

Ministère de l'Education Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple- Un But- Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2006-2007

Thèse N°

THESE

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, ET PRISE EN CHARGE
DERMATOLOGIQUE DES CHELOIDES DANS LE SERVICE DE
DERMATO- VENEREOLOGIE DU CNAM (ex Institut Marchoux) .
Bamako(Mali)

Présentée et soutenue publiquement le2007 à Devant la faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Présentée et soutenue publiquement le.....2007 à.....Devant la faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Monsieur HASSANE COULIBALY**

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

JURY

Président : Professeur ALHOUSSEINI AG MOHAMED

Membre : Professeur TIEMAN COULIBALY

Codirecteur : Docteur OUSMANE FAYE

Directeur de Thèse : Professeur SOMITA KEITA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN : Anatole TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR Drissa DIALLO : - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ÈME} ASSESSEUR : Sekou SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE- PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE : Madame COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR
DES FINANCES.**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Ali GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie- Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Medicine interne

Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1 PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Salif DIAKITE

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R

O.R.L

Urologie

Gynéco-Obstétrique

Anesthésie- Réanimation

Gynéco Obstetrique

2 MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie viscérale

3 MAITES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortopédie Traumatologie

4 MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique

5 ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie

Dermatologie

Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Togola Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr ALY TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mme Djèneba DOUMBIA
Mr Tiemogo D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Anesthésie réanimation
O.R.L
O.R.L
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie Traumatologie
Urologie
Gynéco Obstétrique
Anesthésie réanimation
Odontologie
Odontologie
O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1 PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné Bayo
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale et Minérale
Bactériologie Virologie
Anatomie pathologie Histo-embryologie
Biologie
Biologie
Chimie organique
Parasitologie-Mycologie-Chef de D.E.R

2 MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Yénimegue Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDO

Chimie Organique
Immunologie
Histo embryologie
Bactériologie Virologie

3 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdramane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4 MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M. TRAORE
Mr Abdouleye DABO
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie-Virologie

Dermatologie

Mr Benoit KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Boureima KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE

Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie- Virologie
Anatomie pathologie

5 ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA

Medecine interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, Chef de D.E.R
Nephrologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine interne
Hématologie
Gastro-entéro-Hépatologie
Dermato-Leprologie

2 MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pneumo Phtisiologie
Cardiologie
Médecine interne
Radiologie

3 MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO
Mme TRORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA.

Médecine interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Sahari FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assetou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Daouda K. MINTA
Mr Soungalo DAO

5 ASSISTANTS

Mr Cheick Oumar GUINDO

Néphrologie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie
Pneumologie
Psychiatrie
Maladie infectieuses
Maladie infectieuses

Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie Analytique

2 MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA (in mémorium)
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie chimique

3 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie Chef de D.E.R

4 MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoit KOUMARE
Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA

Chimie Analytique
Matières Médicales
Galénique
Toxicologie

Dermatologie

Mr Yaya KANA

Galénique

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1 PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2 MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3 MAITRE DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4 MATRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama Diawara

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassana A. DICKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Bokary Y. SACKO

Biochimie

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymana GUINDO

Gestion

Mme Dembele Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du milieu

Mr Arouna COULIBALY

Mathématiques

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Souleymana COULIBALY

Psychologie Médicale

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr Boubacar TRAORE

Pharmacognosie

Mr Saibou MAIGA

Législation

Mr Oumane KOITA

Parasitologie Moléculaire

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Seydou Doumbia

Epidémiologie

Mr Oumar THIERO

Bio Statistique

Mr Mangara M. BAYOKO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire

Médicale

Mr Abdoulaye TOURE

Entomologie Moléculaire

Médicale

Dermatologie

Mr Djibril SANGARE
Médicale
Mr Mouctar DIALLO

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou Papa DIOP

Entomologie Moléculaire

Biologie Parasitologie

Bromatologie
Pharmacodynamie
Pathologie infectieuse

Biochimie

DEDICACES

Bismillahi Rahmaani Rahiim

Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux

Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah wa t'Allah

Lis, au nom de ton Seigneur qui a crée,

Qui a crée l'homme d'une adhérence,

Lis ! Ton Seigneur est très noble,

Qui a enseigné par la plume « le Calame »,

A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'Adhérence » verset 1 à 5.

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie,

Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toutes circonstances et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « ***CHAHADA*** ».

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande, ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

A mon père Bréma COULIBALY

Exemple de fermeté et de droiture,

Ton calme n'a sans doute pas été une indifférence, mais celui de la sagesse et de la conviction religieuse. Que ce travail, fruit de tes efforts soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

❖ **A ma mère : Aminata KONE dite Maman**

Femme sage, humble, prévenante, attentionnée, vigilante : tu es un exemple de vertu et de modestie.

Maman, tu as aujourd'hui un fils qui a choisi la médecine comme métier.

Puisse ce travail être un début de couronnement de tes efforts.

Qu'Allah le tout puissant te garde le plus longtemps possible à nos côtés !

❖ **A mes frères : Moussa, Harouna, Sidi**

Nous avons longtemps cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans les souffrances. J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

❖ **A mes sœurs : Assetou, Batoma**

Je crois que vous serez fières de ce travail.

❖ **A mon oncle Mamadou BALLO et ma tante Maimouna SANGARE**

Vous m'avez accueilli à Bamako avec beaucoup de sympathie, ce qui m'a permis de terminer mes études supérieures. Je vous suis infiniment reconnaissant.

❖ **A ma fiancée Awa BALLO**

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. Tu n'as ménagé aucun effort pour l'aboutissement de ce travail.

Je profite de ce canal pour te réitérer ma profonde affection et ma gratitude.

❖ **A mon tonton Sidiki BALLO**

Tu m'as toujours soutenu, grâce à tes conseils, j'ai acquis une certaine expérience dans ce monde. Tu es un repère pour moi. Du fond de mon cœur je t'exprime ma reconnaissance. A toi longue vie et prospérité.

❖ **A mon fils Ibrahim COULIBALY, je te souhaite longue vie.**

REMERCIEMENTS

MES REMERCIEMENTS VONT :

A la direction et le corps enseignant de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie pour la qualité des formations données.

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

A tout le personnel du service de dermatologie, votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, et il fait aussi bon d'être à votre compagnie ; merci pour tout, je vous serai reconnaissant.

A tous mes maîtres de stage : Pr Keita Somita, Dr Traoré Pierre, Dr Hawa Sagara, Dr Ousmane Faye, Dr Karim Coulibaly et feu **Dr Cissé Binta Touré** (paix à son âme). Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

A Mme Dako Sanata Koné, Mme Sogoba Jokebed, Mademoiselle Martha Samaké , Mme Traoré Djénéba Traoré, pardonnez moi de mes plaisanteries quelque fois de mauvais goût et merci pour votre disponibilité.

A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie : le Major Guimba Camara, Siaka Sanogo, Alexis Tienou, Lassana Coulibaly,

Namory Camara les infirmiers et infirmières ; sans vous ce travail serait périlleux, je vous suis reconnaissant.

A mon frère et ami Mr Ibrahim Koumare et sa femme Koumare Lala Nafissa Bengeloun cher ami merci de ton soutien et tes conseils aux moments difficiles. Que Dieu donne longue vie à votre foyer.

A mes amis: Madou Tangara, Nouhoum Keïta, Mamadou Konaté, Moustapha Keïta, Boubacar Koumaré, Bakary Tangara, Youba Tangara, Mamoutou Traoré, Seydou Doumbia. Bakary Cissé.

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 mes beau-frères Bourama Ballo, Zoumana Ballo: Je ne saurais vous remercier pour le soutien moral physique et matériel que vous m'avez accordé. Merci une fois de plus. Que dieu vous bénisse !

A mes amis et compagnons d'études : Dr Boubacar Maïga , Dr Macki Traoré, Mamadou kaba Sow, Issa Doumbia, Lassana Coulibaly, je vous remercie pour votre soutien.

A mes aînés : Dr Kader Alzouma, Dr Sidiki Sangare, Dr Alima Keita, Dr Boubacar Cissé, Dr Lassine Cissé, Dr Nouhoum Waigalo, Dr Sadio Keita

A mes collègues internes: Mamadou Bah, Gassaga Sissoko, Abraham Koné, Mamadou Gassama, Koureïssi Tall, Amos Sidibe, Binta Guindo , Alou Keïta . Nous avons partagé tant de moment de dur labeur, de détente, de peine et de

bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles !

A mes cadets : Jean Dembele, Jean Coulibaly, Oumar Kampo, Daouda Simpara, Moussa Soumouthera, Prosper Mounkoro, Korotoumou Coulibaly en témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail

Mes remerciements s'adressent particulièrement à tous les délégués médicaux des laboratoires : Pierre Fabre, Sandoz, Innotech, Schéring Ploug, UCB Pharma, Novartis.

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES ET JUGES

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire.

Et le simple alors est de recourir aux bons offices d'un maître compétent ».

(GEORGES GUSDORF)

**A notre Maître et Président du jury, Professeur ALHOUSSENI
AG MOHAMED**

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale.
- Président de l'Ordre National des Médecins.
- Président de la société malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale.
- Membre fondateur de la société d'ORL d'Afrique Francophone et de la Société Panafricaine d'ORL.
- Ancien vice doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
- Chef de service ORL du CHU Gabriel Touré.
- Chevalier de l'Ordre National du Mali.
- Chevalier de l'ordre national du Sénégal.

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité et votre modestie. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des maîtres appréciés de la faculté.

Recevez, ici cher maître l'expression de notre reconnaissance

A notre Maître et juge Professeur TIEMAN COULIBALY.

- Chirurgien Orthopédiste et traumatologue du CHU Gabriel Touré.
- Maître de conférence à la FMPOS de Bamako.
- Membre de la société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

Cher maître vous avez toujours été à l'écoute de vos élèves. Votre savoir, votre rigueur dans le travail, votre attention, sans pareils vis à vis des autres vous valent toute notre admiration.

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

A notre Maître et codirecteur: Docteur OUSMANE FAYE.

- Spécialiste en dermatologie et en anatomopathologie Dermatologique.
- Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM).

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse :Professeur SOMITA KEITA

- Professeur titulaire de l'université en Dermato-Lepro-Vénérologie.
- Chef du département Dermato-Lépro-Vénérologie à la FMPOS
- Chevalier du mérite de la santé
- Chef de l'unité de Dermato-Vénérologie au CNAM.

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

Vous êtes toujours resté 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 à votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant 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.

Puisse Allah vous accordez longue vie

ABREVIATIONS ET SIGLES :

AKN : Acne Keloidalis Nuchae.

ATB: Antibiotique.

C à C : Cuillère à Cafe .

C à S : Cuillère à Soupe.

Cp : Comprime

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

EPST : Etablissement Public à Caractère Scientifique et Technologique

FGF: Fibroblast Growth Factor

FMC : Formation Médicale Continue

g : gramme

% : Pourcentage

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IEC : Information Education Communication

J : jour

J C : Jésus Christ

mg : milligramme

ml : millilitre

mn : minute

N°: numéro

OCCGE : Organisation pour la Coopération et la Coordination dans la lutte contre les Grandes Endémies.

SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience humaine Acquis

TGF: Transforming Growth Factor

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
I/ GENERALITES.....	5
II/ METHODOLOGIE.....	26
III/ RESULTATS.....	31
IV/ ICONOGRAPHIE.....	47
V /COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	49
VI/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	54
VII/ REFERENCES.....	57
VIII/ ANNEXES.....	63

- Fiche signalétique
- Fiche d'enquête
- Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les chéloïdes sont des tumeurs bénignes cutanées exubérantes développées au dépend du derme avec des prolongements radiculaires lui donnant un aspect de pinces d 'écrevisses (1).

Elles doivent être distinguées des cicatrices hypertrophiques qui, dans la majorité des cas rétrocedent spontanément (2, 3) ; quoique certaines d'entre elles connaissent une évolution indéfinie et peuvent devenir de vraies chéloïdes

Ces affections, d'évolution chronique quoique non mortelle comportent de sérieux préjudices fonctionnel et esthétique.

La fréquence des chéloïdes est différemment appréciée dans la littérature. Elle est estimée à 16% des cas parmi les adultes au Zaïre selon une étude contre 0,09 pour cent parmi les adultes en Angleterre selon la même étude (4). D'autres études estiment que les chéloïdes sont 2 à 19 fois plus fréquentes chez les noirs que chez les blancs. (5,6)

La dernière étude malienne sur ce sujet date de 1994, elle s'est surtout intéressée aux aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des chéloïdes cervico-faciales (7). Depuis aucune étude n'a été faite sur les autres localisations des chéloïdes.

La fréquence de ces affections, est en augmentation d'une année à l'autre au cours de nos consultations dermatologiques.

Le recensement effectué à partir de nos registres de consultation nous a permis de noter 180 cas de chéloïdes sur 22427 consultations soit (0,8%) en 2004 ; 196 cas sur 22015 consultations soit (0,9%) en 2005. Cette fréquence a atteint 1,01% en 2006.

Les malades proviennent de toutes les régions du pays, les lésions sont polymorphes et leur prise en charge donne des résultats diversement appréciés.

Le but de notre étude est de réactualiser nos connaissances sur les aspects épidémiologiques cliniques et de rapporter notre expérience dans la prise en charge des cas.

1/ OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et les modalités de prise en charge des chéloïdes au service de dermato-vénérologie du CNAM de BAMAKO.

2/ OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des cas de chéloïdes observées dans le service.
- Décrire les aspects cliniques des chéloïdes observées.
- Décrire les modalités de prise en charge des cas et leurs résultats.

GENERALITES

I/ GENERALITES

A- RAPPEL DE LA STRUCTURE DE LA PEAU :

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

1- L'EPIDERME

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, 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 couche 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 les cellules de Langherans qui représentent la sentinelle immuno-allergique.

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- 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.

STRUCTURE DE LA PEAU

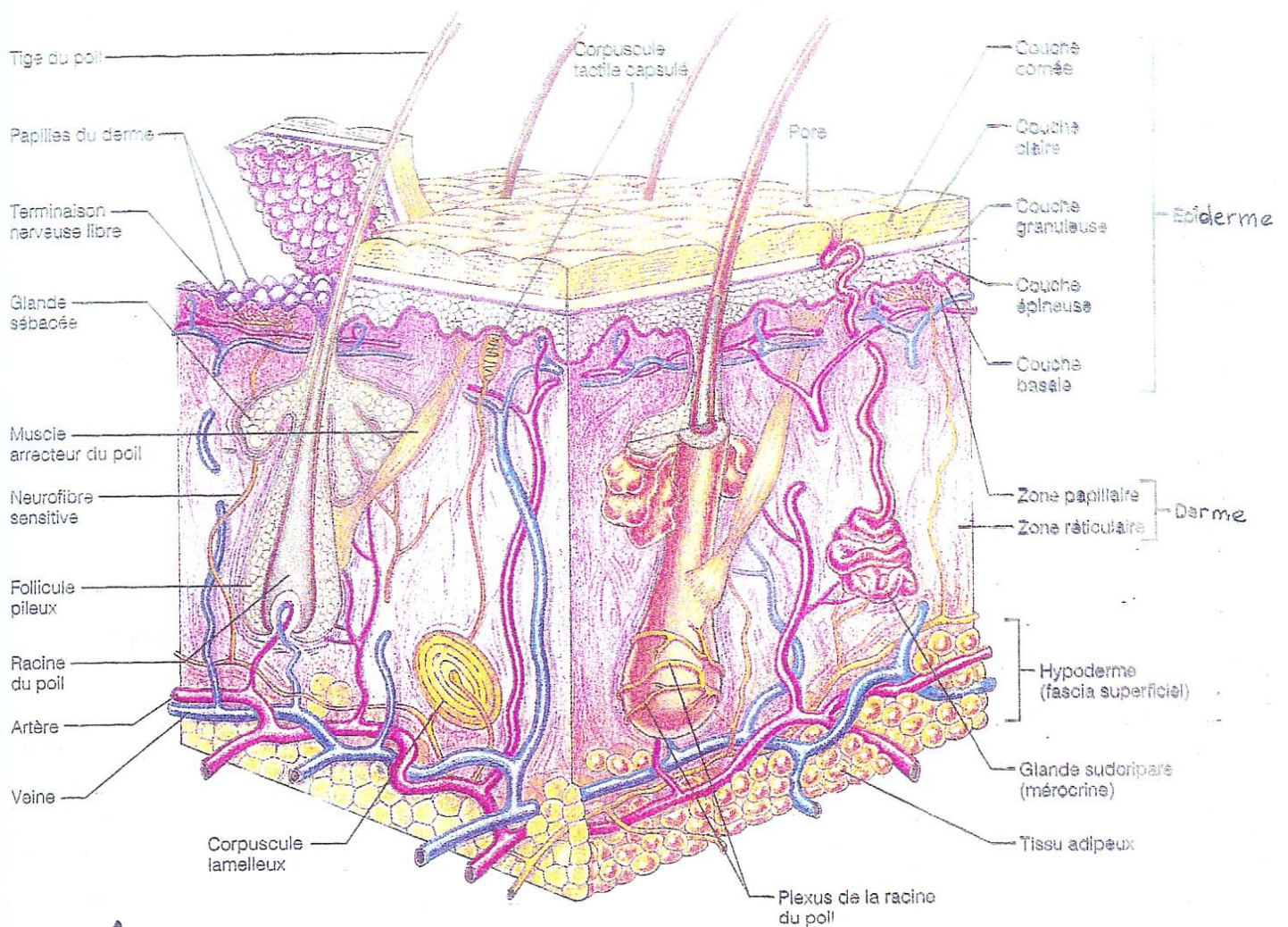


FIGURE 1

Structure de la peau. Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

B/ ETUDE CLINIQUE

1- DEFINITION :

La chéloïde est une tumeur fibreuse intra dermique développée aux dépens du derme avec des prolongements radiculaires lui donnant un aspect de pince d'écrevisse.

2-HISTORIQUE :

- ✓ Jean Louis Alibert (1768-1837) a décrit ces lésions en 1806 et les a appelées cancroïdes. Plus tard il a changé le nom en chéloïdes pour éviter la connotation de cancer.
Chele = la griffe de crabe et le suffixe Oid = aime (9).
- ✓ Kaposi Retz a pu décrire les chéloïdes en 1790 comme une tumeur cicatricielle d'origine supposée spontanée qu'il nomme la graisse de la dartre chez les Yorubas, une tribu de Nigeria (9).
- ✓ Le concept de la transmission familiale des chéloïdes a été évoqué dès les années 800 après J.C (9).

3- CLASSIFICATION :

Les chéloïdes sont traditionnellement classées en :

- Chéloïdes post lésionnelles ou secondaires : qui ont une origine traumatique (brûlure, chirurgie, blessure, acné, vaccination). Les régions cervicale et thoracique supérieur sont plus propices à la survenue de telles lésions.
- Chéloïdes spontanées ou primaires surviennent sans la précession d'une lésion préexistante. Cette forme qui représente la « maladie chéloïdienne » est fréquente chez les sujets a peau noire, elles sont multiples et de localisation généralement cervico-thoracique et quelquefois très invalidantes. (14).

4. PHYSIOLOGIE DE LA CICATRISATION (9 ; 10)

Lorsqu'un agent extérieur provoque une interruption de continuité de la peau, les diverses cellules qui la composent produisent d'emblée des cytokines leur permettant de communiquer entre elles afin d'éliminer les éléments externes et de reconstituer le tissu altéré.

Pour la simplification didactique, les étapes de la cicatrisation sont divisées en phase hémostatique, phase inflammatoire, phase proliférative et phase de maturation et remodelage. Entre ces phases se trouvent intriquées les différentes activités cellulaires, matricielles et celle des facteurs de contrôle.

4 –1/ Phase hémorragique, hémostatique et de coagulation.

Dès qu'il y a perte de substance à l'intérieur du derme, une hémorragie se produit. L'extravasation sanguine est immédiatement suivie par une vasoconstriction. Une hémostase de qualité dépend de l'adhésion et de l'agrégation des plaquettes. Elles adhèrent tout d'abord au tissu conjonctif interstitiel puis sont activées, s'agrègent et induisent la coagulation sanguine. C'est la thrombine générée localement et les collagènes fibrillaires qui activent les plaquettes pour finalement entraîner le caillot de fibrine. Pour la coagulation sanguine elle même, l'événement critique dans tous les cas est l'expression d'une surface qui assure la promotion de l'absorption et l'activation de coenzyme de coagulation spécifique. La coagulation sanguine se termine quand les stimuli initiation du caillot se dissipent. Entre autre, la production de protéines C et la libération de l'activateur du plasminogène font débiter la lyse du caillot. Cette dernière est contrôlée de façon tout aussi rigoureuse que la coagulation. Il est évident que l'hémostase est une fonction majeure de la coagulation sanguine. Cependant, dans la coagulation, d'autres fonctions existent telles que le fait de donner une matrice nécessaire pour le recrutement de cellules à un endroit blessé. La fibrine en accord avec la fibronectine, agit comme une matrice pour l'afflux de monocytes et de fibroblastes dans la suite.

4 – 2/ **Phase inflammatoire :**

a) Phase inflammatoire précoce :

Au cours de la coagulation, le complément est activé par la voie classique et la voie alterne. Cette cascade entraîne entre autre la production des anaphylatoxines C3-a et C5-a. Ces produits augmentent directement la perméabilité des vaisseaux sanguins, ils sont chimiotactiques pour les polynucléaires neutrophiles et ultérieurement les monocytes. Ils stimulent également la libération d'autres médiateurs vaso-actifs tels que l'histamine et la leucotriènes C4 et D4 à partir des mastocytes. L'activation des neutrophiles par des chimio-attractants stimule la libération des élastases et de collagenase qui peuvent faciliter la pénétration par ces cellules des membranes basales des vaisseaux sanguins. L'infiltration neutrophilique cesse habituellement en quelques jours s'il n'y a pas eu de contamination bactérienne de la plaie. Les chimio-attractants stimulent les monocytes circulants qui s'attachent aux cellules endothéliales des vaisseaux sanguins à l'endroit de la plaie pour migrer à travers la paroi à l'intérieur de l'interstitium.

b) Phase inflammatoire tardive :

Les neutrophiles présents dans le tissu viable deviennent sénescents en quelques jours et vont être phagocytés par les macrophages tissulaires. C'est cet élément qui marque la fin de la phase inflammatoire précoce.

L'adhérence des monocytes au milieu extra cellulaire stimule ces derniers à se métamorphoser en macrophages. Les macrophages sont armés pour débrider par phagocytose et digestion enzymatique des organismes pathogènes, des débris tissulaires et les neutrophiles sénescents. Dans les jours qui suivent, les lymphocytes sont attirés. De concert avec les cellules précédentes, ils vont entraîner, via les facteurs de croissances fibroblastiques acides et basiques (a-FGF et b-FGF), une prolifération fibrinolytique tandis que l'interleukine 8 et le VEGF (Vascular Endothelial Growth factor) permettent la migration et la réplication des cellules endothéliales. Nous entrons dès lors dans une autre phase.

4-3/ Phase proliférative :

Dans les heures qui suivent la plaie, la réépithélialisation débute par la dédifférenciation des kératinocytes. Une rétraction des microfibrilles intracellulaires avec dissolution de la plupart des desmosomes et hémidesmosomes permet aux cellules de la périphérie de la plaie de perdre leur polarité apicale-basale et d'étendre des pseudopodes de leur côté baso-latéral libre à l'intérieur de la plaie. Ce phénomène de migration des cellules épithéliales est fondamental. Ce n'est qu'après un jour ou deux que les cellules épithéliales de la bordure de la plaie initiale commencent à proliférer pour générer une population additionnelle de cellules migrantes. Les kératinocytes dédifférenciés migrent sur une matrice provisoire consistante en fibrine, fibronectine, collagène de type I.

Les macrophages de la phase inflammatoire tardive produisent une source continue de cytokines nécessaires pour stimuler la fibroplasie et l'angiogenèse qui forme le tissu de granulation. Les fibroblastes construisent une nouvelle matrice extra cellulaire nécessaire pour soutenir la croissance des cellules et les vaisseaux sanguins apportent l'oxygène et les nutriments nécessaires pour soutenir le métabolisme cellulaire. La fibroplasie est une part du tissu de granulation qui provient des fibroblastes et est constituée de la matrice extracellulaire déposée par les fibroblastes aussi bien que des fibroblastes eux-mêmes. La migration fibroblastique apparaît avant leur prolifération. Tandis qu'ils migrent dans l'espace de la plaie, ils rétractent leur réticulum endoplasmique et leur appareil de Golgi pour former les filaments d'actine dans la périphérie cytoplasmique des lamellipodes. Ce processus entraîne leur modification en myofibroblastes responsables de la rétraction de la plaie. La production de fibronectine et de collagène type I et III reconstitue la matrice extracellulaire. La fibroplasie s'arrêterait après quelques millimètres de croissance si la néovascularisation n'accompagnait pas le complexe nouvellement formé de fibroblastes et de matrice extracellulaire. Les cellules endothéliales se différencient d'abord par action de fragments de

fibronectine, de FGF (Fibroblast Growth Factor) et héparine qui favorise l'action du plasminogène. Ce dernier entraîne la transformation du plasminogène en plasmine et de la procollagénase en collagénase. Les cellules endothéliales vont donc migrer dans l'espace du tissu conjonctif. Il est important de souligner que les cellules endothéliales des pointes capillaires ne se divisent pas. Ce n'est que secondairement que la répllication endothéliale se manifeste via des stimuli angiogéniques. Plusieurs facteurs de croissance provenant de divers tissus y compris l'épiderme et les macrophages activés ont un potentiel angiogénique dont le principal est FGF.

Progressivement, les cellules principales (kératinocytes, fibroblastes, cellules endothéliales) auront comblé le défaut de la plaie. Elles vont alors se différencier : les kératinocytes redeviennent kératinisant et s'arrangent en feuillets superposés après avoir fabriqué une membrane basale. Les hémidesmosomes et les desmosomes se reconstituent. Pour se faire, ils ont besoin d'un gradient de calcium et de vitamines A. La prolifération des fibroblastes s'arrête de même que l'angiogénèse.

4-4 Maturation et remodelage :

Après l'arrêt de la transformation fibroblastique et de l'angiogénèse et longtemps après la réépithélialisation, une longue phase de remodelage de la cicatrice se fait par synthèse de collagène qui se poursuit essentiellement par remplacement du collagène de type III par du collagène de type I. Il s'agit d'une lente évolution vers l'équilibre entre synthèse et dégradation surtout par les métalloprotéases, une rupture de cet équilibre entraîne des vices de cicatrisation (cicatrice hypertrophique, chéloïde, cicatrice atrophique) entre autres, la collagénase 4 et la gélatinase. Cette phase finale de la cicatrisation se poursuit pendant plus d'un an.

5- PHYSIOPATHOLOGIE DES CHELOIDES :

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

Dans une cicatrisation normale il se produit un équilibre parfait entre le processus d'anabolisme et de catabolisme. Cet équilibre est établi vers les 6 - 8 semaines après la blessure.

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 plat 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 s'augmente de façon anarchique dans toutes les directions : c'est la chéloïde (11,12) .

C'est ainsi que le nodule de collagène a été identifié comme l'unité structurale des chéloïdes.

Certains auteurs révèlent le rôle du système activin A : une protéine dimérique de la superfamille des TGF bêta (Transforming Growth Factor) dans la régulation des divers aspects d'augmentation et de différenciation de la réparation de la peau (13).

Récemment on a découvert le gène qui prédispose les chéloïdes sur les chromosomes 2q23 et 7p11 (14).

En d'autres termes, la chéloïde provient d'un dérèglement des processus de cicatrisation et de maturation de la cicatrice ; en effet, la cicatrice reste immature et est bloquée au stade 3 de MANCINI et QUAIFFE sans qu'il puisse avoir passage au stade terminal (4^{ème} stade) (18).

6- EPIDEMIOLOGIE :

Les chéloïdes sont des affections cosmopolites. Les études de Kelly AP montrent une fréquence élevée dans la population noire et jaune que dans la population blanche, soit une fréquence de 16 pour cent parmi les adultes au ZAÏRE contre 0,09 pour cent en ANGLETERRE (4).

Une étude plus récente menée en 2004 à Lomé (Togo) nous révèle une prévalence de 1,34 pour cent (20).

La fréquence de ces affections croît d'année en année au Mali c'est ainsi qu'un décompte des cas à partir du registre de consultation du CNAM en 2005 fait état d'une prévalence de 0,9 pour cent.

La fréquence des chéloïdes est plus élevée dans la population noire et jaune que la population blanche.

Ces affections sont exceptionnelles avant l'âge de 10 ans et rare après 70 ans.

Certaines parties du corps sont plus exposées au chéloïdes : région sternale, épaules, cou, lobes des oreilles, partie inférieure du visage.

7- CLINIQUE :

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 sensible 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'apparitions précoces, limitées (bords parallèles), régressent spontanément entre 12 à 18 mois. (15)

7-2 Formes cliniques :

a) Selon la topographie :

Les chéloïdes peuvent apparaître sur toutes les parties du tégument cutané (8)

Les localisations les plus fréquentes sont.

- Au niveau de la nuque comme s'est dans le cas de l'acné chéloïdienne de la nuque (AKC) : C'est une lésion inflammatoire chronique consécutive à un désordre de cicatrisation, elle peut être isolé ou se conflué pour donner un véritable placard (16,17).
- Lobule de l'oreille : une simple percée d'oreille peut engendrer des chéloïdes géantes.
- Région médio-thoracique : c'est la localisation la plus fréquente des chéloïdes.

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 (15).

c) Les chéloïdes après brûlure :

Ce sont de larges plaques surmontées de quelques nodules qui sont en générale prurigineuse, qui recouvrent toute la zone brûlée.

d) Les chéloïdes post zostériennes :

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

e) Les formes sémiologiques :

- Forme prurigineuse : le prurit est le signe fonctionnel le plus fréquent et le plus constant au cours des chéloïdes. C'est lui qui oblige souvent le malade à consulter.
- Forme douloureuse : on rencontre cette forme après le traumatisme des lésions par grattage ou son irritation par des produits chimiques.

f) Les formes compliquées :

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

7-3/ **Diagnostic :**

La reconnaissance d'une chéloïde est en général évidente cliniquement. Mais certaines formes atypiques nécessitent la pratique de la biopsie.

a) Anatomie pathologie :

Sur le plan histologique, la chéloïde se présente comme une tumeur fibreuse intradermique avec une très grande désorganisation des fibres collagènes qui sont réparties tout à fait par hasard. Ces fibres sont plus oedématisées et plus irrégulières dans leur longueur que les fibres de voisinage (1).

7-4/ **Diagnostic différentiel :**

Le diagnostic différentiel se fait avec :

- **Les maladies tumorales :**

- ✓ **Maladie de kaposi :**

C'est une tumeur angiogénique, multifocale d'aspects rouges violacés voire bleutés de consistance moins dure que la chéloïde. En cas de doute diagnostic on a recours à l'histologie qui montre, en faveur de la maladie de kaposi une prolifération de cellules fusiformes et d'une angiogenèse importante avec fentes vasculaires, organisée en nodules dans le derme moyen et profond.

- ✓ **Neurofibromatose :**

C'est une génodermatose réalisant des tumeurs bénignes cutanées constituées de nodules mous, que la chéloïde, mobiles avec la peau, associé à des tâches café au lait.

✓ **Histiocytofibrome**

Très fréquente sur les membres, parfois secondaire à une piqûre d'insecte et s'observe surtout chez la femme. Ce sont des nodules arrondis, durs, sans gêne fonctionnelle, parfois saillants et bombés, parfois pigmentés. Leur surface est souvent déprimée : en pinçant la peau on provoque l'invagination du fibrome.

✓ **Molluscum contagiosum :**

Petites tumeurs provoquées par un pox-virus, formant une saillie en corbeille avec une ombilication cornée au centre. Parfois très nombreuses, elle se dissémine par auto inoculation lors du grattage. On les voit surtout chez les enfants et les sujets immunodéprimés.

✓ **Métastases cutanées :**

Peuvent être des métastases loco-régionales (mélanome, cancer du sein) ou des métastases provenant de profonds (vessie, œsophage, bronches, sein, colon, ovaires).

Ces métastases sont généralement des éléments nodulaires dermiques, durs, plus ou moins nombreux, et qui peuvent devenir ulcéro-végétants.

▪ **Les maladies systémiques :**

✓ **Sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann :**

Maladie générale, répandue dans le monde entier. La cause en est inconnue.

Tous les viscères peuvent être atteints. Nous nous intéresserons ici à des manifestations cutanées, elles peuvent revêtir tous les types de lésions élémentaires tels que les nodules. Ces nodules peuvent être multiples ou uniques, de grande taille, siégeant essentiellement sur le visage ; leur aspect est lupoïde en vitro pression. (19)

8/TRAITEMENT :

8-1 Buts :

Le but du traitement de la chéloïde est :

- Calmer le prurit et la douleur.
- Obtenir un affaissement total des lésions.
- Empêcher la récurrence des lésions.

8-2 Moyens :

a) Moyens spécifiques

- La corticothérapie :
 - ❖ Il consiste à une injection intra-lésionnelle de corticoïdes retardés (triamcinolone acétonide =KENACORT 40mg/ml ou 80 mg/ml) sous pression à l'aide d'un appareil sans aiguille (« dermojet »), ou de seringue à insuline à laquelle on associe un peu de produit anesthésique (xylocaïne 2%), pour atténuer la souffrance du patient.

✓ Posologie :

La fréquence serait une infiltration de triamcinolone acétonide 40 à 80 mg/ml + 5 à 10 ml de xylocaïne chaque semaine jusqu'à obtenir un ramollissement des lésions (4 à 8 semaines), puis une séance d'infiltration chaque deux semaines jusqu'à obtention d'un affaissement total des lésions.

✓ **Indication :**

L'infiltration est indiquée dans les chéloïdes isolées à peu nombreuses, du thorax, du genou, de la base du cou et surtout des chéloïdes à base d'implantation large.

- Les dermo-corticoïdes :

Les dermo-corticoïdes sont des topiques qui sont utilisés pour obtenir un ramollissement des lésions. Il s'agit essentiellement :

Betamethazone : elle se présente sous forme de crème ou de pommade de 15 à 30g

La fréquence serait d'une application biquotidienne sur les nodules chéloïdiens

Les indications sont les chéloïdes à éléments multiples quelques soient la localisation et la forme.

Néomedrol : C'est une solution aqueuse de 250 CC

La fréquence serait une application à l'aide de coton stérile sur les lésions 2 fois par jour

Les indications sont les chéloïdes multiples.

- La cryothérapie :

Définition : Kruos= froid Thérapeia=thérapie

C'est l'utilisation du froid pour détruire localement certaines lésions.

Ce froid est obtenu par divers produits réfrigérants entre autre : azote liquide, neige carbonique, chlorure d'éthyle, air liquide.

A l'unité de dermatologie on utilise essentiellement :

L'azote liquide.

Instruments :

Un récipient thermos pour garder l'azote liquide, des bâtonnets de 10 cm de long et 0.5 à 1 cm de diamètre, portant à un de leur bout un petit rouleau de coton et l'autre bout libre sert à tenir le bâtonnet.

Technique :

On trempe le bout portant le petit rouleau de coton dans l'azote liquide et on applique sur la lésion pendant 10 à 30 secondes, maximum une minute.

Immédiatement après application de l'azote on note un blanchiment de la lésion.

L'intervalle entre les applications est d'une semaine, le nombre d'application totale est fonction de la nature de la lésion, une seule séance suffit pour certaines lésions par contre d'autres nécessitent plusieurs séances.

L'azote liquide détruit les lésions par :

- Le froid qui tue les bactéries, virus
- La formation de phlyctène qui s'ulcère et détruit la lésion.

Les indications : les chéloïdes très fibreuses, l'acné chéloïdienne de la nuque.

- Le gel de silicone :

C'est l'application d'une plaque de silicone sur la lésion chéloïdienne qui est aussitôt couverte de sparadrap et maintenu au contact de la peau pendant au moins 1 mois puis renouvelé jusqu'au ramollissement total

Indications : Il est indiqué dans les chéloïdes jeunes, les cicatrices de brûlures, les cicatrices des femmes enceintes, et des jeunes enfants.

- L'exérèse infiltration :

Il s'agit de l'ablation du nodule de chéloïde :

Deux techniques ont été utilisées sur le plan chirurgical

- ✓ L'exérèse totale pour les chéloïdes pédiculées
- ✓ L'exérèse intra-tumorale pour les chéloïdes à large surface d'implantation.

Les deux techniques sont réalisées sous anesthésie locale (xylocaïne 2%).

L'exérèse est suivie de quelques séances d'infiltration de corticoïde retard pour diminuer le risque de récurrence.

Indication : elle est recommandée dans les lésions à base d'implantation grêle quelque soit la localisation, les chéloïdes du lobe des oreilles, et les chéloïdes anciennes très fibreuses qui répondent mal aux infiltrations.

b) Traitements adjuvants :

Les antihistaminiques : sont indiqués dans la prise en charge des lésions accompagnées de prurit

Ils sont nombreux parmi eux on peut citer :

- Hydroxyzine (ATARAX) se présente sous forme de comprimés dosés à 25mg et de sirop dosé à 400 mg (1c à c=10 mg, 1 c à s =40 mg)

Posologie : chez l'enfant 1mg/kg/j Chez l'adulte 25 à 75mg/j soit 1 comprimé et demi par jour.

- Dexchlorphéniramine :(POLARAMINE) se présente sous forme de comprimés de 6mg et 2mg et de sirop dosé à 125mg (1c à c = 0,5mg)

Posologie : 1 à 6 ans 1 cuillère mesure par jour ; de 6 à 12 ans 1 comprimé de deux mg par jour.

- La loratadine : (TIRLOR) se présente sous forme de comprimés de 10 mg. La posologie est de 1 cp/j à partir de 6 ans.

- La cétrizine et ces dérivées : (ZYRTEC, XYZALL) se présente sous forme de cp dosé à 5 mg et 10 mg ; la posologie est 1cp/j

Les antibiotiques : Ils sont recommandés dans les cas surinfectés. Toutes les classes d'antibiotiques (ATB) peuvent être prescrites, les plus utilisés sont :

L'amoxicilline : dosé à 500 mg. 2cp 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours.

L'érythromycine : dosé à 500 mg. 2cp 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours.

La ciprofloxacine dosée à 500 mg. 2cp 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours.

La doxycycline : dosée à 100 mg et à 200 mg. 1 à 2 cp/j pendant 7 à 10 jours.

8-3 Effets secondaires du traitement :

On retrouve tous les effets secondaires de la corticothérapie générale : Il s'agit essentiellement de l'achromie, atrophie, prise de poids, trouble de la menstruation. Quoique rare peuvent survenir quelques fois des troubles systémiques.

8.4 Surveillance thérapeutique :

Elle consiste à évaluer lors de chaque visite la baisse de la taille des lésions, la recherche d'effets secondaires systémiques et l'amendement des signes fonctionnels préexistants (douleur, prurit).

Ainsi, avant chaque séance d'infiltration il est indispensable de contrôler la tension artérielle, la prise de poids et au besoin une glycémie de contrôle.

METHODOLOGIE

II / METHODOLOGIE :

A- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans le service de dermato-vénérologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) ex INSTITUT MARCHOUX.

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et Technologique (EPST) rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la Santé, créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N° 02-009 du 04 Mars 2002 en lieu et place de l'Institut Marchoux après la disparition de l'OCCGE.

Ses missions principales sont : la formation médicale continue (FMC), la recherche opérationnelle et vaccinologique, l'appui au programme de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermatologie, les Infections Sexuellement Transmissibles et le SIDA (IST/SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo-épidémiques.

L'unité de dermatologie se compose de 4 salles de consultation, un laboratoire d'histo-pathologie, une salle réservée à la chirurgie dermatologique et à la biopsie, un pavillon d'hospitalisation.

B/ TYPE ET DUREE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive portant sur les aspects épidémiocliniques, et thérapeutiques des chéloïdes sur une période d'un an. (Janvier 2005 à Décembre 2005).

C/ POPULATION D'ETUDE :

Tous les patients vus en consultation dermatologique pour chéloïdes; quelque soit l'âge, le sexe, et la provenance.

1- Définition de cas

Il s'agissait de nodules de la peau post traumatique ou d'apparition spontané, aspect fibreux, accompagnés de prurit, douleur, ou disgracieux.

2- Critères d'inclusion :

Malades des deux sexes et de tout âge venus en consultation pour chéloïdes, donnant leur consentement à participer à l'étude et revus en fin de traitement.

3- Critères d'exclusion :

Tout cas de chéloïdes n'acceptant pas de participer à l'étude ou non vu à la fin du traitement pour contrôle (perdu de vue).

D/TECHNIQUE DE LA COLLECTE DES DONNEES :

Tout patient inclus a fait l'objet :

- D'un interrogatoire permettant de recueillir les données socio-démographiques, épidémiologiques, les antécédents morbides et les traitements reçus.

- D'un examen dermatologique minutieux à la recherche des caractères cliniques des lésions : nombre, diamètre, la localisation, la surface, et la bordure des lésions.
- D'un traitement essentiellement basé sur un ou plusieurs des procédés ci-après :
 - La corticothérapie: elle consistait à une infiltration intralésionnelle hebdomadairement des corticoïdes retard (triamcinolone acétonide = KENACORT 40mg/ml ou 80 mg/ml) à l'aide d'un dermojet ou d'une seringue à insuline jusqu'à obtenir le ramollissement des lésions puis passer à une injection toutes les deux semaines jusqu'à l'affaissement total des nodules.
 - Les applications de dermo-corticoïdes sur les nodules pour obtenir leurs affaissements.
 - La cryothérapie : en fonction de la localisation notamment l'acné chéloïdienne de la nuque.
 - L'application de gel de silicone : en cas de contre indication de la corticothérapie (femmes enceintes, très jeunes enfants).
 - Traitement médicochirurgical : l'exérèse chirurgicale peut se faire d'emblée suivie des séances hebdomadaires ou bihebdomadaires d'infiltration de corticoïdes retards. Parfois l'exérèse est intercalée entre les séances d'infiltrations. Avant l'exérèse les infiltrations avaient pour but de ramollir les lésions et faciliter l'acte opératoire. Les infiltrations postopératoires ont pour but d'empêcher la récurrence des lésions. Les indications sont : les chéloïdes d'implantation grêle et les lésions du lobules des oreilles.

Les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique, et les résultats de la prise en charge des cas ont été notés sur une fiche d'enquête.

E/SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies sur EPI info version 6.0 et analysées sur SPSS.

RESULTATS

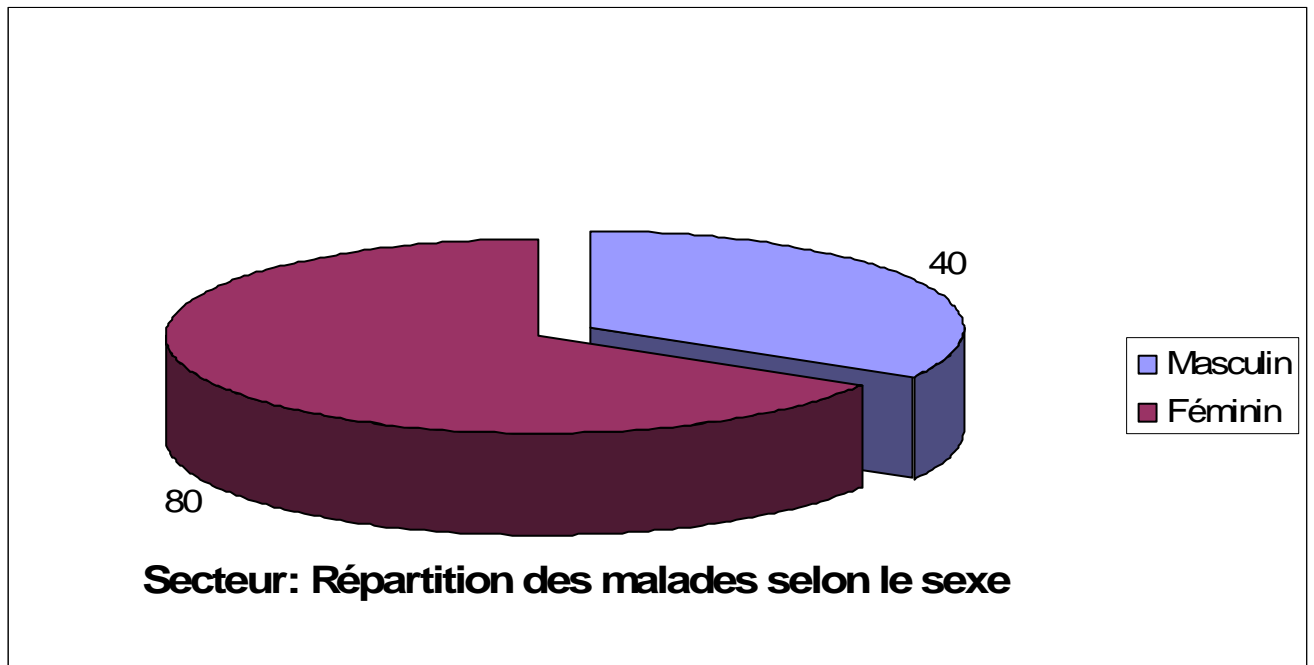
III/ RESULTATS :

A / LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS :

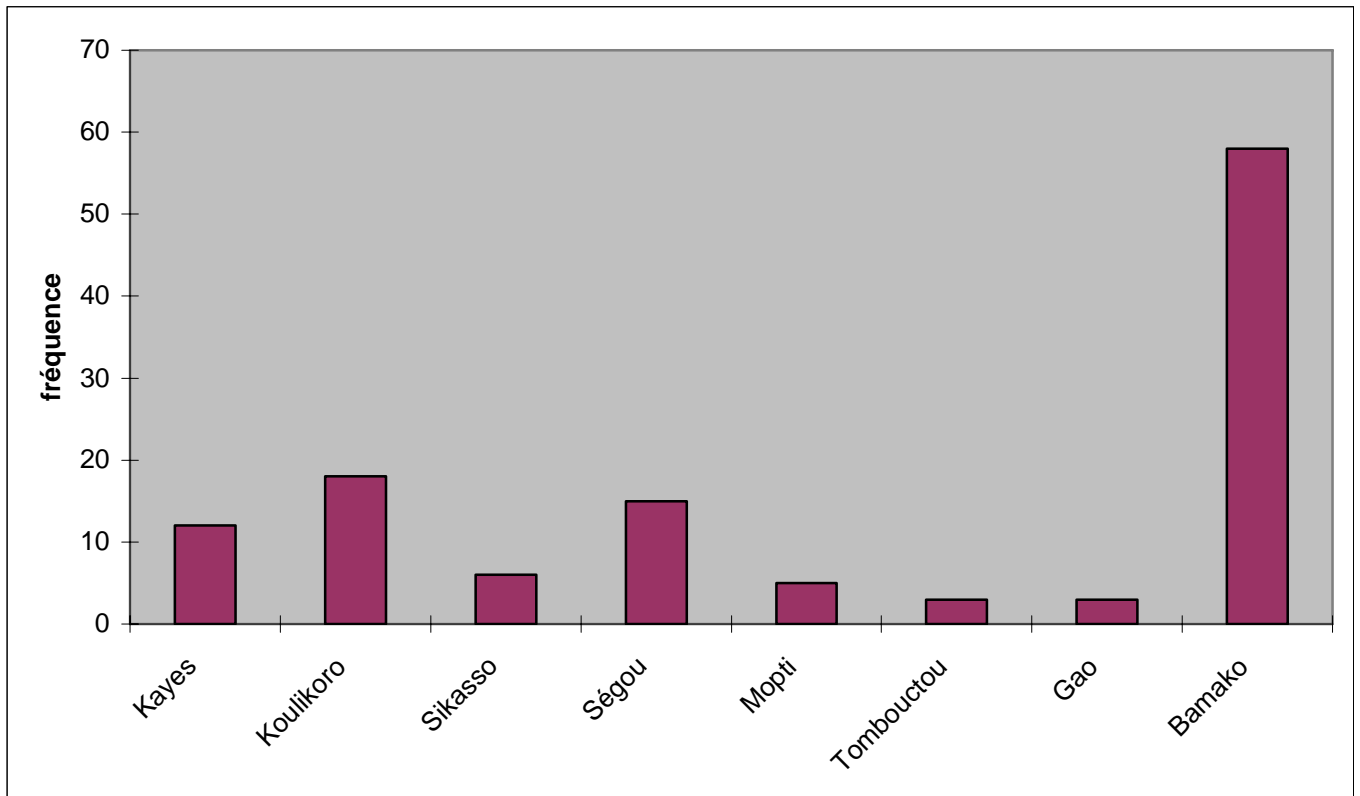
Tableau I : Répartition des malades en fonction de l'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Proportion
0 – 9	10	8,3
10 – 19	20	16,7
20 – 29	53	44,2
30 – 39	20	16,7
40 – 49	8	6,6
50 – 59	6	5,0
60 et plus	3	2,5
Total	120	100

La tranche d'âge 20 – 29 ans a été la plus représentée: 53 cas (44,2%). L'âge des malades varie de 2 à 70 ans ; la moyenne d'âge est 27,47 ans.



Le sex. ratio est 0,5 (40/80) en faveur du sexe féminin.



Graphique I : Répartition des malades selon la provenance.

La majorité des malades 58 cas (48,3%) étaient des résidents à Bamako.

Tableau II : Répartition des malades en fonction de l'ethnie

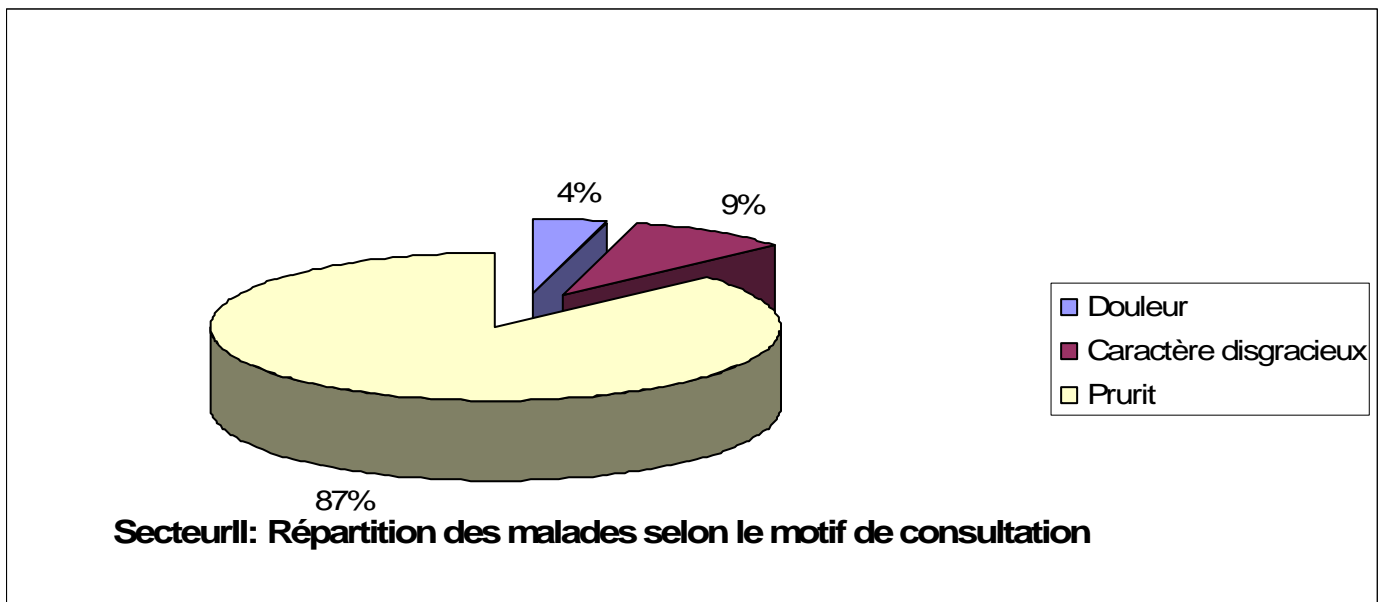
Ethnie	Effectif	Proportion
Bambara	44	36,7
Bobo	2	1,7
Bozo	1	0,8
Dogon	5	4,2
Kassonké	2	1,7
Malinké	11	9,1
Maure	1	0,8
Minianka	1	0,8
Peulh	17	14,2
Samogo	1	0,8
Sénoufo	3	2,5
Soniké	17	14,2
Sonrhäi	15	12,5
Total	120	100

36,7% des patients étaient des Bambaras.

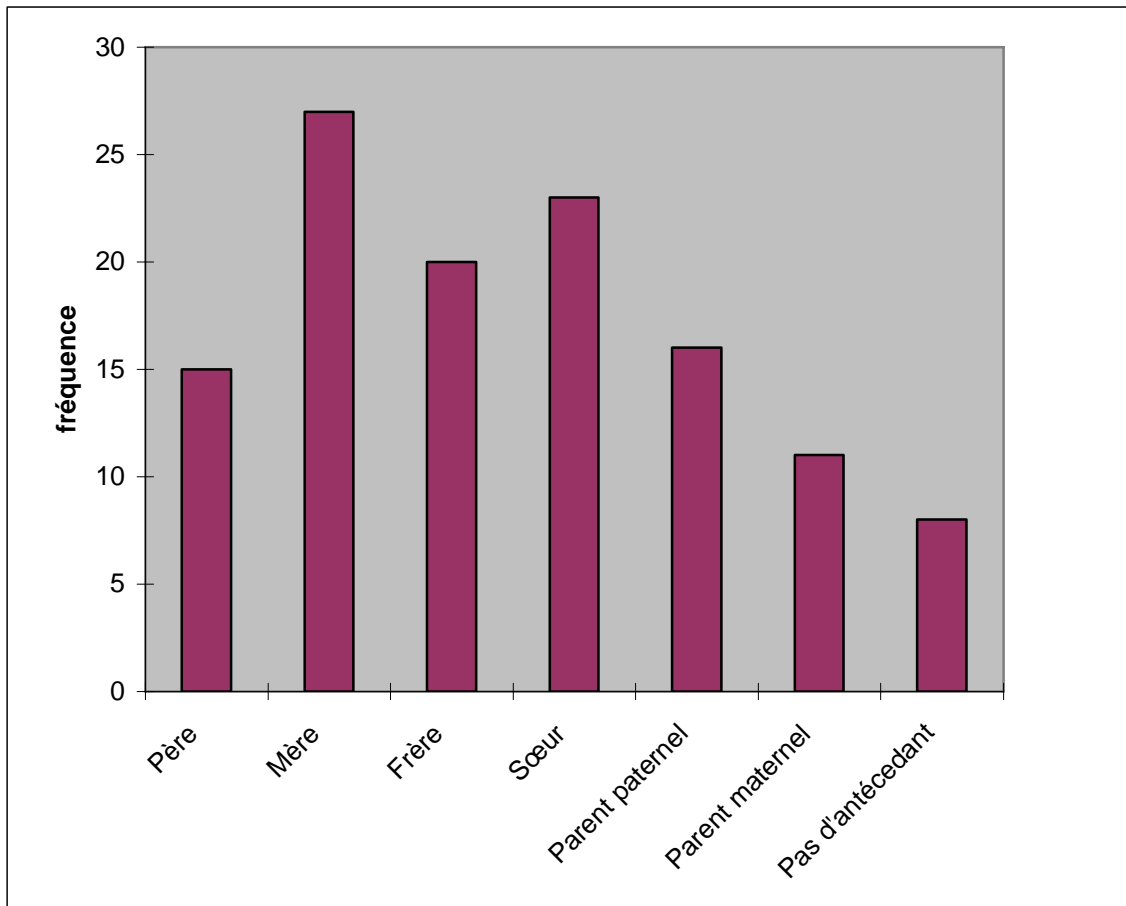
Tableau III : Répartition des malades en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Proportion
Artisans	12	10,00
Fonctionnaires	9	7,5
Cultivateurs	6	5,00
Elèves/étudiants	35	29,17
Ménagères	34	28,33
Commerçants	15	12,5
Néant	9	7,5
Total	120	100

29,17% des patients étaient des élèves/étudiants



Le prurit a été le motif de consultation le plus fréquent 87%



L'antécédent de chéloïde a été plus fréquemment observé chez les mères des patients 22,5% des cas.

Tableau IV : Répartition des malades selon le traitement antérieur.

Traitement antérieur	Effectif	Proportion
Médical	23	19,2
Chirurgical	3	2,5
Traditionnel	2	1,7
Néant	92	76,6
Total	120	100

76,6% des malades n'ont pas reçu de traitement antérieur.

B/ DONNEES CLINIQUES

Tableau V : Répartition des malades en fonction de la circonstance d'apparition des chéloïdes.

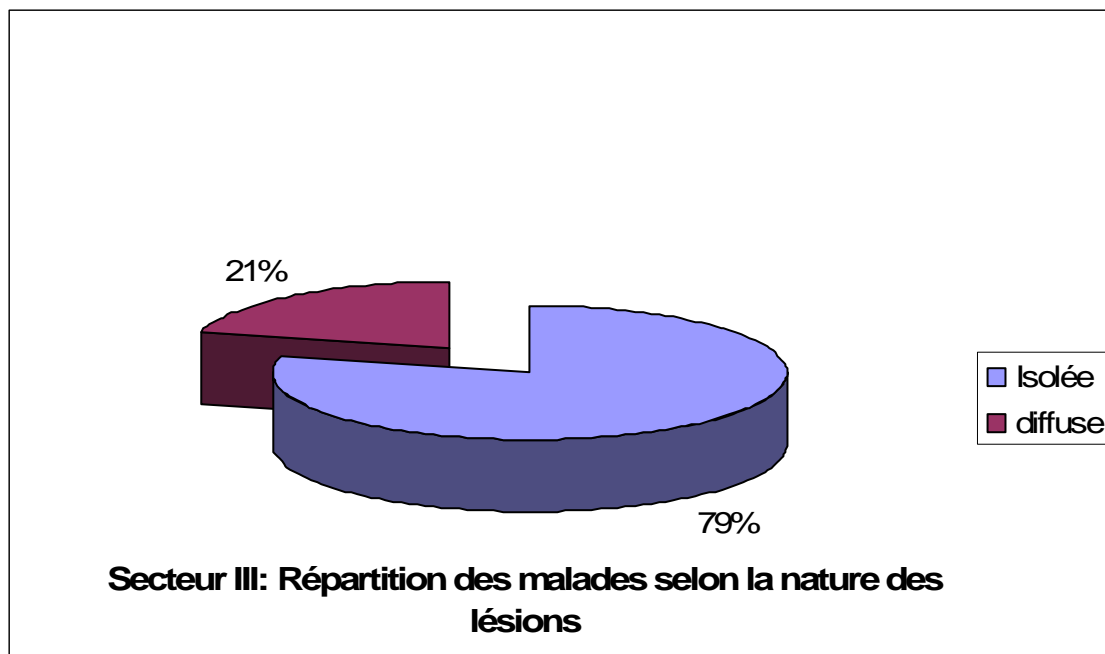
Circonstance d'apparition	Effectif	Proportion
Abcès	9	7,5
Brûlure	14	11,7
Chirurgical	7	5,8
Après zona	3	2,5
Traumatisme	57	47,5
Non précisé	30	25,0
Total	120	100

47,5% des Chéloïdes ont pour circonstances d'apparition les traumatismes ouverts.

Tableau VI : Répartition des malades en fonction du nombre de lésion.

Nombre de lésion	Fréquence	Proportion
Moins de 5	90	75
5 – 9	24	20
Plus de 10	6	5
Total	120	100

75% des patients avaient moins de 5 lésions a des sites differentes.



79% des lésions étaient isolées.

Tableau VII : Répartition des malades en fonction de la durée évolutive des lésions.

Durée évolutive (année)	Effectif	Proportion
Inférieur à 2 ans	71	59,5
2 – 3 ans	13	10,8
3 – 4 ans	4	3,3
4 – 5 ans	6	5,0
5 – 6 ans	2	1,6
6 – 7 ans	4	3,3
7 – 8 ans	2	1,6
8 – 9 ans	1	0,8
Plus de 10 ans	17	14,1
Total	120	100

59,5% des patients avaient une durée moyenne d'évolution des lésions inférieure à 2 ans.

Tableau VIII : Répartition des malades en fonction de la taille des lésions.

Diamètre moyen (cm)	Effectif	Proportion
Inférieur à 5	76	63,33
5 – 9	21	17,50
10 – 14	19	15,83
14 et plus	4	3,34
Total	120	100

63,33% des patients avaient des lésions de moins de 5cm de diamètre.

Tableau IX : Répartition des malades en fonction de la localisation des lésions.

Localisation	Effectif	Proportion
Nuque	10	8,33
Oreille	13	10,83
Cou	17	14,17
Membres supérieurs	12	10,00
Thorax	53	44,17
Seins	2	1,67
Dos	2	1,67
Organes génitaux	0	0,00
Région sous ombilicale	4	3,33
Membres inférieurs	7	5,83
Total	120	100

53 patients ont une localisation thoracique des lésions soit 44,16%, par ailleurs nous n'avons pas reçu de localisation des lésions au niveau des organes génitaux

C/ LES DONNEES THERAPEUTIQUES :

Tableau X : Répartition des malades en fonction du traitement proposé.

Traitement proposé	Effectif	Proportion
Topique + infiltration	24	20,00
Infiltration seule	72	60,00
Exérèse + infiltration	12	10,00
Cryothérapie	10	8,33
Gel de silicone	2	1,67
Total	120	100

Dans 72 cas nous avons proposé un traitement par infiltration locale de corticoïde .

Tableau XI : Répartition des malades en fonction de la durée du traitement.

Durée du traitement (en mois)	Fréquence	Proportion
1 mois	9	7,5
2 mois	26	21,7
3 mois	25	20,8
4 mois	22	18,3
5 mois	14	11,7
6 mois et plus	24	20
Total	120	100

21,7% des malades ont fait le traitement pendant 2mois
La durée moyenne du traitement était 3,64 mois

Tableau XII : Répartition des malades en fonction des résultats après traitement.

Résultats après traitement	Effectif	Proportion
Affaissement total	101	84,16
Affaissement partiel	6	5,00
Récidive	8	6,67
Persistance	5	4,17
Total	120	100

Nous avons observée pour l'ensemble des différents traitements un affaissement total dans 101 cas, une récurrence de 8 cas soit 6,67% pour l'ensemble.

Tableau XIII : Répartition des malades en fonction des effets secondaires du traitement.

Effets secondaires	Effectif	Proportion
Atrophie	19	15,83
Achromie	21	17,50
Trouble des règles	37	30,83
HTA	2	1,67
Prise de poids	12	10,00
Néant	29	24,17
Total	120	100

Nous avons observée les troubles de la menstruation dans 30,83%, par ailleurs nous n'avons trouvé aucun effet secondaire dans 24,17% des cas.

ICONOGRAPHIE

fig. 1: chéloïde de l'oreille/vue de dos
(Photo S. Keïta)



Fig 2 : chéloïde de l'oreille/vue de face
(Photo S.Keïta)



Fig 3 Chéloïde post brûlure
(Photo S. Keïta)



Fig 4 : Chéloïdes multiples
(Photo S. Keïta)



Fig 5: Chéloïde secondaire à la
Coeliochirurgie (S. Keïta)



Fig 6 : Chéloïde secondaire à une
percée d'oreille (S. Keïta)



**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A/ METHODOLOGIE :

Nous avons effectué un recensement exhaustif des malades. Nous n'avons pu inclure que 120 sur 196 malades conformément aux critères d'inclusions.

Les malades provenaient de toutes les régions du MALI (excepté Kidal) avec une forte prédominance de la ville de Bamako (48,3%).

L'effectif de notre échantillonnage est l'un des plus importants concernant l'étude des chéloïdes (120 cas inclus en une année).

Dans la littérature JEFFREY (23) a pu rapporter 107 patients atteints de chéloïdes sur une période de 22 ans à St-Louis (USA).

AKA (21) a recruté 195 cas en 2 ans, de 1990 à 1992 au centre de dermatologie d'Abidjan (RCI), AG MOHAMED et al (7) ont réalisé la première étude malienne en 1991 portant sur les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des chéloïdes cervico-faciales à Bamako.

B/ EPIDEMIOLOGIE

- Selon L'âge et le sexe : La tranche d'âge la plus représentée est celle de 20-29 ans (44,2%). Les malades observés au cours de notre étude étaient relativement jeunes (27,47ans). La survenue de chéloïde chez les adultes jeunes a été signalée par plusieurs auteurs (1,7, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 29)

Le sexe féminin représente 66,7% avec un sex ratio égal à 0,5 en faveur du sexe féminin. De nombreux auteurs ont noté une prédominance féminine (1, 7, 12,23, 27, 29, 30). Cependant, avec HAQ (28) en 1987 au Kenya, BERTIERE (18) et RICHARD (16) à Boston en 1980, nous pouvons dire que le sexe n'est pas un facteur favorisant dans la survenue d'une chéloïde.

-Selon l'ethnie, la résidence, la profession.

La plupart des malades résidaient à Bamako 58 cas. Ceci pourrait s'expliquer par la présence de l'unité de dermatologie à Bamako.

L'ethnie la plus représentée était le Bambara (36,7%). Cette ethnie est la plus dominante au Mali.

Les professions dominantes ont été les élèves/étudiants et les ménagères avec respectivement 29,17% et 28,33%.

-Selon le motif de consultation, l'existence d'antécédent familial de chéloïde, et le traitement antérieur reçu.

Les signes fonctionnels ont souvent motivé les patients à consulter, le signe le plus marquant dans notre étude est le prurit 87% des cas, AKA et AI ont trouvé le prurit dans 60% des cas.

Notre étude nous a permis de noter des antécédents familiaux de chéloïdes dans 93,7% des cas.

Seulement 28 patients avaient effectué un traitement avant de nous parvenir.

C/DISCUSSION CLINIQUE

-Selon la circonstance d'apparition : Dans notre étude 47,5% des chéloïdes étaient post traumatique. KOUSSAKE K et coll (20) à Lomé (Togo) en 2005 ont observé une proportion de 30,77% de chéloïdes post traumatique.

-Selon le nombre de lésion chez les malades : Dans notre étude la localisation multifocale chez un même patient était fréquente.

- Selon la nature, la durée moyenne d'évolution, la taille des lésions :

Dans notre étude nous avons classé les chéloïdes selon le caractère groupé ou isolé des lésions. 95 patients avaient des lésions isolées les unes par rapport aux autres, 25 patients avaient des lésions groupées.

Nous avons préféré cette classification à la classification habituelle qui consistait à classer les chéloïdes en primaire et secondaire, car la plupart de nos malades reconnaissaient le plus souvent avoir créé une ulcération par le grattage d'une lésion papuleuse. De même les acnés chéloïdiennes de la nuque font suite à des folliculites réelles de la nuque.

Faut il continuer de distinguer les chéloïdes en lésions primitives et en lésions secondaires ? La question reste posée.

Les lésions étaient relativement anciennes. La durée s'étalait de 12 mois (1an) à 15 ans, avec une moyenne de 27,40 mois (soit plus de 2ans). AKA B. et Coll. (21) en RCI. BERTIERE (18) à Paris, PANABIÈRE (13) au Mexique, MERGER (26) en Grande Bretagne et CHANDRA (29) à Calcutta (USA) ont également signalé l'ancienneté des lésions

63,33% des patients avaient une taille de chéloïde comprise entre 1 à 14 cm. JEFFEREY (23) avait signalé des diamètres de 2 à 8 cm.

Selon la localisation : Au cours de notre étude la localisation la plus fréquente est la medio thoracique (44,17%) des cas. Ce qui va dans le sens de l'étude de KOUSSAKE K. (20) et coll au Togo. En revanche dans celle de AKA et Coll. (21), l'atteinte de l'extrémité céphalique était la plus fréquente.

D /DISCUSSION THERAPEUTIQUE

Selon le traitement proposé : 72 patients dans notre étude ont reçu un traitement par des infiltrations intralésionnelles de corticostéroïdes (triamcinolone) seule soit 60% des cas.

Selon la durée moyenne du traitement : au cours de notre étude la durée moyenne du traitement était 3,64 mois. Ce temps relativement long exprime l'intérêt que porte les malades à leurs traitements d'une part, et d'autre part le caractère particulièrement rebelle de certaines lésions

Selon les résultats du traitement : Nous avons obtenu un affaissement total des lésions dans 84,16% des cas. Ce qui pouvait être considéré comme un succès thérapeutique.

Selon les effets secondaires des traitements : Le traitement des chéloïdes par les corticoïdes n'est pas anodin. Nous avons observé des cas d'HTA (2 cas), des troubles de la menstruation (37cas), de l'atrophie cutanée (19 cas), de l'achromie (21 cas). Ce qui doit imposer la recherche systématique d'effet secondaire chez tout patient sous traitement pour chéloïde.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

VI / CONCLUSION

La chéloïde constitue de nos jours un problème de santé significatif chez les sujets à peau noire. Elle fait l'objet de demande de prise en charge de plus en plus croissante.

Notre étude avait pour but de rapporter les modalités de prise en charge des chéloïdes au service de dermato-vénérologie du CNAM au troisième niveau de référence de la pyramide sanitaire.

Ainsi nous avons mené une étude descriptive transversale pendant 12 mois chez tous les malades consultants pour chéloïdes au service de dermatologie du CNAM.

L'étude nous a permis de révéler que:

- La chéloïde constituait une affection relativement fréquente au MALI (0,9% en 2005) des motifs de consultations en dermatologie.

- Les adultes jeunes étaient les plus atteints (moyenne d'âge= 27,47 ans).

- Les chéloïdes restaient longtemps asymptomatiques.

- Toutes les parties du tégument cutané pouvaient être atteintes, avec une fréquence élevée pour la région médiothoracique et une quasi absence sur les organes génitaux.

- Face à la diversité du traitement de ces affections, les schémas thérapeutiques appliqués peuvent être des outils précieux pour les professionnels de santé de notre pays.

VII/ RECOMMANDATIONS

Les résultats de notre étude ayant révélé une possibilité d'amélioration de la qualité de la prise en charge des chéloïdes au CNAM à travers son unité de dermatologie, nous recommandons :

- **Aux autorités sanitaires :**

-L'ouverture d'un CES de dermatologie.

-La décentralisation d'une unité de dermatologie dans toutes les régions du Mali.

- **Aux personnels de santé :**

Information, éducation et conseils auprès de la population à risque afin qu'elle puisse se présenter précocement en consultation dermatologique pour chéloïdes, et abandonner les attitudes thérapeutiques néfastes.

- **Aux cliniciens dermatologues :**

La formation des agents de santé à la maîtrise de nos schémas thérapeutiques pour la prise en charge adéquate des chéloïdes.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

VIII / REFERENCES

1-KADIO RM, DICK R, KOSSOKO H, KELI E, YAPO P, KANGA J-M, N'GUESSAN A-H, CORNET L.

Exérèse intra chéloïdienne et infiltration différée de corticoïde dans le traitement des chéloïdes au CHU de Treichville.

Med trop 1990; 50: 279-85.

2-PANABIERE CMH.

Retinoic acid in the treatment of keloids.

J. Dermatol surg oncol 1988; 14: 1275 - 76.

3- BEYLOT C

Comment prendre en charge les cicatrices ?

Journée dermatologique de Paris du 7 au 11 dec. 2004

d. eriau@ljcom.net/p.bruet@ljcom.net (il y'a 1 mois)

4 - KELLY AP.

Keloids. Dermatol. Clin 1988; 6: 413 - 23.

5- OLUWASANMI JO.

Keloids in the african. Clin plast surg 1974; 1: 179 – 95.

6 - BENNACEUR S .

Chéloïdes in

Thérapeutique dermatologique LOUIS DUBERTRET et al

Ed : Flammarion 2001 : 135 – 137.

7 - AG MOHAMED A, KEITA S.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des chéloïdes cervico-faciales.

A propos de 24 cas observés en ORL au MALI.

Med. Afr. Noire 1994 ; 41 (5) : 272-274.

8- REVOL M, SERVAN J M

Cicatrice hypertrophique et chéloïde. Mai 2004.

[http:// www. Cicatriscation info](http://www.Cicatriscation.info) du 29/12/2005.

9- RANCE W, RANEY MD.

Keloid. Pathophysiology and managment.

[www mailto % 20 oto @ bem.edu](mailto:20oto@bem.edu) (15 fev 2006).

10- DE LA BRASSINE M.

Quelles sont les étapes de la cicatriscation des plaies ?

In [Vademecum sur la prise en charge des plaies].

Pr. J M Lachapelle et col.by ROESELARE 2004 ; 13 – 17.

11-KISCHER CW, BRODY G S.

Structure of the collagen nodule from hypertrophic scar and keloids
scar Electron.microsc. 1981;(pt3): 371-376

12- GOSLEN JB.

Physiology of wound healing an scar incision, revision, and
camouflage. St Louis: cv Mosby,1989.

**13 - MUKHOPADHYAY A, CHAN SY, LIM IJ, PHILLIPS D,
PHAN TT.**

The role of the activin system in keloid pathogenesis.

Am J.Physiol.cell physiol. 2006 sep 13:[Epub ahead of print].

14- MARNEROS AG, NORRIS JE, OLSEN BR, et al.

Clinical genetics of familial keloids.

Arch. Dermatol. 2001 ; 137 : 1429-1434.

**15- GROSHANS E, SAURA J H, LAUGIER P, LACHAPELLE
JM .**

Les Chéloïdes

In Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles Masson Paris
1999 ;3 : 611.

**16- MARCIA J, GLENN, MD, RICHARD G, BENNETT ,MD,
and AP KELLY ,MD.**

Acne keloidalis nuchae: Treatment with excision and second intention healing.

Journal of the Academy of Dermatology August 1995.

**17 -DETLEF K, GOETTE, MD, COL.,MC.,AND TIMOTHY G.
BERGER,MD,MAI,MC.**

Acne keloidalis nukae a transepithelial elimination disorder in
The dermatology service, department of medecine Letterman Army
Medical Center Presidio of San Francisco,California CA 94129

18 - BERTIERE MN, JOUSSET C, MARIN JL, BAUX S.

Intérêt de l'irradiation interstitielle des cicatrices chéloïdes par irradium
192. A propos de 46 cas.

Ann.chir.plast.esthé. 1990 ; 35 ;1 : 27-30

19 - MAHE A.

Chéloïdes in

Dermatologie sur peau noire.

Dermatologie pratique 2000 : 56 - 58.

**20- KOUSSAKE KOMBATE,MD, PALOKINAM PITHE,MD,
AND KISSEM TCHANGAÏ-WALLA, MD.**

Keloids in dermatology outpatients in lomé, Togo.

International journal of dermatology 2005; 44; (S1), 51-52.

**21- AKA B; GBERY I, BAMBA V, SANGARE A, DJEHA D,
YOBOUE P, BAROUAN C, ECRA E, KANGA JM.**

Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des chéloïdes :

A propos de 195 cas observés au centre de dermatologie d'Abidjan
(Côte d'Ivoire).

(Non publié).

22- TAHIRI

Le cas d'une chéloïde géante de l'oreille.

Cahier d'ORL 1967 ;2; 1 : 87-90.

23- JEFFREY KJ, PEREZ CA.

Radiation therapy following keloidectomy : a 20-year experience.

Int. J. Radiation Oncol. Biol.Phys. 1989 ; 17 ; 1 : 77-80.

24- LOROFI R.

Les chéloïdes : Considération étiopathogéniques. Prévalence en Côte d'Ivoire

Thèse Med, Abidjan, 1979: n° 217.

25- GRANSTEIN RD, ROOK A, FLOTTE JT, HAAS A, GALLO RL, JAFFE HS, AMENTO EP.

A controlled trial of intralesionnal recombinant interferon-gamma in the treatment of keloidal scarring: clinical and histological findings.

Arch. Dermatol. 1990; 126; 10: 1295-1302.

26- MERCER NSG.

Silicone gel in the treatment of keloid scars.

Br. J. Plast. Surg, 1989; 42; 1: 83-87.

27 - HANDL ZL, HOHENBERG G.

Postoperative prophylaxe hypertropher narber und keloide mittels strahlentherapie.

Hautarzt, 1990 ; 41 ; 3 : 146-148.

28- HAQ MA, HAQ A.

Pressure therapy in the treatment of hypertrophic scar, burn contracture and keloid: the kenyan experience.

East. Afr. Med. J 1990; 67; 11: 785-793.

29-CHANDRA BB, BAI J, RELAN M.

Clinical observations following intralesionnal triamcinolone therapy in keloids.

Calcutta Med. J, 1990; 87: 3-4, 35-41.

**30-AALEJ M, FRIKHA H, BOUAOUINA N, DAOUD J,
BESBES M, BENNA F, SELLAMI D, BENNOUR N,
JELLOULI M, GRITLI S, GUIGUA M, BEN ABDALLAH
M.**

Place de la curiethérapie dans le traitement des chéloïdes. A propos de 114 cas.

Elsevier, PARIS 2000;4;4:274-278.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Identité du malade

Nom

Age :.....

Prénom.....

Sexe

Ethnie.....

Profession.....

Lieu de provenance.....

Notion d'antécédent de chéloïde dans la famille

Père Y N

Mère Y N

Sœur Y N

Frère Y N

Frère Y N

Parents paternels

Y N

Parents maternels Y N

Circonstances d'apparitions

Spontanée Y N

Abcès Y N

Traumatique Y N

Brûlure Y N

Plaie chirurgicale Y N

Autres.....

Traitement antérieur

Médical Y N

Chirurgical Y

N

Traditionnel Y N

Aucun traitement

Y N

Examen para clinique :

Poids.....kg

Glycémie.....mmol

TA.....mmHg

2 Aspects cliniques

Nombre de lésions..... Diamètre
moyen.....

Type de Lésion :

Isolée Y N Groupée Y N

Durée évolutive.....

Topographie des
lésions.....

Aspect de la bordure

Régulière Y N

Aspect de la peau en surface.....

Signes fonctionnels

Picotement Y N Douleur Y N

Prurit Y N Autres.....

TRAITEMENT PROPOSE

Topique + infiltration Y N Infiltration seule Y
N

Exérèse+infiltration Y N Gel de silicone Y
N

Cryothérapie Y N

Résultats du traitement

Affaissement total Y N Récidive Y
N

Affaissement partiel Y N Persistance Y
N

Durée totale du traitement.....

Nombre de séance d'infiltration.....

Effets secondaire du traitement

Atrophie Y N Achromie Y N

Prise de poids Y N Trouble des règles Y N

HTA Y N Aucun effet Y N

Y=yes

N=no

Fiche signalétique

Nom : COULIBALY

Prénom : Hassane

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Aspects épidémio-cliniques et prise en charge dermatologique des chéloïdes dans le service de dermato-vénérologie du CNAM. (ex INSTITUT MARCHOUX) – Bamako (Mali)

Année universitaire : 2006 / 2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé

Notre travail est une étude transversale à visée descriptive menée dans le service de dermato-vénérologie du CNAM de Janvier 2005 à Décembre 2005 sur tous les malades consultants pour chéloïdes.

Au cours de ce travail nous nous sommes proposés de déterminer les caractéristiques socio- démographiques et épidémiologiques des malades vus pour chéloïdes, de décrire les aspects cliniques observés et de rapporter les modalités de prise en charge des cas ainsi que les résultats du traitement.

Nous avons colligé 120 cas de chéloïdes conformes aux critères d'inclusion.

La saisie faite sur le logiciel Epi info et analysée sur SPSS nous a permis de noter :

-
- Une fréquence élevée des chéloïdes chez les adultes jeunes**
-

- **Une prédominance du sexe féminin avec un sex. ratio égal à 0,5**
- **La majorité des patients était des ménagères et les élèves et étudiants**
- **Le prurit a été le plus grand motif de consultation**
- **La localisation médio thoracique a été la plus fréquente**
- **Un temps de suivi relativement long allant de 1 à 9 mois avec une moyenne de 3,64 mois.**
- **Nous avons obtenu un affaissement total dans 84,16% des cas.**

Mots clés : *Chéloïde, épidémiologique, prise en charge dermatologique.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

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

Je ne permettrai que des considérations de religions, 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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.