

Chéloïdes sur peau noire : à propos de 456 cas

Keloids on dark skin: A consecutive series of 456 cases

Yedomon G.H., Adegbidi H., Atadokpede F., Akpadjan F., Mouto E.J., do Ango-Padonou F.

Service de dermatologie-IST, Centre national hospitalier universitaire, HK Maga de Cotonou, Bénin

Article accepté le 27/03/2012

Résumé. *Introduction.* Les chéloïdes sont des néoformations conjonctives particulièrement fréquentes sur peau noire. À partir de 456 cas, nous nous sommes intéressés aux aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques des chéloïdes sur peau noire. *Sujets et méthodes.* Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur vingt ans et ayant inclus tous les patients vus pour des chéloïdes pendant cette période. *Résultats.* La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15-24 ans (35,72 %) avec un sex-ratio égal à 0,66. Le prurit est le signe fonctionnel le plus fréquent (72,23 %). Les zones à très haut risque sont la face antérieure du tronc (39,57 %) et le visage (10,65 %). Les étiologies les plus fréquentes sont les traumatismes de diverses origines (75 %), parmi lesquels on note, par ordre de fréquence : les infections cutanées, les interventions chirurgicales, les pertes de substances cutanées et les brûlures. Les chéloïdes spontanées restent discutées. L'infiltration intralésionnelle de corticoïdes, utilisée isolément ou associée, demeure la thérapeutique de choix dans notre étude. *Discussion.* Nos résultats confirment la fréquence élevée des chéloïdes sur peau noire chez le sujet jeune, en particulier de sexe féminin. La face antérieure du tronc et le visage constituent les zones à très haut risque. *Conclusion.* L'étiologie posttraumatique des chéloïdes sur peau noire doit toujours être recherchée.

Mots clés : chéloïdes, peau noire, posttraumatique, Bénin.

Correspondance : Yedomon GH
<yedomonhubert@yahoo.fr>

Abstract. *Introduction.* Keloids are abnormal growths of fibrous tissue often seen on dark skin. We studied their clinical, epidemiological and therapeutic aspects in 456 consecutive cases. *Patients and methods.* This retrospective study covering a 20-year period describes and analyzes all patients seen for keloids during that period. *Results.* The age range of 15-24 year-olds was affected most often (35.72%), and the male/female sex ratio was 0.66. Pruritus was the most frequent symptom (72.23%). The zones at high risk for keloids were: the trunk (chest and abdominal area) (39.57%) and the face (10.65%). The most frequent causes were various sorts of trauma (75%), in descending order of frequency: cutaneous infections, surgical trauma, ulcerating lesions, and burns. The existence of spontaneous keloids remains controversial. Steroid infiltration used alone or with other medication remains the first-line treatment in our study. *Discussion.* Our study confirms the high frequency of keloids in dark skin, especially females. The trunk and face are zones at high risk for keloid formation. *Conclusion.* An underlying trauma must always be sought for keloids on dark skin.

Key words: keloids, black skin, posttraumatic, Bénin.

Les chéloïdes sont des néoformations conjonctives se présentant sous l'aspect de bourrelets durs et lisses souvent pourvus d'expansions périphériques en « pincettes d'écrevisse ». Elles sont particulièrement fréquentes sur la peau noire. Les chéloïdes posent souvent, selon leur localisation et leur taille, des problèmes d'ordre fonctionnel, esthétique voire psychologique. Malgré l'avancée de la science, le mécanisme étiopathogénique demeure encore flou et la prise en charge thérapeutique est diversement appréciée. Notre étude s'est intéressée aux aspects cliniques, épidémiologiques, étiopa-

thogéniques et thérapeutiques des cas de chéloïdes sur peau noire observés dans le service de dermatologie-IST du Centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou (Bénin).

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique effectuée à partir d'un échantillon exhaustif ayant inclus tous les patients venus consulter pour des chéloïdes dans le service de

dermatologie IST sur une période de vingt ans, allant de juin 1988 à décembre 2008.

L'appréciation des résultats de la prise en charge thérapeutique est fondée sur deux paramètres, à savoir l'évolution du prurit et/ou de la douleur, puis l'effacement ou non de la chéloïde. Ainsi, est considéré comme un résultat moyen, un léger ramollissement voire un effacement partiel de la chéloïde, associé à la persistance ou non du prurit ou de la douleur. Un résultat bon est défini par un effacement total de la chéloïde, avec une disparition du prurit et de la douleur.

Résultats

Nous avons retenu 456 patients présentant une lésion chéloïdienne.

La tranche d'âge la plus touchée par les chéloïdes se situe entre 15 et 24 ans, soit 35,72 % des patients.

Le sex-ratio est égal à 0,66.

Les signes fonctionnels ont été soulignés chez 216 de nos patients (47,36 %). Le prurit est le signe fonctionnel le plus fréquent (72,23 %), suivi de douleur + prurit (15,27 %) et de la douleur isolée (10,65 %).

La corrélation entre l'âge de la chéloïde et l'apparition des signes fonctionnels a permis d'objectiver que les signes fonctionnels sont prédominants au cours des deux premières années de la chéloïde, et quasi inexistant pour les chéloïdes de plus de dix ans.

Les localisations les plus fréquentes des chéloïdes dans notre étude sont : la face antérieure du tronc (34,53 %), le visage (10,65 %) et les bras, (8,21 %) (tableaux 1 et 2).

La forme clinique la plus fréquente est la chéloïde envahissante (50,23 %), suivie de la chéloïde nodulaire (43,85 %) et de la chéloïde mixte (nodulaire et envahissante,

Tableau 2. Classification des zones à risque de chéloïde.

Table 2. Classification of zones at risk for keloids.

Zones à haut risque	Face antérieure du tronc (34,53 %) Visage (10,65 %)
Zones à risque	Bras (8,21 %) Face postérieure du tronc (5,64 %) Région auriculaire (5,64 %) Cou (4,36 %) Cuisse (4,23 %) Avant-bras (4,23 %) Genou (3,85 %) Jambe (3,85 %) Coude (2,95 %) Pied (2,82 %)
Zones à faible risque	Nuque (2,05 %) Poignet (1,54 %) Main (1,54 %) Cheville (1,41 %) cuir chevelu (1,15)

5,92 %) (figure 1). Dans notre étude, les étiologies des chéloïdes sont retrouvées dans 75 % des cas. Elles sont exclusivement secondaires à des traumatismes variés (tableau 3).

Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, 75,87 % de nos patients ont été perdus de vue. Il s'agit des patients qui n'ont pas été revus pour une évaluation de l'évolution clinique de la chéloïde au cours du traitement. Les autres patients présentaient, pour 7,90 % d'entre eux, un résultat moyen, et pour 16,23 % un résultat bon. (figure 2). Chez ces 74 cas (16,23 %) de bons résultats, l'infiltration intralésionnelle aux corticoïdes retard constitue l'arsenal thérapeutique le plus fréquemment utilisé, soit isolément, soit en association avec l'oxacéprol ou les dermocorticoïdes, voire la chirurgie (tableau 4).

Tableau 1. Répartition des 779 lésions chéloïdiennes selon leurs sièges.

Table 1. Distribution of 779 keloids according to site.

Sièges des chéloïdes	Fréquence	Pourcentage (%)
Localisations cervicocéphaliques	Cuir chevelu	9
	Front	6
	Visage	83
	Tempe	4
	Région auriculaire	44
	Nuque	16
	Cou	34
Sous-total 1	196	25,16
Localisations tronculaires	Face antérieure	269
	Face postérieure	44
Sous-total 2	313	40,17
Localisations aux membres supérieurs	Bras	64
	Coude	23
	Avant-bras	33
	Poignet	12
	Main	12
Sous-total 3	144	18,48
Localisations aux membres inférieurs	Cuisse	33
	Genou	30
	Jambe	30
	Cheville	11
	Pied	22
Sous-total 4	126	16,17
Total	779	100

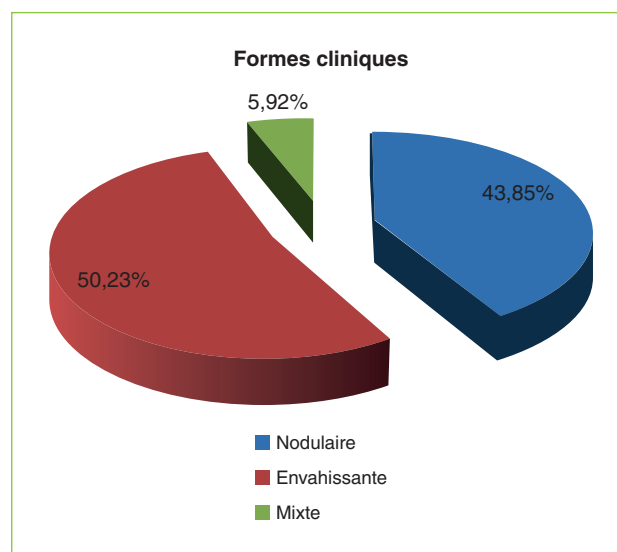


Figure 1. Répartition des chéloïdes selon les formes cliniques chez les 456 patients.

Figure 1. Distribution of keloids according to clinical form in 456 patients.

Tableau 3. Répartition des chéloïdes selon leurs étiologies.
Table 3. Distribution of keloids according to their cause.

Étiologies		Nombre de patients	Total	Pourcentage
Posttraumatique	Ethnique	6	21	4,60
	Rituelle	5		
	Thérapeutique	8		
	Non précisée	2		
	Scarifications		11	2,41
	Perçage d'oreille			
	Brûlures	38	48	10,52
	Chimique	8		
	Électrique	2		
	Tatouage		1	0,21
	Vaccination		2	0,42
	Piqûres d'insecte		1	0,21
	Piqûre de clou		2	0,42
	Perte de substance		53	11,62
	Morsure		5	1,1
	Séviçes corporels		1	0,21
	Intervention chirurgicale		59	12,93
	Corps étrangers		1	0,21
	Rasage		5	1,1
	Infections cutanées		69	15,13
	Blessures accidentelles (accident de voie publique)		11	2,41
	Blessures domestiques minimes par objets tranchants		52	11,40
Étiologie non précisée			114	25,00
Total			456	100

Discussion

La plupart des auteurs sont unanimes quant au risque élevé d'apparition des chéloïdes au cours de la seconde décennie de vie [1]. O'sullivan [2] souligne que cette fréquence des chéloïdes chez les sujets jeunes est liée à leur grande capacité à synthétiser du collagène. La prédominance féminine des chéloïdes

observée dans notre série au Bénin est confirmée en Côte d'Ivoire par Durand [3] qui, sur un échantillon de 125 cas de chéloïdes, note 56 % de cas féminins. Bloom [4], dans sa revue de littérature, souligne aussi une prédominance féminine avec un sex-ratio égal à 2. Dans notre étude, le prurit est le signe fonctionnel le plus fréquent (72,23 %), suivi de la douleur (10,65 %). Ces résultats sont superposables à ceux de Berman

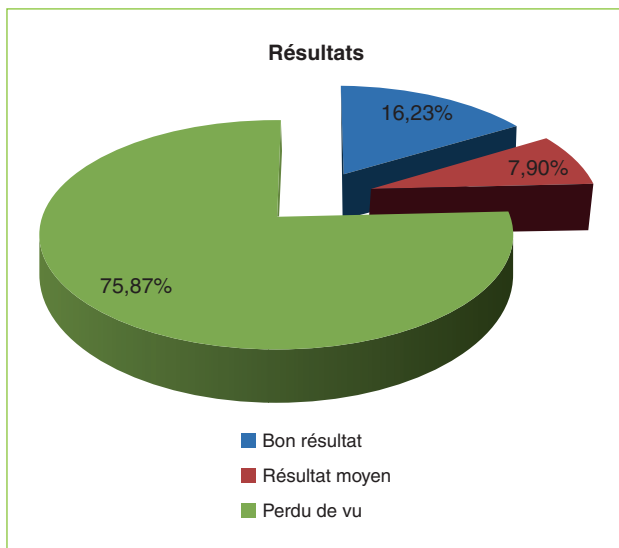


Figure 2. Répartition des 456 cas de chéloïdes selon la prise en charge thérapeutique.

Figure 2. Distribution of 456 patients with keloids according to treatment.

Tableau 4. Les bons résultats obtenus en fonction du type de traitement.

Table 4. Positive results according to type of treatment.

Type de traitement	Bon résultat	
	Effectif	Pourcentage %
Infiltration aux corticoïdes	15	20
Dermocorticoïde + infiltration aux corticoïdes	19	26
Oxacéprol crème + oxacéprol gélule + infiltration aux corticoïdes	10	14
Oxacéprol crème + oxacéprol gélule + dermocorticoïde	5	7
Oxacéprol crème + oxacéprol gélule + dermocorticoïde + infiltration aux corticoïdes	16	22
Dermocorticoïde + pressothérapie + oxacéprol crème + oxacéprol gélule	4	5
Dermocorticoïde + pressothérapie + infiltration aux corticoïdes + oxacéprol crème + oxacéprol gélule	1	1
Chirurgie + infiltration aux corticoïdes + oxacéprol crème + oxacéprol gélule	4	5
Total	74	100



Figure 3. Chéloïde nodulaire posttraumatique : perçage d'oreille.

Figure 3. Nodular posttraumatic keloid: ear piercing.

[5] et de Lee [6]. Pour ce dernier, l'origine du prurit serait liée à la forte présence dans le tissu chéloïdien de mastocytes, dont la dégranulation entraînerait une forte libération d'histamines. La face antérieure du tronc et le visage constituent les zones à haut risque (*figures 3-5*). Notre classification se rapproche de celle de Crockett [7], qui, à partir de 46 cas de chéloïdes observés chez des Noirs du Soudan, place dans les zones à haut risque la région présternale et la partie supérieure du dos. Nous pensons que la détermination des zones à risques est d'un grand intérêt dans la prise en charge thérapeutique des chéloïdes, tant préventive que curative. Dans notre étude, 25 % des cas de chéloïdes sont d'étiologie non précisée. Gahongayire [1], au Congo-Kinshasa, a observé 48,6 % de cas de chéloïdes d'étiologie non précisée à partir d'une étude rétrospective portant sur 768 cas. Dans ce groupe de chéloïdes d'étiologie non précisée, il doit certes exister des chéloïdes spontanées, qui se développent sur une peau apparemment saine ; leur



Figure 5. Chéloïde mixte posttraumatique : zona intercostal.

Figure 5. Posttraumatic mixed keloid: intercostal area.



Figure 4. Chéloïde envahissante posttraumatique : brûlure thermique.

Figure 4. Posttraumatic invasive keloid: burn.

existence est néanmoins controversée, mais entretenue par des hypothèses étiopathogéniques et physiopathogéniques quant au processus chéloïdien, au demeurant encore flou [8, 9]. En effet, plus l'interrogatoire est approfondi et précis, plus l'on retrouve une notion de microtraumatisme passé inaperçu ou oublié. Au sujet des chéloïdes posttraumatiques retrouvées chez 75 % de nos patients, il apparaît que les chéloïdes secondaires aux infections cutanées sont les plus fréquentes, suivies par les chéloïdes secondaires aux interventions chirurgicales et celles secondaires aux pertes de substances. Dans la série de Lorofi [10], les pertes de substances constituent la cause la plus fréquente, les infections cutanées occupant la 3^e place.

Sur le plan thérapeutique, nos bons résultats concordent avec ceux d'Elbaz [11], qui confirment l'efficacité de la corticothérapie intralésionnelle, même lorsqu'elle est utilisée isolément. Courbil [12], à Dakar, a également obtenu de bons résultats avec les infiltrations intralésionnelles de corticoïdes, particulièrement sur des chéloïdes anciennes et stables. En cas d'excision chirurgicale, la règle est de toujours associer un autre traitement. Salles [9] insiste sur les bons résultats de l'association excision-suture-infiltration-pressothérapie (E-S-I-P), indiquée dans les régions à grande laxité, ou ceux de l'association excision-lambeaux-infiltration-pressothérapie (E-L-I-P) pour les zones à fort risque de tension. La curiethérapie à l'iridium 192 après chirurgie aurait, d'après certaines études [13, 14], de bons résultats ; toutefois, elle demeure techniquement inaccessible pour la plupart des pays africains, et l'avenir est probablement aux thérapies cellulaires ciblées [15].

Conclusion

Les chéloïdes sont souvent d'étiologies posttraumatiques. Par ailleurs, la détermination des zones à risque de chéloïdes est d'un grand intérêt dans la prise en charge préventive et curative des chéloïdes.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. Gahongayire F, Simonart T, Heenen M, Paku M. Étiologie des chéloïdes à Kinshasa (République démocratique du Congo): étude rétrospective chez 768 malades. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 : 1174-5.
2. O'Sullivan ST, O'Shaughnessy M, O'Connor TP. Aetiology and management of hypertrophic scars and keloids. *Ann R Coll Surg Engl* 1996 ; 78 : 168-75.
3. Durand P. Contribution à l'étude des chéloïdes et leur traitement par infiltration de corticoïde retard au dermojet, Thèse de médecine, Abidjan, 1980.
4. Bloom D. Heredity of keloids; review of the literature and report of a family with multiple keloids in five generations. *N Y State J Med* 1956 ; 56 : 511-9.
5. Berman B, Bielewicz HC. Keloids. *J Am Acad Dermatol* 1995 ; 33 : 117-23.
6. Lee YS, Vijayasingam S. Mast cells and myofibroblasts in keloid: a light microscopic, immunohistochemical and ultrastructural study. *Ann Acad Med Singapore* 1995 ; 24 : 902-5.
7. Crockett DJ. Regional Keloid Susceptibility. *Br J Plast Surg* 1964 ; 17 : 245-53.
8. Pitche P. Quelle est la réalité des chéloïdes « spontanées »? *Ann Dermatol Venereol* 2006 ; 133 : 501.
9. Salles F, Thiery G, Lari N, Adam S, Morand JJ. Problématique pathogénique et thérapeutique des chéloïdes. *Med Trop* 2009 ; 69 : 221-7.
10. Lorofi R. Les chéloïdes : considérations étiopathogéniques, Thèse de médecine, Abidjan, 1979.
11. Elbaz J. L'utilisation locale du Diprostène dans le traitement des cicatrices hypertrophiques et chéloïdes. *Gazette médicale de France* 1978 ; 85 : 1319-23.
12. Courbil J, Rodier J, Diagne L, Merrien Y, Dabo T, Lacour-Gayet F. A propos du traitement des chéloïdes anciennes. *Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr* 1976 ; 21 : 200-2.
13. Bodokh I. Prise en charge thérapeutique des chéloïdes. *EMC Cosmétologie et Dermatologie esthétique* 2003;[50-460-A-10].
14. Peiffert D, Chassagne JF, Pernot M, et al. Chirurgie et curiethérapie des chéloïdes. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1995 ; 96 : 108-12.
15. Salles F, Thiery G, Lari N, Adam S, Morand JJ. Problématique pathogénique et thérapeutique des chéloïdes. *Med Trop* 2009 ; 69 : 221-7.