

CHELOÏDES GEANTES PLANTAIRES CHEZ UNE JEUNE DAME AU CENTRE NATIONAL D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

BERTIN DEMBELE¹, LASSENY DIARRA¹, KOURESSI TALL², MAMADOU COULIBALY¹, OUMAR TOURE¹, OUMOU DIALLO¹, ABOUBACRINE TRAORE²

¹Service de chirurgie du Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM)

²Service de dermatologie du Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM)

Auteur correspondant : Dr Dembélé Bertin, e-mail : bertindembele@yahoo.es Tel : (223)98 62 46 93

Résumé

La chéloïde est considérée comme une tumeur cutanée bénigne. Les chéloïdes au niveau des plantes des pieds sont très rares. Dû à leur rareté le diagnostic des chéloïdes plantaires peut être difficile et de par ne même pas le penser ; ce qui fait de l'histologie une étude importante pour sa confirmation. Nous rapportons de chéloïdes géantes plantaires chez une jeune dame de 26 ans au CNAM au Mali. Le traitement a consisté une exérèse totale des lésions suivie de greffe de peau totale au niveau du pied gauche foyer de quatre chéloïdes dont trois grandes et une de petite taille et, l'exérèse d'une chéloïde plus fermeture directe au niveau du pied droit. Ce traitement a été complété par des sessions d'infiltration avec de l'acétate de triamcinolone et de traitement par pression à l'aide de bande élastique. Après six mois d'observation la malade n'a plus eu de difficulté à la marche et aucune récurrence n'a été notée. Les chéloïdes plantaires sont très rares et le traitement des chéloïdes en général reste un défi pour tout praticien d'où la nécessité de combiner les différentes méthodes thérapeutiques.

Mots clés : Chéloïde plantaire, cicatrisation pathologique, exérèse

Abstract

The keloid is considered as a benign skin tumor. Keloids in the soles of the feet are very rare. Due to their rarity the diagnosis of plantar keloids can be difficult and by not even thinking; what makes histology an important study for its confirmation. We report giant plantar keloids in a 26-year-old lady at the CNAM in Mali. The treatment consisted of total excision of the lesions followed by total skin grafting at the left foot of 4 keloids, three of which were large and one of small size and resection of a keloid with no more direct closure at the level of the right foot. This treatment was supplemented by infiltration sessions with triamcinolone acetate and pressure treatment with elastic bandage. After six months of observation, the patient had no difficulty walking and no recurrence was noted. Plantar keloids are very rare and the treatment of keloids in general remains a challenge for any practitioner hence the need to combine the different therapeutic methods.

Key words: Plantar keloid, pathological scarring, excision

1. Introduction

Alibert a inventé le terme chéloïde en 1806 (du mot grec pince de crabe) pour décrire les expansions latérales des cicatrices chéloïdiennes sur le tissu normal environnant. Historiquement la première mention du traitement des chéloïdes a été faite dans le papyrus de Smith d’Egypte en 1700 avant J.C (Stephen et Bryant, 2010).

Pendant le processus de cicatrisation normal il y a une réponse cellulaire hautement coordonnée pour restaurer la fonction et l’anatomie du tissu lésé. Mais la dégradation déficiente de la matrice interstitielle et le remodelage cicatriciel inadéquat, produisent un aspect rouge, hypersensible, rebondi et dure qui est caractéristique des chéloïdes (Bisbal et al.2009)

Une incidence de chéloïdes entre 4.5% et 16% a été reportée dans la population à prédominance noire et ce pourcentage va au-delà de 16% chez les noirs africains. Bien que les chéloïdes puissent se produire à tout âge, elles ont plus de probabilité de le faire entre 10 et 30 ans (Stephen et Bryant, 2010). L’incidence est la même chez les deux sexes (Stephen et Bryant, 2010), (Coiffman, 2010).

La cicatrice chéloïdienne constitue un véritable cauchemar pour les jeunes filles, surtout lorsqu’elle siège au niveau des zones exposées du corps (Traoré et al. 2000). Les chéloïdes au niveau des plantes des pieds sont très rares (Coiffman, 2010), (Kossoko et al. 2012).

Nous rapportons de chéloïdes géantes plantaires chez une jeune dame de 26 ans au centre national d’appui à la lutte contre la maladie (CNAM) au Mali. Le traitement a consisté une exérèse totale des lésions suivie de greffe de peau totale, d’infiltration avec de l’acétate de triamcinolone et usage de bande élastique.

2. Matériel et Méthodes

Observation /Patient et Méthode

Mme F.S âgée de 26 ans, avec antécédent de traumatisme au niveau des plantes des pieds suite à des piqûres d’épines.



Pied Gauche



Pied droit

Fig. 1 : Pied Gauche : vue plantaire

(Etat préopératoire des chéloïdes)

Pied droit : Vue médial infra malléolaire interne

Les cicatrices initialement très petites ont évolué progressivement jusqu'à provoquer des troubles physiques (difficultés à la marche de par leurs tailles au pied gauche foyer de 4 chéloïdes dont trois grandes et une de petite taille) et, une de taille moyenne au niveau du pied droit (fig. 1).

Après plusieurs visites médicales, elle a été reçue dans notre service suite à une référence depuis son aire de santé. Le bilan biologique était normal.

Le traitement chirurgical a consisté à l'exérèse des tumeurs pour les deux pieds en des temps chirurgicaux différents ; le pied droit après guérison du gauche (Fig. 2).

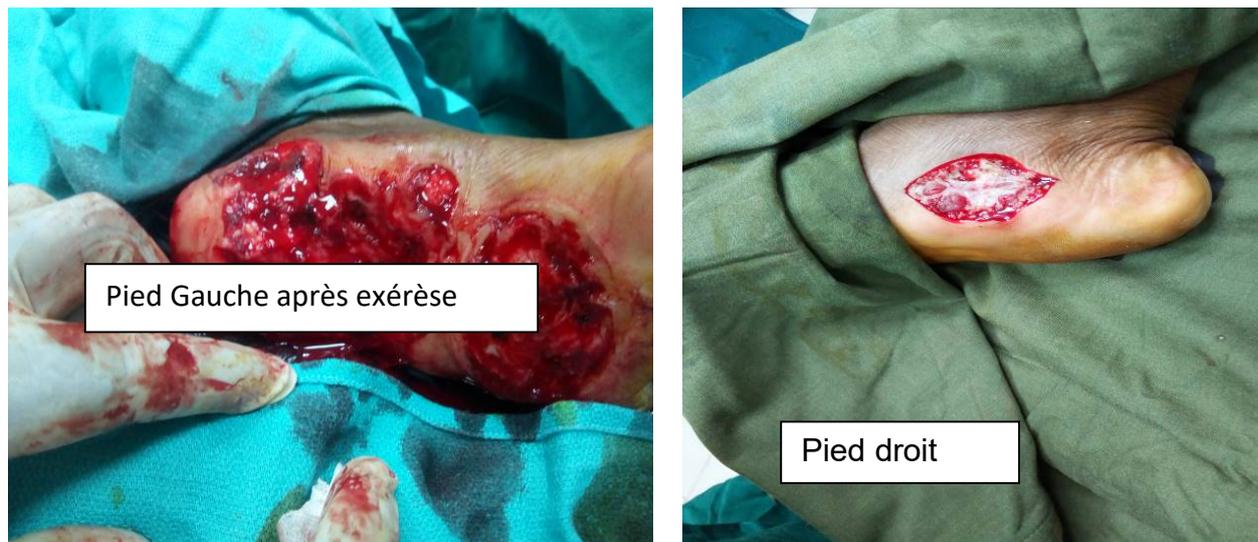


Figure 2 : Etat préopératoire

Une greffe de peau totale prélevée au niveau de l'hypogastre a été greffée à la zone résultante de l'exérèse au niveau du pied gauche. La greffe a été immobilisée pendant cinq jours avant le premier pansement selon la technique de Brown. La pièce anatomique a été envoyée pour étude anatomopathologique qui a informé un tissu cutané dont le derme est le siège d'une fibrose avec hyalinisation réalisant des travées de collagène et un épiderme atrophique tout en concluant un aspect histologique compatible avec le diagnostic d'une chéloïde sans signe histologique de malignité à la limite des fragments examinés.

3. Résultats

La patiente a été soumise à un traitement antibiotique préventif avec de l'amoxicilline 500 mg à trois prises par jour pendant une semaine.

Elle a été suivie régulièrement pendant 2 semaines en intervalle de trois jours. Lors du troisième pansement il a été noté des petites zones de nécrose partielle du greffon de la plante du pied concerné qui a ensuite cicatrisé spontanément (fig. 3)



Figure 3 : Pied Gauche après cicatrisation

Deux semaines après la récupération du pied gauche, le droit a été intervenu comme antérieurement dit et là nous avons procédé à une fermeture bord à bord après un léger décollement (fig.4). La suite a été assez simple.



Figure 4 : Pied droit au 3^{ème} jour d'évolution

Après un temps de 6 mois d'observation et avec des infiltrations à l'acétate de triamcinolone et le traitement par pression aucune récurrence n'a été constatée.

4. Discussion

Nous pouvons définir la chéloïde comme une tumeur cutanée bénigne, secondaire à une agression tissulaire, caractérisée par une prolifération anormale de tissu conjonctif, qui peut s'étendre au delà de la zone de la plaie et qui ne régresse pas spontanément (Bisbal et al.2009).

Les cicatrices chéloïdiennes se produisent aussi bien sur des plaies superficielles comme profondes et sont en relation avec le jeune âge et la peau noire. Les animaux ne peuvent être utilisés pour des investigations cliniques par ce que les chéloïdes se produisent uniquement chez les humains (Stephen et Bryant, 2010). Cliniquement elles se caractérisent par être une tumeur dure, d'épiderme fin et lisse, de couleur rouge ou pourpre, qui peuvent avoir des zones d'ulcération focalisée. Elles posent des problèmes de brûlure, de démangeaisons, de douleur, et dans certains cas une incapacité et une importante limitation fonctionnelle (Bisbal et al.2009). Cet état de fait a été constaté chez notre patiente.

Certaines chéloïdes sont sans douleur et d'autres douloureuses. Le motif de consultation de certains patients est le prurit dû à la surproduction d'histamine par les mastocytes. Laisser les chéloïdes sans traitement, elles peuvent continuer à se développer faisant ainsi leur traitement plus difficile. L'esthétique est la principale cause d'intervention médicale chez ces patients (Stephen et Bryant, 2010).

Les localisations les plus fréquentes sont les lobules des oreilles, les épaules, la zone pré sternale, et le dos.

En échange très rarement elles se présentent au niveau des paupières, les palmes des mains, les génitiaux et les plantes des pieds (Coiffman ,2010.)

Les chéloïdes au niveau des plantes des pieds sont très rares (Kossoko et al. 2012). Dû à leur rareté le diagnostic des chéloïdes plantaires peut être difficile (Vanhaecke et al.2000) et ; de par ne même pas le pensé ce qui fait de l'histologie une étude importante pour sa confirmation (Kossoko et al. 2012).

Du point de vu histologique, nous verrons de grosses bandes de collagène, hyalinisées, disposées en faisceaux, ainsi comme une grande quantité de fibroblastes qui tendent à s'orienter dans le même sens que les faisceaux de collagène (Bisbal et al.2009).

L'hérédité joue un rôle important sans être un facteur dominant dans la production des chéloïdes (Coiffman, 2010).

La chéloïde peut se confondre avec une cicatrice hypertrophique, un dermato fibrosarcome et autre lésion maligne fibromateuse. En cas de doute la biopsie éclairera le diagnostic. On ne doit pas oublier que la chéloïde peut souffrir une dégénération maligne (Coiffman ,2010).

Il n'y a pas réellement de traitement effectif contre les cicatrices chéloïdiennes. La résection chirurgicale est la méthode la plus fréquemment utilisée. Cependant, si elle ne s'accompagne pas d'autres mesures comme l'infiltration de corticoïdes, pression ou radiothérapie, le traitement échouera en un pourcentage très élevé des cas (Coiffman ,2010).

Beaucoup de traitements ont été proposés avec un indice élevé de récurrence, le pire ayant été l'exérèse chirurgicale simple, puisse qu'il est d'ordre de plus de 90% des cas et elles sont empirées à plus de 30% (Apfelberg et al. 1988), (Cosman et al. 1961). Autres procédures comme l'infiltration intra lésionnelle avec des corticoïdes (Kiil, 1977), le traitement par pression ; la cryothérapie (Zouboulis et al.1993), le laser (Sherman et Rosenfeld ,1998), les plaques de silicone (Ahn et al. 1991), (Ohmori, 1988), et diverses procédures combinées (Wittenberg et al.1999), ont eu un niveau de résolution très faible et un niveau de récurrence très élevé.

L'excision simple d'une chéloïde stimule une récurrence rapide jusqu'à 100 % du temps. L'excision intra marginale d'une chéloïde conduit également à la récurrence (Stephen et Bryant ,2010). La pression maintenue aide au contrôle de la chéloïde. Larson et col. (1971, 1976) ont prouvé que la pression sur la cicatrice diminue la formation de chéloïde.

Si la chéloïde est très grande, on doit remplacer la zone cruentée par un lambeau ou par une greffe de peau et de préférence de peau totale (Coiffman, 2010).

5. Conclusion

Les chéloïdes plantaires sont très rares. Le traitement des chéloïdes en général reste un défi pour tout praticien d'où la nécessité de combiner les différentes méthodes à la chirurgie et continuer à chercher un meilleur traitement. Le meilleur traitement serait la satisfaction du patient.

Conflit d'intérêt : les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt autour de cet article.

Référence

- Ahn St et al. 1991: "Topical silicone gel for the prevention and treatment of hypertrophic scar". Arch. Surg., 126,499.
- Apfelberg D.B.et al.1998: "Failure of carbon dioxide laser excision of keloids". Laser Surg. Med, 388.
- Bisbal J. et al. 2009: Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.Cir. plást. Iberolatinoam, 35, 4.
- Cosman B. et 1961 : "The Surgical treatment of keloids". Plas. Reconstr. Surg., 335.
- Coiffman F. 2010 : Cicatrices hipertróficas y queloides.Pages 315-319 in Cirugía plástica, reconstructiva y estética,Tomo I ,Tercera edición.
- Kiil J. 1977 : "Keloids treated with topical injections of triamcinolone acetonide". Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., 169.
- Kossoko H et al. 2012 : Chéloïdes palmaires et plantaires chez un noir africain. Chirurgie de la main, 31, 210-13.
- Mercer N.S. 1989: "Silicone gel in the treatment of keloid scars". Br.J.Plast.Surg. 83.
- Ohmori R.N. 1988: "Effectiveness of silastic sheet coverage in the treatment of scar keloid (hypertrophic scar)". Aesth. Plast.Surg, 95.
- Sherman R et Rosenfeld H. 1988 : "Experience with the Nd YAG laser in the treatment of keloid scars". Ann. Plast. Surg., 231.
- Traoré S.S. et al. 2000 : Les Chéloïdes propos de 52 cas traités à ouagadougou. Annales de chirurgie, 125(8) ,803-5
- Stephen Daane, and Bryant A. 2010 : Toth Keloids and Hypertrophic Scars. Plastic surgery secrets plus, 120-122
- Vanhaecke C et al 2000 : Plantar keloids : diagnostic and therapeutic issues in six patients.J Eur Dermatol Venereol. , 29(7) ,1421-6,
- Wittenberg GP et al. 1999 : "Prospective, Single-blind, Randomized, Controlled Study to Assess the Efficacy of the 585-nm Flashlamp-Pumped Pulsed-Dye Laser and Silicone Gel Sheeting in Hypertrophic Scar treatment". Arch Dermatol. 135,1049.
- Zouboulis C.C. et al 1993: "Outcomes of cryosurgery in keloids and hypertrophic scars: a prospective consecutive trial of case series". Arch Dermatol, 129,1146.