

Introduction

Les cicatrices chéloïdes sont des lésions fibroprolifératives bénignes résultant d'un dérèglement du processus normal de cicatrisation cutanée, caractérisé par une production excessive de collagène. Elles se distinguent des cicatrices hypertrophiques par leur extension au-delà des limites de la plaie initiale et par l'absence de régression spontanée. Leur survenue est favorisée par certains facteurs de risque tels que la prédisposition génétique, le phototype foncé et les zones de tension cutanée. Cliniquement, elles peuvent entraîner douleurs, prurit et gêne fonctionnelle, en plus d'un préjudice esthétique important. Leur impact psychologique est souvent significatif, altérant la qualité de vie des patients. Malgré les avancées thérapeutiques, leur forte tendance à la récurrence rend leur prise en charge particulièrement complexe et nécessite une approche multimodale adaptée.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 20 patients pris en charge pour cicatrices chéloïdes au sein de notre service sur une durée de 6 mois.

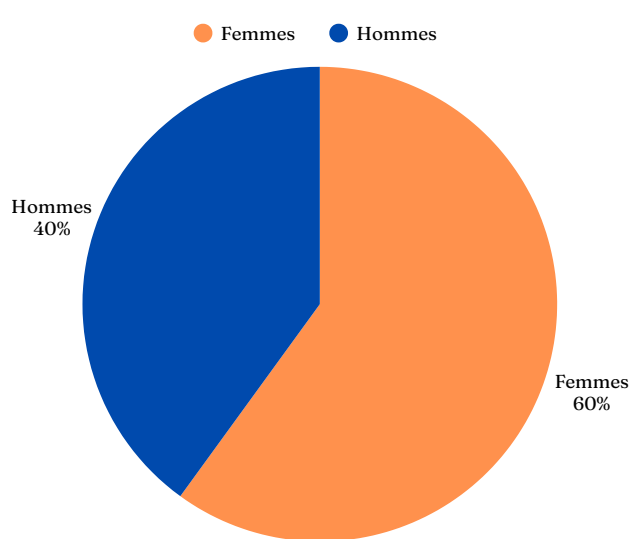
Les données recueillies comprenaient l'âge, le sexe, les antécédents médicaux, la localisation de la lésion et le facteur déclenchant, notamment chirurgie, traumatisme, brûlure ou piercing.

Les caractéristiques cliniques analysées incluaient la taille, l'ancienneté de la cicatrice et la symptomatologie associée, en particulier douleur et prurit.

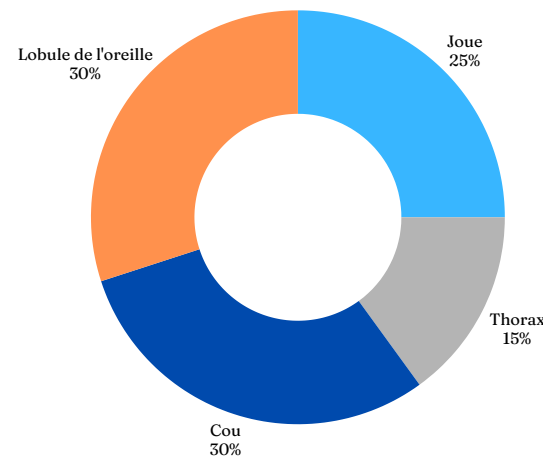
Les modalités thérapeutiques ont été étudiées en distinguant la chirurgie isolée et la chirurgie associée aux infiltrations intra-lésionnelles de corticoïdes et la compression postopératoire. L'évolution clinique a été évaluée au cours du suivi, en tenant compte de l'amélioration symptomatique, de l'aspect esthétique et du taux de récurrence.

Résultats

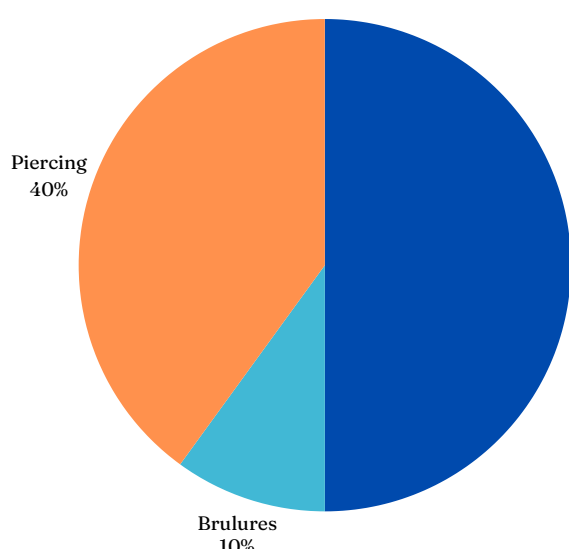
Répartition des patients selon le sexe



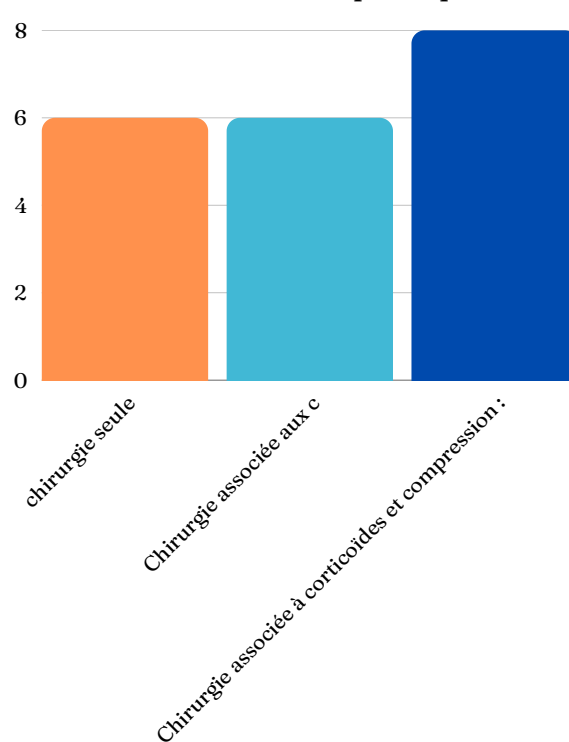
Localisation des cicatrices chéloïdes



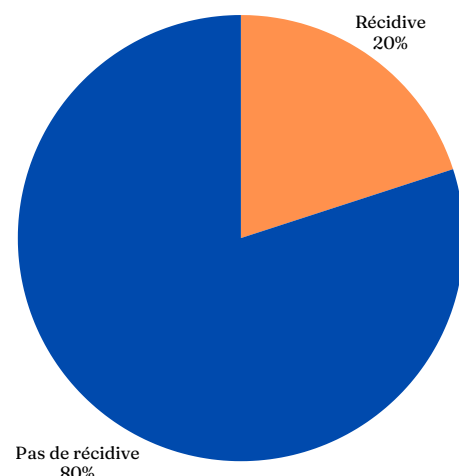
Facteurs déclenchants



Modalités thérapeutiques



Evolution clinique



Discussion

La prise en charge des cicatrices chéloïdes reste un défi thérapeutique en raison de leur nature fibroproliférative et de leur forte tendance à la récurrence.

L'expérience rapportée dans notre série souligne que la chirurgie seule, bien que permettant une excision complète de la lésion, est souvent insuffisante pour prévenir la récurrence.

L'association de traitements adjuvants, notamment les infiltrations intralésionnelles de corticoïdes, permet de moduler la prolifération fibroblastique et la synthèse excessive de collagène, réduisant ainsi significativement le risque de récurrence.

La littérature soutient également l'utilisation de mesures complémentaires telles que la compression postopératoire, la cryothérapie, la radiothérapie ou les pansements siliconés, en fonction de la localisation et de la taille de la cicatrice.

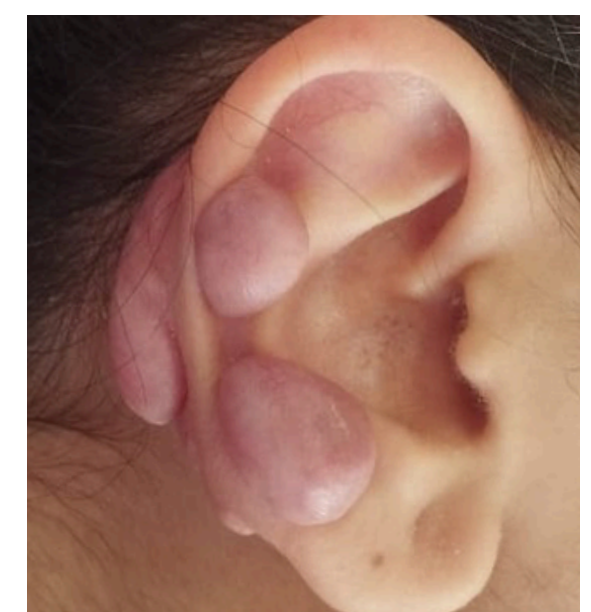
Ces interventions combinées doivent être adaptées à chaque patient, en tenant compte du terrain génétique, du phototype, de l'âge et de la zone anatomique concernée, certaines régions comme le lobule de l'oreille, le thorax ou le cou étant particulièrement exposées à la formation de chéloïdes.

Par ailleurs, l'évaluation clinique systématique de la symptomatologie (prurit, douleurs, gêne esthétique) permet de guider le choix des modalités thérapeutiques et d'anticiper les attentes des patients.

La prévention reste un volet essentiel, impliquant une information préalable sur le risque de chéloïde avant tout geste cutané, qu'il soit chirurgical, traumatique ou esthétique.

Enfin, un suivi prolongé est indispensable pour détecter précocement toute récurrence et ajuster la stratégie thérapeutique.

La personnalisation du traitement, combinant chirurgie et adjuvants selon les caractéristiques de la cicatrice et du patient, constitue ainsi la clé d'une prise en charge efficace, optimisant à la fois les résultats fonctionnels et esthétiques.



Conclusion

Les cicatrices chéloïdes représentent une pathologie complexe à fort impact fonctionnel et esthétique.

L'expérience rapportée à travers cette série de 20 cas souligne l'intérêt d'une approche thérapeutique multimodale pour améliorer les résultats et réduire les récurrences.

La chirurgie isolée expose à un risque élevé de repousse, alors que l'association à des traitements adjuvants, notamment les infiltrations de corticoïdes et la compression, semble optimiser le contrôle cicatriciel. Une sélection rigoureuse des indications et un suivi prolongé demeurent indispensables.

Ainsi, une prise en charge individualisée et combinée constitue la clé d'un résultat stable et satisfaisant.