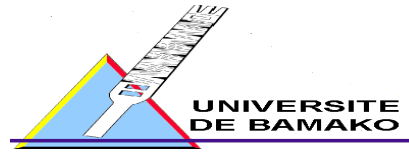


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013

N°.....

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET
CLINIQUE DE LA CHELOÏDE DANS LE
SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU
GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le..../..../....2013

Devant la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

Par Monsieur Traoré Louis

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membres : Professeur Idrissa Ahmadou CISSE

Directrice : Professeur KONARE Habibatou DIAWARA

Co-directeur : Docteur DEMBELE Bakary Tientigui

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

DEDICACES

AU SEIGNEUR TOUT PUISSANT :

Que sa grâce soit toujours avec nous à travers le Seigneur Jésus Christ.

Seigneur, merci

d'avoir veillé sur moi merci de m'avoir protégé, merci également pour toutes ces personnes que tu as mis sur mon chemin.

Gloire à toi Seigneur tu es mon berger,

Je ne manquerai de rien,

te louer est un privilège.

A MES TRES CHERS PARENTS : Marie Bernard Traoré et Madame Traoré Christine Coulibaly

Je vous suis redevable de la chose la plus importante qui soit « **la vie** », car c'est à vous que l'Eternel a confié cette lourde tâche qui a été de me mettre au monde. Vous m'avez offert cet épanouissement que procure la vie dans une famille équilibrée. De plus vous m'avez fait don de la seconde chose la plus importante qui soit « **l'éducation** »

Aucun mot ne saura exprimer ce que je ressens, aucun présent ne pourra vous remercier pour tout ça. Je n'ai rien à vous offrir en retour si ce n'est l'amour et le respect d'un fils reconnaissant envers ses parents.

REMERCIEMENTS

A la direction et tout le personnel du CHU Gabriel Touré, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires, thésards et internes.

A mes frères et sœurs : je ne pourrai vous remercier pour tout ce vous avez fait pour moi. Que Dieu vous bénisse.

Aux anciens du service de Dermatologie du CHU Gabriel TOURE : les docteurs, **Boubacar NANACASSE, Zana TRAORE, Sala SOW, Mafing TRAORE, Maissata B COULIBALY, Ramata FOFANA, Abdoulaye CISSE, Saïdou TOURE** : pour leur aide, leur conseil. Je vous suis très reconnaissant.

A mes amis : **Dr DEMBELE Ibrahim, Dr SIDIBE Luc, Dr Lassina DEMBELE, Alphonse NIARE, Zoumana DOUMBIA, Abdramane DOUMBIA**, pour leur affection, leur sympathie et leur amitié.

Aux personnels du centre de santé et référence Major Moussa Diakité de Kati: Dr CONARE Toumani (Médecin chef), tout les personnels et stagiaires : votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, merci d'avoir guidé mes premiers pas.

A mes collègues au service de Dermatologie de l'H.G.T : Abdoulaye Sanogo, Korotoumou TRAORE ; je leur dis bon courage et bonne réussite.

A mon Tonton : Mr Marcel NIARE et toute sa famille Je ne saurais vous remercier pour tout le soutien et la disponibilité dont vous faites preuve. J'espère un jour pouvoir vous le rendre au centuple. Que dieu vous bénisse.

A ma très chère Adja Fatoumata HAIDARA : Tu as été et serais toujours pour moi un refuge idéal. J'ai toujours trouvé le réconfort souhaité et la sérénité nécessaire pour mieux affronter les lendemains difficiles.

Par tes sages conseils et ta forte présence, j'ai évité beaucoup d'embûches.

A ma tante Kadia TRAORE: Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous donne longue vie.

A tous (tes) ceux (elles) qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Abdoulaye Ag RHALY

Professeur Honoraire à la FMOS en Médecine Interne

Ancien Directeur Général de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE

Membre du Comité d'Ethique de la FMOS/ FAPH.

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil Africain et Malgache pour l'enseignement supérieur

Cher Maître, votre présence en tant que président du jury est un très grand honneur pour nous, malgré vos multiples occupations. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous un professeur apprécié.

Recevez, ici Cher Maître l'expression de notre reconnaissance.

« Puisse LE SEIGNEUR vous accorder santé et longévité »

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Idrissa Ahmadou CISSE

Diplômé en médecine tropicale et parasitaire ; en endoscopie digestive.

Maître de Conférences en Rhumatologie

Ancien Maître Assistant en Dermatologie Vénérologie

Chef du service de Rhumatologie du CHU du Point G

Secrétaire Général du ROMY (Réseau-Ouest-Africain de la prise en charge des Myopathies)

Secrétaire Principal à la FMOS

Membre international de la SFR (Société Française de Rhumatologie)

Vice Président de la Société Ouest Africaine de Gériatrie Gérontologie (SOAGG).

En acceptant de siéger dans ce jury vous nous avez fait honneur.

Votre simplicité, votre gentillesse et surtout votre facilité de transmettre vos messages resterons pour nous un modèle.

Recevez, à travers cette thèse, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

« Que LE SEIGNEUR vous protège durant toute votre vie »

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Pr KONARE Habibatou DIAWARA

Maître de conférences en Dermatologie

Chef de service de la Dermatologie du CHU de Gabriel Touré.

Nous ne finissons jamais de vous remercier de nous avoir confié ce travail. Vous êtes toujours restée disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables. Qu'Allah le tout puissant nous donne la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

« Que LE SEIGNEUR vous vous donne longue vie, plein de santé »

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
Dr Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Chirurgien au CHU Gabriel Touré**
- **Maître assistant à la FMOS**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**

Cher Maître,

c'est avec beaucoup de patience et de disponibilités que vous avez dirigé ce travail. Votre caractère social, vos qualités de rassembleur associé à vos talents de chirurgien sont à la base de l'instauration de ce climat de confiance entre vous et vos élèves.

Veillez trouver ici cher Maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

« Que le tout puissant veille sur vous ».

SOMMAIRE

I/INTRODUCTION.....	1
II/ OBJECTIFS.....	2
2-1-Objectif général.....	3
2-2-Objectifs spécifiques.....	3
III/GENERALITE.....	4
3-1/Rappel de la structure de la peau.....	5
3-2/Définition	5
3-3/Historique.....	5
3-4/Epidémiologie.....	5
3-5/Physiopathologie.....	5
3-6/Classification.....	5
3-7/Clinique.....	5
3-8/Diagnostic.....	5
3-9/Traitement.....	5
IV/METHODOLOGIE.....	6
V/RESULTATS.....	7
VI/COMMENTAIRES ET DISCUSSION	8
VII/CONCLUSION ET RECOMANDATIONS.....	9
VIII/ICONOGRAPHIE.....	10
IX/REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	11
X/ANNEXES.....	12

Fiche d'enquête

Fiche signalétique

Serment d'Hippocrate

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CNAM: Centre national de lutte contre la maladie

Dr : Docteur

EA : Effectif absolu

ENI : Ecole Nationale d'Ingénieur

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

IGF : Immunoglobuline F

MMPs : Métaloprotéases matriciels

%: Pourcentage

TIMPs : Tissus inhibiteur des métaloprotéases matriciels

TNF: Tumor necrosis factor

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Les chéloïdes sont des tumeurs cutanées purement fibrocytaires qui apparaissent dans deux circonstances :

* **post lésionnelle**, secondaire à des plaies : opératoires, brûlures, ou lésions inflammatoires de la région cervicale ou thoracique supérieure surtout, mais aussi les membres supérieurs et inférieurs, les régions pubiennes.

* **spontanée**, surtout chez les sujets à peau noire; multiple apparaissant dans la région cervico-thoracique, et quelques fois très invalidante représentant la maladie chéloïdienne [1].

La chéloïde est une anomalie de la cicatrisation cutanée fréquente sur peau noire. Les personnes dont la peau est plus foncée (par exemple celles qui sont originaires d'Afrique de l'Ouest ou de l'Inde du sud) les observent plus fréquemment, surtout si elles ont entre 10 à 30 ans. Les hommes et les femmes ont la même probabilité d'être atteints [2].

Une chéloïde est formée d'une masse dure, se développant par exemple à l'emplacement d'une cicatrice chirurgicale; à surface lisse, rouge et tendue souvent spontanément, sessile et prurigineuse. Elle peut avoir une forme peu bosselée, mais elle a surtout en périphérie des expansions pseudopodiques (en patte de crabe) dépassant largement les limites de l'excision chirurgicale ou de la lésion inflammatoire qui l'a précédée. En cas de lésion post opératoire il est important de faire le diagnostic différentiel avec les cicatrices hypertrophiques qui sont de survenue précoce (environ 1mois après la lésion initiale), lésion limitée (bords parallèles), de régression spontanée (6 à 12mois) [1].

A noter que les lésions dites chéloïdiennes : acné chéloïdienne, folliculite chéloïdienne du cuir chevelu ne le sont pas en réalité et peuvent être excisées sans risque de récurrence [1].

Les chéloïdes doivent être distinguées des tumeurs bénignes comme : histiocitofibrome, cicatrice hypertrophique, angiomyofibrome, fibrochondrome,

cylindrome ou malignes comme le dermatofibrosarcome, la maladie de Kaposi et les dermatoses hypertrophiques (sarcoïdose, lèpre....) [15].

Les chéloïdes sont plus susceptibles d'apparaître sur les bras, le dos, les oreilles, la partie inférieure des jambes, le centre de la poitrine et le cou, les régions pubiennes (après excision). Elles peuvent se former pendant la cicatrisation de la lésion ou prendre plusieurs mois et même des années à se développer; leur croissance peut continuer indéfiniment.

Les cicatrices chéloïdiennes occasionnent habituellement peu de complication. Selon leurs dimensions et leurs localisations, elles peuvent être cause de préjudice esthétique et psychologique.

Les chéloïdes peuvent nuire à certains mouvements, et provoquer un préjudice fonctionnel, si elles siègent sur une articulation.

Il est possible que les chéloïdes deviennent cancéreuses, mais c'est très rare [15].

Considérant la grande fréquence des pratiques rituelles de scarification, de tatouage, de percing en Afrique et la prédisposition du sujet noir, les chéloïdes constituent un véritable cauchemar pour les jeunes filles surtout si elles siègent sur les zones découvertes, ou si elles apparaissent après une excision.

La fréquence des chéloïdes est différemment appréciée selon la littérature.

Elles sont fréquentes dans la race noire [3,4]. En Cote d'ivoire la fréquence a été estimée à 3% en milieu rural et 4,5% en milieu urbain [2]. Selon la même étude elle a représenté 1,2% des motifs de consultation à Lomé. En Europe, on note une prévalence de cas de cicatrices chéloïdiennes comprise entre 6 et 16%, avec une nette prédominance du sujet noir [4]. Elle peut atteindre 4,5 à 14% de la population générale[2].Le recensement effectué à partir des registres de consultations du CNAM a permis de noter 180 cas de chéloïdes sur 22427 consultants (0,8%) en 2004; 196 cas sur 22015 consultants (0,9%) en 2005. Cette prévalence a atteint 1,01% en 2006 au CNAM [9].

Bien que les chéloïdes mettent rarement le pronostic vital en cause, elles posent d'énormes problèmes de préjudice :

- esthétique
- psychologique
- fonctionnel.
- de prise en charge

Toutes ces raisons ont motivé ce travail.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

A-Objectif général:

Étudier les aspects épidémiologiques, et cliniques de la chéloïde dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

B-Objectifs spécifiques:

- 1- Décrire le profil sociodémographique de la chéloïde.
- 2-Décrire les différents aspects cliniques de la chéloïde.
- 3-Formuler des recommandations pour une meilleure prise en charge de la chéloïde au Mali.

GENERALITES

III-GENERALITES

3-1- Rappel de la structure de la peau :

La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 couches distinctes :

- *L'épiderme*
- *Le derme*
- *L'hypoderme*

3-1.1- L'épiderme :

L'épiderme est un épithélium malpighien pluristratifié composé de 5 couches de cellules appelées kératinocytes. Il comporte de l'extérieur vers l'intérieur :

La couche cornée : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse, et comporte des cellules cornées qui sont dépourvues de noyaux.

La couche claire : est formée d'une seule assise de cellules kératinocytaires très aplaties et d'aspect clair en vue microscopique.

La granuleuse : comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvres en mitochondries. Ce sont des kératinocytes à noyaux désintégrés en granules.

La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales : les kératinocytes malpighiens. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface. En profondeur elles sont polyédriques et pourvues de filaments d'attache appelés desmosomes ou épines d'union.

La couche basale ou germinatrice: c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche germinatrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogénèse : mélanocytes et cellules de Langherans qui représentent la sentinelle immuno-alrgique.

3-1-2- Le derme : C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes,

fibrocytes). Il est parcouru par un riche réseau vasculaire et nerveux. Par ailleurs il abrite les annexes épidermiques (follicules pilo-sébacés, glandes sudorales).

3-1-3- L'hypoderme ou couche adipeuse:

C'est un tissu conjonctif constitué de cellules graisseuses appelées adipocytes. Les adipocytes sont rassemblés en lobules et en lobes graisseux séparés par des travées conjonctivo-vasculaires et nerveuses.

3.2-Définition :

Les chéloïdes sont des tumeurs bénignes intradermiques correspondant à une réaction inappropriée du tissu conjonctif à un traumatisme chez les personnes prédisposées [8]

3.3- Historique :

L'histoire des chéloïdes est intimement liée à celle du folklore Africain. Des descriptions précises de ces lésions sont mentionnées dans ses proverbes et dans sa médecine traditionnelle.

On retrouve des premières références aux chéloïdes au dix huitième siècle dans les écrits des Yorouba, un tribut Nigérien.

La première description date de 1790 ; Retz y supposa qu'il s'agissait d'une herniation du tissu conjonctif sous cutané.

En 1817 le médecin Jean Louis Alibert lui donna la dénomination actuelle des chéloïdes ou (keloid) du Grec chélé, pince de crabe en raison de sa forme [2,7].

3.4-Epidémiologie :

Les chéloïdes constituent un des motifs de consultations fréquentes en Afrique noir [8, 9,7].

En Europe on note une prévalence de 6 à 16% avec une prédominance du sujet noir. Les jeunes de la tranche d'âge comprise entre 15 à 30 ans sont les plus touchés [4].

Les sites de prédilection sont : lobe de l'oreille, partie supérieure du dos, région thoracique supérieure [10].

Cliniquement les chéloïdes touchent préférentiellement les zones cutanées soumises à d'importantes tensions lors des mouvements du corps : les épaules, la face antérieure du thorax, la région sus pubienne, les lobes des oreilles ; contrairement le scalp et la face antérieure des avant- bras sont rarement touchés.

On ne sait pas précisément comment ces tensions favoriseraient la croissance des chéloïdes ; ni le fait qu'elles constitueraient un facteur inducteur, et qu'elles seraient capables de favoriser l'expression de certains gènes, la synthèse des protéines, et la prolifération cellulaire [11]

3.5- Physiopathologie :

La peau est un organe qui participe à la protection du corps et à la régulation des échanges avec l'extérieur.

Toute effraction cutanée entraîne une cascade de réactions biologiques dont le but est de rétablir au plus vite et au mieux ces fonctions.

La réparation des tissus endommagés par un tissu conjonctif non spécifique et un tissu épithélial propre à la peau aboutit à la cicatrice [6]

En effet il existe trois types de cicatrices :

- **la cicatrice atrophique**
- **la cicatrice hypertrophique et chéloïde**
- **la macule érythémateuse et pigmentée**

La cicatrisation est un phénomène complexe qui met en jeu différents types cellulaires et composés protéiques capables d'interactions. On décrit schématiquement trois phases durant la cicatrisation :

Une réponse immédiate, une phase proliférative, une phase de contraction et de remodelage.

Le processus de la cicatrisation est caractérisé par un équilibre entre la synthèse et l'hydrolyse du collagène. Pendant la phase de prolifération le taux d'apport en collagène dépasse celui de sa lyse ; puis apport et lyse s'équilibrent au cours de la phase de maturation. A cette étape le collagène structural de la cicatrice

formée est réorganisé par l'action conjointe de la lyse et de la synthèse, aboutissant à une cicatrice mature.

Dans le cas des chéloïdes et cicatrices hypertrophiques, le point d'équilibre généralement atteint 3 à 4 semaines après la blessure n'est jamais atteint. L'apport du collagène reste supérieur à sa lyse pour une période indéfinie provoquant une boursouffure au niveau de la cicatrice. La chéloïde poursuivra indéfiniment sa croissance à la fois en s'épaississant et en s'étendant.

Au contraire une cicatrice hypertrophique ne se développe jamais au delà de la blessure originale ; elle se stabilise et se résorbe spontanément 6 à 12 mois après la blessure. [7]

La cicatrisation est un phénomène complexe qui peut être divisé en trois phases :

a- phase inflammatoire

Elle est liée à l'inflammation ; elle met en jeu des évènements cellulaires et moléculaires.

Elle est caractérisée par l'œdème, un érythème et un accroissement du flux sanguin.

De nombreux acteurs y participent : les lymphocytes, les polynucléaires neutrophiles, les macrophages, les plaquettes et diverses cytokines.

A la fin de cette phase les fibroblastes se multiplient ; elle dure quelques jours.

b- Phase proliférative :

Durant cette phase, il y a formation d'un tissu de granulation avec angiogenèse. Cette dernière est strictement coordonnée et régulée par des facteurs de croissance et des cytokines. Les fibroblastes stimulés par des cytokines (IGF1, EGF, TNF alpha, TGF delta et PDGF) prolifèrent et produisent la matrice extracellulaire en fabriquant du collagène et de l'acide hyaluronique. Cette phase dure une dizaine de jours.

c- Phase de remodelage :

Elle débute avant la fin de la granulation et dure plusieurs semaines à plusieurs mois. Les fibroblastes produisent des enzymes, les métalloprotéases matricielles

(MM Ps : collagenases, gélatinases, élastases...) qui régulent la matrice extracellulaire par la lyse des fibres. Leur action inhibée par des inhibiteurs spécifiques, les TIMPs (tissus inhibitor of MM Ps).

Le relief de cicatrice s'aplanit et une récupération partielle de l'élasticité est observée.

En cas de trop forte activité des MM Ps la cicatrice risque d'être atrophique ; si leur activité est trop faible la cicatrice peut être hypertrophique d'où la nécessité d'un équilibre.

Les chéloïdes et cicatrices hypertrophiques peuvent être décrites comme des variétés de la cicatrisation d'une plaie.

Quand la cicatrice mûrit sa résistance s'améliore et elle devient riche en fibres collagènes pendant une période. A ce stade la cicatrice est douloureuse, boursouflée et augmente de volume mais ne dépasse pas les limites de la blessure originale. C'est en ce moment qu'on parle de cicatrice hypertrophique. Elle a tendance à s'affaisser en quelques mois pour redevenir plate et indolore.

Quand un déséquilibre se produit entre les processus anabolique et catabolique le collagène est produit plus qu'il n'est dégradé et la cicatrice augmente de façon anarchique dans toutes les directions : c'est la chéloïde.

La formation d'une chéloïde provient probablement d'une réponse exagérée à un traumatisme et une mauvaise communication entre les kératinocytes et les fibroblastes chez les personnes prédisposées. Les facteurs impliqués sont :

-une sécrétion anormale par les fibroblastes de médiateurs pro-inflammatoires avec une réponse anormale à d'autres signaux inflammatoires conduisant à un excès de synthèse du collagène (20fois supérieur à celle de la cicatrice normale), de proteoglycane et d'autres composantes de la matrice extracellulaire.

- la présence de tension sur la peau

- la diminution de la destruction de la matrice extracellulaire lors de la phase de remodelage.

- l'allongement de la vie des fibroblastes par la diminution de leur mort programmée, la production par les cellules de l'épiderme de signaux qui stimulent les fibroblastes pouvant se multiplier ou produire plus de matrices extracellulaires.

3.6- Classification

Les chéloïdes sont classées en :

- **chéloïde post traumatique** : secondaire à des plaies opératoires, des brûlures, de vaccination, ou des lésions inflammatoire des régions thoraciques supérieures, sont plus propices à la survenu de telles lésions.
- **chéloïde spontanée** : fréquente chez les sujets à peau noire ; apparait surtout dans les régions cervicales et thoraciques; quelques fois elles sont multiples, invalidantes et correspondent à la maladie chéloïdienne.

3.7- Clinique :

3.7.1- Type de description : la chéloïde post traumatique cicatricielle :

Une chéloïde est formée d'une masse dure se formant par exemple à l'emplacement d'une cicatrice chirurgicale, à surface souvent lisse rouge ou brune selon la couleur de la peau, tendue souvent spontanément sessile ou prurigineuse.

Elle peut avoir une forme un peu bosselée, mais elle a surtout des expansions pseudopodiques « en pattes de crabe », dépassant largement les limites de l'incision chirurgicale ou de la lésion inflammatoire qui l'a précédée. En cas de lésion postopératoire, il est important de faire le diagnostic différentiel avec les cicatrices hypertrophiques. Celles-ci sont d'apparition précoce, limitée (bords parallèles), régressent spontanément entre 12 à 18 mois. [15 ; 1]

3.7.2- Formes cliniques :

3.7.2-a) Selon la topographie :

Les chéloïdes peuvent apparaître sur toutes les parties du tégument cutané [8].

Les localisations les plus fréquentes sont :

- la nuque comme c'est le cas de l'acné chéloïdienne de la nuque : c'est une lésion inflammatoire chronique consécutive à un désordre de cicatrisation ; elle peut être isolée ou confluante, entraînant un véritable placard.

- le lobule de l'oreille : une simple percée d'oreille peut engendrer des chéloïdes géantes.

- la région médio thoracique : c'est la localisation la plus fréquente des chéloïdes.

3.7.2- b) Les chéloïdes spontanées :

Chéloïdes spontanées ou primaires c'est à dire qu'aucune lésion préexistante n'a été objectivée ; cette forme qui représente la « maladie chéloïdienne » est fréquente chez les sujets à peau noire. Elles sont multiples et de localisation généralement cervico-thoracique et quelquefois très invalidantes. C'est au cours de cette forme que la notion familiale est retrouvée.

3.7.2-c) Les chéloïdes après brûlure :

Ce sont de larges plaques surmontées de quelques nodules qui sont en général prurigineuses, recouvrant toute la zone brûlée.

3.7.2-d) Les chéloïdes post zostériennes :

Ces chéloïdes sont consécutives à des épisodes de zona. Elles sont généralement caractérisées par le prurit et la douleur.

3.7.2-e) Les formes séméiologiques :

- la forme prurigineuse : le prurit est le signe fonctionnel le plus fréquent et le plus constant au cours des chéloïdes. C'est lui qui oblige très souvent le malade à consulter.

- la forme douloureuse : ce sont des chéloïdes qui apparaissent sur des cicatrices après grattage, de lésions prurigineuses ; ainsi que des cicatrices de lésions provoquées par des produits chimiques.

3.7.2-f) Les formes compliquées :

La chéloïde suppurée : est la complication la plus fréquente des chéloïdes. Il s'agit de surinfection bactérienne entraînant des abcès intra chéloïdiens.

3.8- Diagnostic:

3.8.1-Diagnostic positif :

La reconnaissance d'une chéloïde est en générale évidente cliniquement. Il s'agit d'une prolifération de tissu dermique, dense, expansive, ferme et dure dépassant les limites de la lésion originale sans aucune tendance à une régression spontanée. Mais certaines formes atypiques nécessitent la pratique de biopsie.

Elle ne pose néanmoins habituellement pas de problème ; on observe une prolifération conjonctive située dans le derme moyen toujours, séparée de l'épiderme, formée de faisceaux de filaments épais et hyalinisés, enchevêtrés, séparés, les uns des autres par l'œdème, des fibroblastes et des cellules inflammatoires sans réseau élastique.

3.8.2- Diagnostics différentiels :

Le diagnostic différentiel se fait avec les pseudo-chéloïdes lors d'incarnation pilaire notamment au niveau de la nuque. Mais l'inclinaison de poils lors du rasage ou les traumatismes liés au grattage peuvent authentiquement déclencher un processus chéloïdien .Parfois il est difficile de trancher notamment sur le visage entre cicatrice hypertrophique, chéloïde et processus fibrokystique ; c'est l'évolution clinique qui le permet. La biopsie étant le plus souvent récusée.

IL ne faut pas non plus confondre avec :

- les tumeurs bénignes comme :
 - l'histiocytome
 - l'angiomyofibrome
 - le fibrochondrome
 - le cylindrome
- les tumeurs malignes comme :
 - le dermatofibrosarcome,

- la maladie de kaposi,
- ni les dermatoses granulomateuses telles que :
 - la sarcoïdose,
 - la lèpre,
- ou encore les mycoses exotiques.

3.9-Traitement de la chéloïde

Le traitement des cicatrices chéloïdiennes est toujours complexe et le résultat est souvent incertain. Il est rarement à la hauteur des attentes du malade ; il est important de prévenir le patient qu'une amélioration est possible, mais que l'on n'obtiendra jamais une restitution totale.

Bien qu'il n'existe pas une seule méthode de traitement définitif, de nombreuses thérapeutiques sont appliquées : les vêtements compressifs, silicone, les injections de corticoïdes retards, la cryothérapie, l'excision chirurgicale, laser.

3.9.1-Moyens locaux : principe d'utilisation, indication, contre indication et effets secondaire.

3.9.1. a- La Préssothérapie avec les pansements et vêtements compressifs :

Ils sont très employés depuis 30 ans et sont principalement utilisés dans la prévention des cicatrices hypertrophiques chez les grands brûlés. La compression doit être réalisée 12 à 24 heures par jour pendant un minimum de 9 mois. La pression sur le tissu provoque une diminution de la circulation sanguine, une diminution de l'activité des cellules et une augmentation de la destruction du collagène. Le lobe de l'oreille est une bonne indication de ce traitement avec l'utilisation de « clip » de compression. L'avantage de ces techniques de pression est leur caractère non traumatisant bien toléré par les enfants et les adultes qui ne supporteraient pas les techniques plus agressives. La compression " continue " (à durée indéterminée) 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.

- **Les Clips :**

pour les percements d'oreille, le port de « clips » (boucles d'oreilles qui pincent), à utiliser en renfort des infiltrations, quand le volume de la chéloïde a diminué ou en prévention de récurrences.

Vêtements compressifs médicaux commandés "sur mesure", et "par deux" (pour avoir un change lors du lavage).

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

Vêtements compressifs nom médicaux : que l'on trouve dans les magasins de sport :

- soutien-gorge de sport.
- slip à élastique large
- bracelet de « tennisman »
- coudière
- genouillère
- bandeau type « cache oreille ».

3.9.1. b- Le silicone :

il peut être utilisé sous forme de pansement avec du gel de silicone, de plaque en silicone. Ils sont principalement utilisés en prévention de la formation de cicatrice chéloïdienne et doivent être appliqués dès la 2^e semaine après le traumatisme cutané et pendant les 3 mois qui suivent, 12 à 24 heures par jour. Ils peuvent être prescrits aussi pour le traitement des cicatrices chéloïdiennes déjà formées où ils améliorent leur aspect. Le mécanisme d'action est peu connu : hydratation, augmentation de la température locale favorisant la destruction du collagène, modification de la polarisation de la peau.

3 .9.1.c- Corticothérapie locale

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 cicatrices chéloïdiennes.

- Contre indication :

- . le diabète
- . Infection herpétique
- . Infection bactérienne
- . Candidose.

- Effets indésirables :

- vergetures (surtout chez les adolescents particulièrement aux racines des membres) :
- passage systémique qui est négligeable si la technique est respectée.
 - . vasoconstriction péri lésionnelle temporaire.
 - . dépigmentation temporaire
 - . acné
 - . dermite péri-orale
 - . pilosité.

Il faut choisir « le Grade » en fonction de la zone à traiter :
pour le visage : faible, type Désonide (Locatop crème).

pour le reste du corps : les plus puissants : propionate de clobétasol (Derموال crème), dipropionate de betaméthasone (Diprolène pommade).

Mode d'emploi :

- en massage : appuyé, sans déborder autour de la lésion (essuyer et laver après)

- sous pansement occlusif : Tegaderm ou Opsite (cela augmente l'activité du produit).

3.9.2 Moyens généraux :

Corticothérapie intralésionnelle

- . Dipropionate de betaméthasone (Diprostène injectable),
- . Kenacort retard® (Triamcinolone acétonide),
- . Depo-médrol® (Méthylpredonisolone) moins efficace, à utiliser en cas d'allergie au Kénacort retard et au Diprostène.

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 80mg 2 cm³.

Les indications des infiltrations de corticoïdes retards :

- . cicatrices hypertrophiques longues à disparaître ou en zone visible (décolleté, visage)
- . cicatrices chéloïdes : en infiltration seule ou après chirurgie de réduction.

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 juste après l'ablation des fils. On espacera ensuite en surveillant de très près la réapparition du prurit.

Les infiltrations doivent être poursuivies jusqu'à amélioration complète.

Pour le dipropionate de bétaméthasone (diprostène) les injections sont espacées de 45 jours et 15 jours pour la triamcinolone acétonide.

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 vers 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 ; qui est une seringue à air comprimée, 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 interchangeables qui autorise selon le constructeur de passer d'un patient à l'autre en changeant seulement l'embout.

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.

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 mg.

- 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.

- à « 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 sur doser le patient.

- utiliser parfois un anesthésique sur zone très douloureuse : moitié produit, moitié xylocaïne 1%, ou $\frac{3}{4}$ produit et $\frac{1}{4}$ de xylocaïne. 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 fait jusqu'à ce que la cicatrice soit blanche (= remplie de liquide) et strictement intra cicatricielle (difficile et demande de l'expérience) sinon il risque d'y avoir atrophie de l'hypoderme autour et en dessous.

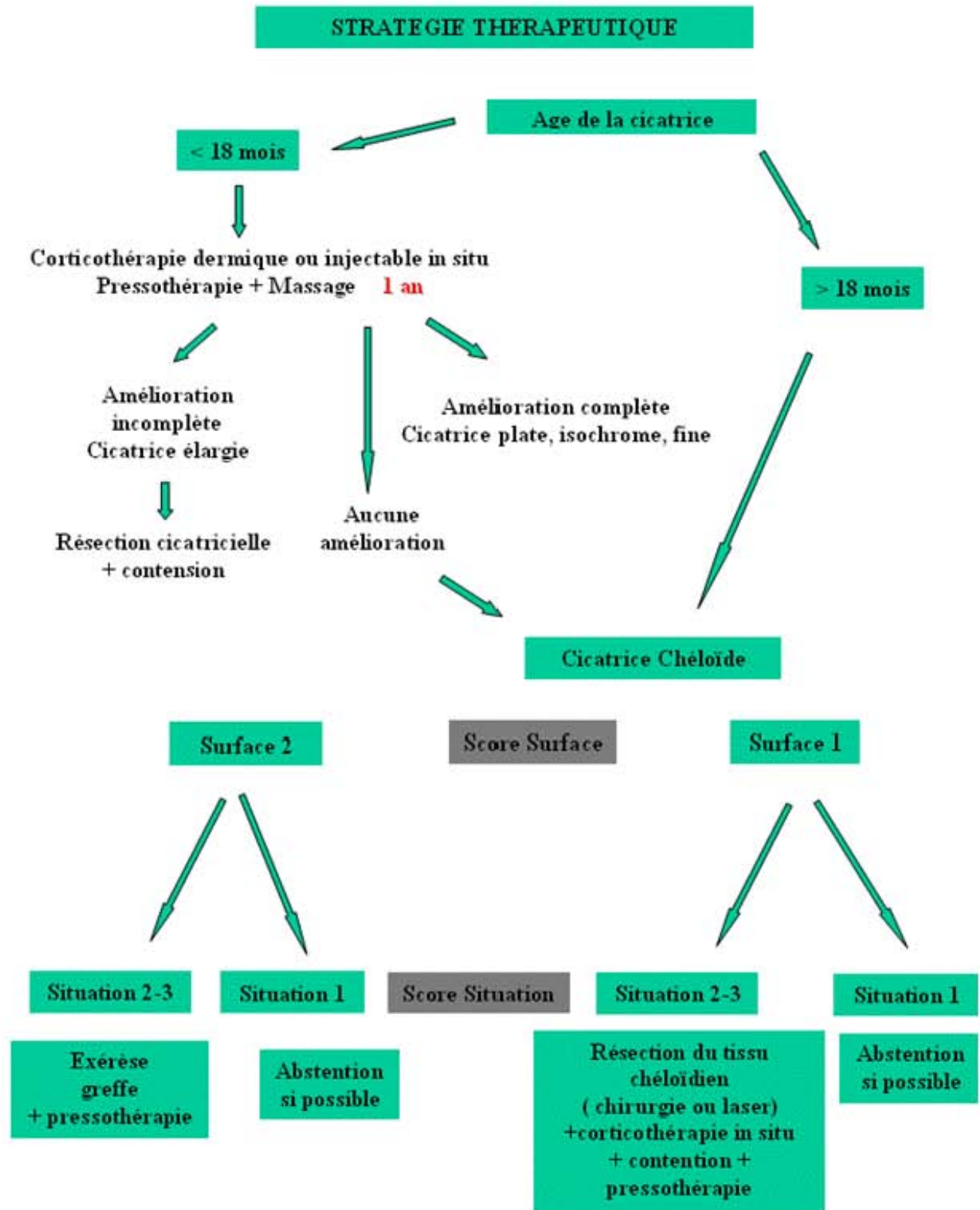
Les effets secondaires des infiltrations de corticoïdes retards :

- atrophie autour de la cicatrice si l'injection n'est pas strictement intra-cicatricielle

- douleurs
- infection
- hématome

- télangiectasies sur zones injectées et adjacentes : prévenir les patients que l'apparition de télangiectasie quasi obligatoire, au bout d'un certain nombre de séances, et que cela est toujours réversible.

- décoloration de la zone injectée ou adjacente ou le long des veines adjacentes, surtout sur peau foncée. 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 à la racine des membres ; correspondent, à priori, à une mauvaise technique (injection extra-cicatricielle)
- échec : persistance de la cicatrice.



Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion © 2001

IV METHODOLOGIE

4-1- Cadre d'étude :

4-1.1 Situation géographique :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré. Hôpital situé en plein centre ville limité à l'Est par le quartier Médina –courra, à l'Ouest par l'ENI et le quartier Darsalam, au sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire. Le CHU est organisé en sept (07) départements comprenant vingt-six (26) services.

Les départements sont les suivants :

- Le département de Médecine ;
- Le département de Chirurgie ;
- Le département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence ;
- Le département de Gynécologie ;
- Le département des services Médico-Techniques ;
- Le département de Pédiatrie ;
- Le département d'Imagerie Médicale ;

Le service de Maintenance et le service Social sont placés en staff avec la direction.

4-1.2 Local :

Le service de Dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la Chirurgie. Le CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- un sous sol réservé pour le parking
- rez de chaussée où nous avons le bureau des entrées, les box de consultations de traumatologie et de médecine (gastro-entérologie, cardiologie, diabétologie).
- le premier étage est réservé aux consultations de pédiatrie, ORL, dermatologie, gynécologie, chirurgie.

-Au deuxième étage se trouvent les bureaux des médecins dont celui du dermatologue.

-Le troisième étage et le reste sont réservés à l'administration. Récemment un service d'urgence chirurgicale a été construit dont l'ouverture officielle a eu lieu le 26 mars 2008.

4-2. Population cible :

Elle est constituée par tous les consultants du CHU Gabriel Touré vus en dermatologie pendant l'intervalle du 19 juillet 2005 au 30 Décembre 2010.

4-3. Type d'étude :

Nous avons mené deux types d'études descriptives :

-une étude rétrospective sur les dossiers corrigés entre 19 juillet 2005 et le 30 Décembre 2009.

-une étude prospective de tous les cas de chéloïdes observés en Dermatologie du premier Janvier 2010 au 30 Décembre 2010.

4-4. Echantillonnage :

4-4.1 Critères d'inclusion :

- a été inclus tout patient vu en consultation dans le service de Dermatologie pendant la période de notre étude pour :
- Tumeur cutanée, apparue spontanément ou sur cicatrice ; prurigineuse ou non, douloureuse ou pas.
- le consentement volontaire, libre et éclairé du patient obtenu.

-Dossier complet.

4-4.2 Critères de non inclusion :

- tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

4-5. Recueil des données :

Il a été effectué au cours des consultations dermatologiques. Tous les cas sont consignés dans un registre de consultations.

4- 6. Support des données :

Une fiche d'enquête a été utilisée pour chaque patient ; sur laquelle sont mentionnés :

- l'identité du patient : âge, sexe, lieu de résidence, provenance, profession.
- les données cliniques : nombre localisation, signes fonctionnels, le groupement lésionnel, les circonstances d'apparition, la taille des lésions.
- les résultats des examens complémentaires: glycémie à jeun
- antécédent de chéloïde dans la famille
- le traitement proposé et les résultats du traitement.

4-7. Aspect éthique :

- consentement éclairé libre et volontaire du patient ou parent obtenu, et ou assentiment de l'enfant
- anonymat et confidentialité des données recueillies.
- secret médical conservé.
- accord du CHU.
- diffusion des résultats de l'étude.

4- 8. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur MICROSOFT WORD et EXCEL.

Les traitements ont été réalisés sur SPSS.

RESULTATS

V/ RESULTATS

Nous avons eu les résultats suivants : du 19 Juillet 2005 au 30 Décembre 2010 ont été vus en consultation Dermatologique 9481 patients parmi lesquels 60 patients ont présenté la pathologie chéloïdienne, soit 0,63%.

5-1.Résultats sociodémographiques

5.1.1Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge :

Age	E.A	%
1-10ans	5	8,3
11-20ans	13	21,7
21-30ans	24	40
31-40ans	6	10
41-50ans	3	5
51-60ans	9	15
Total	60	100

Les patients âgés de 21 à 30 ans étaient au nombre de 24, soit 40%.

5.1.2Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe :

Sexe	E .A	%
Masculin	22	36,7
Féminin	38	63,3
TOTAL	60	100,0

Le sexe féminin représente 63,3%(38 cas).

5.1.3 Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession :

Profession	E.A	%
Restaurateur	1	1,7
Animateur en santé	1	1,7
Elève coranique	2	3,3
Secrétaire	2	3,3
Commerçant	4	6,7
Femme au foyer	4	6,7
Sans emploi	5	8,3
Elève	7	11,7
Ménagère	11	18,3
Autres	11	18,3
Etudiant/Etudiante	12	20
Total	60	100

Les scolaires sont 12, soit 20%.

NB: Autres =chômeurs n'ayant aucune qualification

5.1.4 Tableau IV : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	E.A	%
Primaire	10	16,7
Secondaire	15	25
Non scolarisé	17	28,3
Supérieur	18	30
TOTAL	60	100

Les patients ayant un niveau d'instruction supérieur étaient 18, soit 30%.

5.1.5 Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'atteinte des collatéraux :

Collatéraux	E.A	%
Collatéraux Maternels	1	1,7
Collatéraux paternels	3	5
Mère	9	15
Père	12	20
Néant	35	58,3
TOTAL	60	100

Les patients n'ayant pas d'antécédent de chéloïde étaient 35, soit 58,3%.

5-2.Résultats para cliniques :

5.3.1-Répartition des patients en fonction du bilan pré thérapeutique :

Le bilan pré thérapeutique effectué était la glycémie, elle a été effectuée chez 81,7% des patients. Aucun cas d'hyperglycémie n'a été noté.

5-3-Résultats cliniques

5.3.1Tableau VI: Répartition des patients en fonction des circonstances d'apparition :

Circonstances d'apparition	E.A	%
Spontanée	8	13,3
Sur cicatrice	52	86,7
TOTAL	60	100,0

Les patients présentant des chéloïdiennes post lésionnelles étaient 52, soit 86,7%.

5.3.2-Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la localisation des lésions:

Siège	E.A	%
Abdomen	1	1,7
Epaule	5	8,3
Pré sternale	8	13,3
Membres supérieurs	9	15
Membres inférieurs	10	16,7
Dos	10	16,7
Tête	17	28,3
Total	60	100

Les chéloïdes localisées au niveau de la tête étaient 17, soit 28,3%.

Les lésions chéloïdiennes observées étaient hyperpigmentées

5.3.3-Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la mesure selon le grand axe des lésions :

Longueur	E.A	%
0,5-5,5cm	45	75
6-11cm	3	5
12-17cm	11	18,3
17-22cm	1	1,7
Total	60	100

Les patients ayant la mesure de leur grand axe comprise entre 0,5 à 5cm étaient 45, soit 75%.

5.3.4-Tableau IX : Répartition des patents en fonction de la mesure selon le petit axe des lésions :

Largeur	E.A	%
0, 5-5cm	49	81,7
6-11cm	11	18,3
Total	60	100

Les patents ayant la mesure de leur petit axe comprise entre 0,5 à 5cm étaient 49, soit 81,3%.

5.3.5-Tableau X : Répartition des patients en fonction du nombre de lésions :

Nombre de lésion	E.A	%
1-5	55	91,7
6 et plus	5	8,3
TOTAL	60	100,0

Les patients ayant 1 à 5 lésions chéloïdiennes étaient 55, soit 91,7%.

5.3.6-Tableau XI : Répartition des patients en fonction du mode de groupement lésionnel :

Groupement lésionnel	E.A	%
Groupé	19	31,7
Isolé	41	68,3
Total	60	100,0

Les lésions chéloïdiennes étaient isolées dans 68,3%.

5.3.7-Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution des lésions :

Durée d'évolution	E.A	%
< 1an	18	30,0
1-2 ans	15	25,0
3-4 ans	12	20,0
5 et plus	15	25
Total	60	100

Une durée d'évolution inférieure à un an a été observée chez 18 patients, soit 30%.

5.3.8. Tableau XIII: Répartition des patients en fonction du signe fonctionnel :

Signe fonctionnel	E.A	%
Picotement	3	5
Brûlure	4	6,7
Douleur	9	15
Prurit	44	73,3
Total	60	100,0

Le prurit était présent dans 73,3% des lésions.

5.3.9. Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique :

Schéma thérapeutique	E.A	%
Corticoïdes locales	6	10,0
Exérèse +Infiltration	7	11,7
plaque silicone	14	23,3
Infiltration seule	33	55,0
TOTAL	60	100

L'infiltration de corticoïde retard à été effectuée chez 55% des patients.

5.3.10 Répartition des patients en fonction du traitement adjuvant :

Le traitement adjuvant n'a pas été effectué chez 52 patients, soit 86,7%.

5.3.11- Répartition des patients en fonction de la durée du traitement :

Une durée de traitement comprise entre 1 - 4 mois a été effectuée chez 26 patients, soit 43,3%.

Un contrôle mensuel était effectué chez chacun de nos patients pendant toute la durée de l'étude.

5.3.12- Répartition des patients en fonction du nombre de séances d'infiltration :

Un nombre de séances d'infiltration compris entre 4 à 6 a été effectué chez 24 patients, soit 40%.

5.3.13-Répartition des patients en fonction des effets secondaires :

Une hypochromie apparue durant le premier mois de traitement a été observée chez 33 patients, soit 55%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI / COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1- Méthodologie

5.1.1- Cadre d'étude

L'Hôpital Gabriel Touré est un CHU situé en centre ville de Bamako. Il est l'un des principaux sites pour le diagnostic et la prise en charge des affections dermatologiques au Mali. Il est en rénovation avec un nouveau bâtiment pour les consultations externes, un nouveau service d'Urgences bien équipé : tous fonctionnels et un nouveau bloc chirurgical.

5.1.2- Lieu d'étude

Cette étude a été possible :

- d'une part, grâce à la réouverture du service de Dermatologie après 15 ans de fermeture au sein du CHU Gabriel Touré ;
- d'autre part, à l'étroite collaboration entre les différents services du CHU.

5.1.3- Type d'étude

IL s'agit d'une étude rétrospective allant du 19 juillet 2005 au 30 Décembre 2009 et prospective allant du 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2010. Elle a concerné les patients ayant présenté la pathologie chéloïdienne.

5.1.4- Limites de l'étude :

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de ce travail :

- certains malades n'ont pas été revu avec le résultat de l'examen para acinique au cours de l'étude prospective.
- pour l'étude rétrospective certains données manquaient : dimensions, le nombre, les antécédents, la durée d'évolution, les signes fonctionnels.

5.2-Résultats :

Au total nous avons trouvé 9481 patients dans le service de Dermatologie du CHU G T du 19 Juillet 2005 au 31 Décembre 2010.

Nous avons recensé 60 cas de chéloïdes soit 0,63%, ce qui fait dire que ce n'est pas une affection rare.

A Ouagadougou S.S Traoré et collab ont trouvé 52 patients en quatre ans [8].

En Europe il est rapporté une prévalence des cas de chéloïde entre 6-16% avec une prédominance chez le sujet mélanoderme [4].

5.2.1-Résultats sociodémographiques.

L'âge :

La tranche d'âge (21-30 ans) était la plus représentée (40%). Les adultes jeunes sont les plus exposés aux principaux facteurs de risque classiques des chéloïdes. D'autres auteurs à Abidjan en 2009 ont démontré que les jeunes de la tranche d'âge 15-30 ans sont les plus touchés [6].

Le sexe :

Le sexe ratio H/F était 0,58 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le caractère inesthétique de la maladie. D'autres études réalisées à Ouagadougou(en 2000), et à Lomé (en 2003) ont observé la même prédominance féminine [8-7].

La profession :

Les élèves et étudiants ont été les plus représentés avec 20%. Cette fréquence élevée des scolaires s'explique par le fait que le milieu hospitalier est majoritairement fréquenté par les scolaires.

Le niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction supérieur était prédominant 30%.

Notre étude nous a permis de constater que le niveau d'instruction influe sur les préoccupations esthétiques.

L'atteinte des collatéraux :

L'atteinte des collatéraux n'a pas été retrouvée chez 58,3% de nos patients. Ces résultats nous permettent de dire que l'atteinte des collatéraux n'est pas le seul facteur influant dans l'apparition des chéloïdes. D'autres études réalisées à

Ouagadougou en 2000, à Marseille en 2009, à Abidjan en 2009 ont montré, une fréquence élevée chez les patients ayant une atteinte des collatéraux [8, 15,4].

5.2.2-Résultats paracliniques :

Le bilan préthérapeutique :

Le bilan pré infiltration demandé comporte la glycémie. Elle a été effectuée chez 81,7% de nos patients, aucun cas d'hyperglycémie n'a été retrouvée.

Nous avons préféré la glycémie seule comme bilan d'infiltration en raison de la corticothérapie intralésionnelle. Cependant onze patients l'ont pas effectué.

5.2.3- Résultats cliniques.

Au total nous avons recensés 60 cas de chéloïdes soit 0,63 % au cours de l'étude.

A Ouagadougou S.S Traoré et collaborateurs ont trouvé 52 cas an quatre ans soit 0,4% [8] ; à Lomé les cicatrices chéloïdiennes représentaient 1,93% des motifs de consultation en 2000 [3].

Circonstances d'apparition :

La circonstance d'apparition était post-traumatique (accident de la circulation, acné, les percées d'oreille, coup et blessure volontaire) chez la majorité des patients (86,7%).

La fréquence élevée des accidents de la circulation, des percées d'oreille et les pratiques rituelles de scarification expliquent cette fréquence élevée de chéloïde post-traumatique chez nos patients.

Nous avons trouvé 8 cas de chéloïdes spontanées.

Localisations :

Les patients ayant des lésions chéloïdiennes au niveau des oreilles, du nuque, de la face, et du cou étaient majoritaires (28,3%). Ces lésions sont regroupées en lésions de la tête. IL ressort de cette étude que toutes ces localisations sont responsables de préjudice esthétique.

Une étude faite à Marseille en 2009 a montré que les chéloïdes prédominent dans certaines localisations : les régions du cou, les oreilles, la nuque, la face à cause de la grande fréquence des pratiques rituelles de scarification, de percée d'oreille, de tatouage et la prédisposition des sujets noirs [15].

Les dimensions :

Les patients dont les dimensions (grand axe, et petit axe) sont comprise entre 0,5-5cm étaient majoritaires dans l'étude.

La mesure des dimensions nous a aidé dans le choix thérapeutique et l'appréciation de l'évolution clinique des lésions.

Au cours de l'étude menée à Abidjan en 2009 la taille fut un critère clinique d'évaluation évolutive des lésions [4].

Les lésions chéloïdiennes observées au cours de notre étude étaient hyper pigmentées.

Le nombre et le groupement lésionnel :

La majeure partie de nos patients avaient 1-5lésion (91,7%) et ces lésions étaient isolées dans 68,3% des cas.

Dans un cas il s'agissait d'une véritable tuméfaction unilatérale de l'oreille que le patient était obligé de cacher, dans 15 cas de petits nodules arrondis bien visibles localisées sur la face , les oreilles. Dans trois cas d'un placard hyper pigmenté, dur, localisé au niveau de la nuque. Une infection de plaie traumatique avait été notée dans 33 cas.

Durée d'évolution :

La durée d'évolution était inférieure à une année chez 30% des patients. Cette durée s'étalait de 6mois à 15 ans. S.S Traoré et collab ont rapporté une durée variant de 4 à 15ans.

Nous avons trouvé 8 cas de chéloïdes spontanées soit 13,33%.

Le signe fonctionnel :

Le prurit était présent chez la plus part de nos patients (73,3%).

Notre étude nous a permis de noter que le prurit était le signe fonctionnel qui incitait les malades à consulter.

Une étude faite au Mali en 2006 a montré 87% de prurit [10].

Les études menées respectivement par K Assi et collab ; F Salles et collab ont montré l'importance du prurit dans l'évolution clinique des lésions chéloïdiennes [6 ; 15].

Le schéma thérapeutique :

Elle dépend des caractéristiques de la lésion, chaque patient était suivi régulièrement durant la période d'étude.

Les injections intra lésionnelles étaient majoritaires (55%), d'autres auteurs en France(en 2006) ont montré que ces injections restent le pilier du traitement des cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques [4].

Une étude faite à Ouagadougou en 2000 a montré que les infiltrations sont plus efficaces surtout dans le cas des chéloïdes jeunes [8].

Le traitement adjuvant :

Elle n'a pas été effectuée chez 86,7% de nos patients.

Notre étude a constaté que la plus part des manifestations fonctionnelles disparaissaient après les premières infiltrations.

La durée du traitement :

La durée du traitement a varié de 1-4 mois pour 43,3% de nos patients.

Ce temps relativement long s'explique d'une part par les difficultés thérapeutiques de l'affection elle même et d'autre part par le caractère rebelle de certaines lésions.

Le nombre de séance d'infiltration :

Le nombre de séance d'infiltration variait de 4-6 pour 40% des patients .Cela peu s'expliquer par le fait que la plus part des patients avaient des lésions jeunes et peu surélevées.

Effets secondaires du traitement :

Une hypochromie apparue après les premières injections a été observée chez 55% des patients.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7-1-Conclusion :

Notre étude a porté sur les aspects épidémiologiques et cliniques de la chéloïde au CHU GT durant la période du 19Juillet 2005 au 31 Décembre 2010.

Nous avons procédé à une étude prospective et rétrospective des sujets atteint de chéloïde, 60 cas de chéloïdes ont été recensés. Cette étude a montré que 0,63% des patients vu en consultation Dermatologique présentaient une chéloïde.

La chéloïde touche les deux sexes, mais elle est plus fréquente chez les femmes.

La tranche d'âge 21-30ans a été la plus touchée. La couche socioprofessionnelle la plus affectées a été celle des scolaires. La majorité de nos patients consultaient à cause du préjudice esthétique.

Le prurit était le signe fonctionnel le plus fréquent (73,3%). Toute les régions du tégument cutané pouvaient être atteintes avec une fréquence plus élevée pour les régions de la tête.

7-2-Recommandations :

à la population :

Information, éducation, communication pour inciter la population à consulter le plus vite possible dans les services de santé mis à leur disposition.

aux personnels de santé :

- Avoir le reflexe de référence devant certaines affections.
- Eviter les traitements inadaptés pouvant être facteurs aggravant.

aux autorités sanitaires :

- la formation de spécialistes pour permettre la décentralisation et la prise en charge correct des affections dermatologiques.

ICONOGRAPHIE



Photo1 : chéloïde de l'épaule gauche.

Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

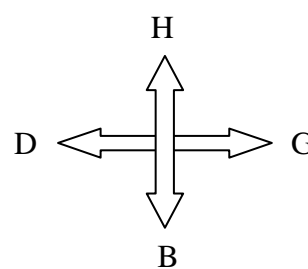




Photo 2 : chéloïde pré sternale.
Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

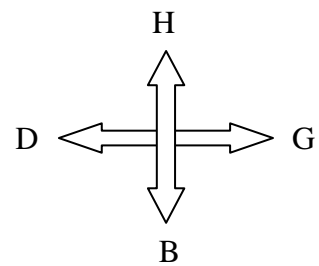




Photo 3 : Chéloïde post traumatique de la cheville avec hypochromie centrale.
Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

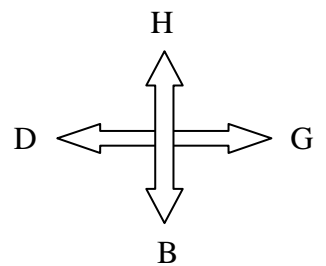




Photo 4 : Cicatrice chéloïdienne post traumatique du sein.
Photo **Pr KONARE Habibatu DIAWARA.**

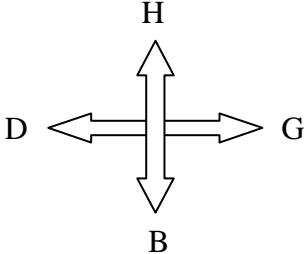




Photo 5 : Hypochromie apparue au décours d'un traitement de chéloïde, par injections intralésionnelles de corticoïde retard.

Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

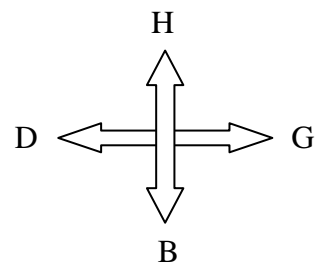




Photo 6 : chéloïde de la face.
Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

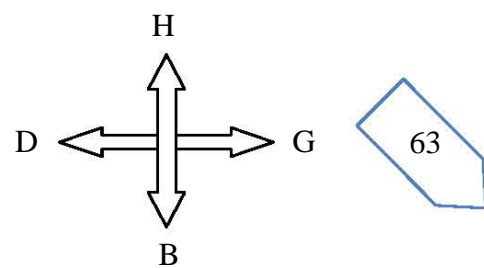




Photo 7 : chéloïde en pastille sur prélèvements pour greffe cutanée.
Photo Pr KONARE Habibatou DIAWARA.

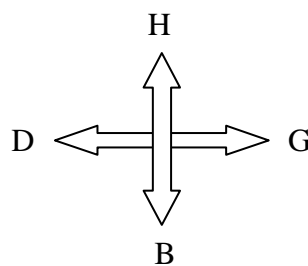
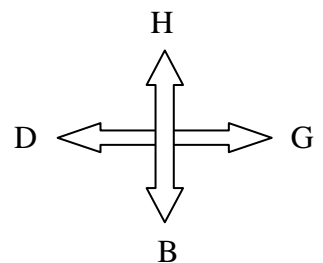




Photo 8 : chéloïde de l'ombilic chez un nourrisson de 9 mois. Photo du Pr KONARE Habibatou DIAWARA.



VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Saurat J H, Grosshans E, Laugier P, Lachepelle J M,

Chéloïdes

Masson 4,2004 : 679.

2-Pitché P, Kombaté K, Barruet K, Tchangai- Walla K,

Cicatrice chéloïde géante,

Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 333.

3-Assi K, Kouamé K, Ecra E, Gbery I P, Yoboué Y P, Kanga J M,

Aspects thérapeutiques des cicatrices chéloïdiennes au centre de Dermatologie du centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Abidjan C I,

Mali medical 2009 (2) :1-5.

4-Chivot M, Pawin H, Beylot C, Chosidow O, Dreno B, Faure M, Revuz J, Groupe Experts Acné ;

Cicatrice d'acné : épidémiologie, physiopathologie, clinique, traitement,

Ann Dermatol Venereol 2006; 133:813-824.

5-Bougtab A, Hachi H, Baroudi C,

Les cicatrices,

Médecine Maghreb 1996, 57 : 1-2.

6-Kouamé k, Gbery I, Kanga J M et collab ,

Acné chéloïdienne de la nuque : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d'Ivoire,

Med Afr noire 2009, 56: 195-200.

7-Pitié P,

Quelle est la réalité des chéloïdes spontanées ;

Annal de Dermatologie et Vénéréologie, Mai 2006, (5), 133 : 501.

8-Traoré SS, Boukougou G, Kirakoya B et collab,

Les chéloïdes à propos de 52 cas traités à Ouagadougou,
Annal de Chirurgie 2000, 125(8): 803-805.

9-Chéloïde-Wikipedia,

L'efficacité mitigée des traitements des chéloïdes et cicatrices hypertrophiques,
Fr.wikipedia.org/wiki/chéloïde.

Consulté le 22/08/2011.

10-- Coulibaly H, Alhousseïni .AM, Coulibaly T, Ousmane F, Sominta K

Aspects épidémiocliniques et prise en charge dermatologique des chéloïdes au
service de Dermato –venerologie du CNAM,
Thèse Med BKO-62c; 133.

11-Gathse A, Ibara J R, Oubengui G ;

Chéloïde géante post-varicelle à propos d'un cas ;
Bull Soc Pathol Exot 2003 ; 96(5) : 401-402

12-Malej M, Frika H, Bouaouina N et collab ;

Place de la curiethérapie dans le traitement des chéloïdes à propos de 114 cas,
Cancer/Radiothérapie : 2000 4 : 274-278.

13-Leclerc J C ;

Traitement des cicatrices hypertrophiques et chéloïde (corticothérapie et
compression) ;

www.cicatrisation.info 2006 ; 1-13 ;

Consulté le 22/08/2012.

14- Sellier. S, Bouillie MC, Joly P, Dehesdin D,

Traitement des cicatrices chéloïdes par Shaving et Cryochirurgie,
2006, 133, 3:225-229.

15-Salles F ,Thiéry G, Lary N, Adam S, Morrand JJ;

Problématique pathogénique et thérapeutique des chéloïdes;
Med Trop 2009; 69 : 221-227.

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Traoré

Prénom : Louis

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : aspects épidémiologique et clinique de la chéloïde dans le service du CHU GT.

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Dermatologie.

Résumé :

Notre travail comportait une étude rétrospective sur dossier corrigé entre le 19 Juillet 2005 au 30 Décembre 2009 et une étude prospective menée entre le 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2010 dans le service de Dermatologie du CHU GT ce travail objectivait de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des malades vus pour cicatrice chéloïde et en décrire les aspects cliniques.

Nous avons colligé 60 cas de chéloïde conformément aux critères d'inclusion.

Nous concluons que :

Les chéloïdes touchent les deux sexes et préférentiellement la jeune femme. Les scolaires sont les plus exposés. Le prurit était le signe fonctionnel le plus fréquent, motivant souvent la consultation.

Mots clé : chéloïde-épidémiologie-traitement-Bamako

FICHE D'ENQUETE :

Numéro de la fiche:

Numéro du dossier:

Identité du malade

Nom

Age :.....

Prénom.....

Sexe :.....

Profession.....

Lieu de provenance :.....

Notion d'antécédent de chéloïde dans la famille

Père :

Mère :

Frère :

Sœur :

Versant paternels :

Versant maternels :

Niveau d'instruction :

Primaire :

Secondaire :

Supérieur :

Non scolarisé :

Circonstances d'apparition

Spontanée :

Cicatricielle :

Examens para cliniques :

Glycémie:.....

Donnés cliniques :

Nombre de lésions:.....

Dimensions :.....

Siège :.....

Durée d'évolution :.....mois.....année.....

Groupement :

Isolé :

Groupée :

Signes fonctionnels :

Picotement Brûlure :

Prurit Autres.....

Traitements proposés :

Infiltration seule :

Application locale de corticoïde :

Exérèse..... Pansement silicone :

Traitement adjuvant :.....

Résultats du traitement :

Affaissement total : Récidive :

Affaissement partiel : Persistance :

Durée totale du traitement.....

Nombre de séance d'infiltrations.....

Effets secondaires du traitement

Atrophie : Autres.....

Hypochromie :

Vergetures

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.