,2006.
- 12 MUSTOE TA, COOTER RD, GOLD MH, HOBBS R, RAMELET AA, ET AL. International clinical recommendations on scar management. *Plast. Reconstr. Surg*:110 (2),560-571,2002.
- 13 NIANG SO, SANKALÉ AA, FALL E, DIALLO M, DIENG TM, ET AL. La place de la chirurgie dans la prise en charge de chéloïdes à Dakar. *Med Afr Noire*:56 (4),224-226,2009.
- 14 SOEJIMA K, NOZAKI M, SASAKI K, TAKEUCHI M, NEGISHI N. Reconstruction of burn deformity using artificial dermis combined with thin split-skin grafting. *Burns*:23(6),501-504,1997.
- 15 STUCKER FJ, SHAW GY. An approach to management of keloids. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*:118,63-67,1992.
- 16 TRAORE SS, BONKOUNGOU G, KIRAKOYA B, TRAORE A, ZIDA1 M, SANOU A- Les chéloïdes. À propos de 52 cas traités à Ouagadougou. *Ann Chir*:125,803-805,2000.
- 17 VEEN RE, KAL HB- Postoperative high-dose-rate brachytherapy in the prevention of keloids. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*:69(4),1205-1208,2007.