Évaluation d'une cicatrice en kinésithérapie

RUELLE Pierre, MK, 11 av Niquet, 06600 Antibes

LES RECOMMANDATIONS CLINIQUES INTERNATIONALES 2002 (1) SUR LA PRISE EN CHARGE DES CICATRICES CLASSENT CELLES-CI EN 6 TYPES ET STADES DIFFÉRENTS :

• **Cicatrice mature** - cicatrice plate, de couleur claire.

• **Cicatrice immature** - cicatrice rouge, parfois puirigineuse ou douloureuse, légèrement surélevée, en phase de modelage. Nombre de ces cicatrices vont normalement devenir matures et plates avec le temps et prendre une pigmentation comparable à celle de la peau avoisinante, bien qu'elles puissent être soit plus pâles soit légèrement plus foncées.

• Cicatrice hypertrophique linéaire (ex : chirurgicale / traumatique) - cicatrice rouge, surélevée parfois prurigineuse, confinée à la limite de l'incision chirurgicale d'origine. Ce type de cicatrice se développe habituellement dans les semaines qui suivent l'intervention chirurgicale. La taille de ces cicatrices peut augmenter rapidement pendant 3 à 6 mois, puis, après une phase stationnaire, commencer à régresser. Ces cicatrices évoluent généralement en prenant un aspect surélevé, ressemblant un peu à un cordon, de largeur augmentée, variable. Le processus complet de maturation peut prendre jusqu'à deux ans.

• **Cicatrice hypertrophique étendue** (ex : brûlure) - cicatrice rouge, surélevée, parfois prurigineuse, qui demeure dans les limites de la brûlure.

• **Chéloïde mineure** - cicatrice prurigineuse , localement surélevée , s'étendant au-dessus d'un tissu normal. Les chéloïdes mineures peuvent se développer jusqu'à un an après la lésion et elles ne régressent pas spontanément. L'excision chirurgicale simple est souvent suivie de récidive . Une anomalie génétique peut être à l'origine de la cicatrisation sous forme de chéloïdes . Les sites anatomiques caractéristiques sont notamment les lobes des oreilles.

• **Chéloïde majeure** - cicatrice volumineuse, surélevée (> 0,5 cm), parfois douloureuse ou prurigineuse , s'étendant au-dessus d'un tissu normal. Les chéloïdes majeures sont souvent la conséquence d'un traumatisme mineur et elles peuvent continuer à s'étendre au fil des ans.

MOTS CLEFS :
cicatrice hypertrophique, cicatrice chéloïde, bride rétractile

Partant du principe qu' "il est beaucoup plus efficace de prévenir les cicatrices hypertrophiques que de les traiter" (1), une évaluation précoce et correcte d'une cicatrice est nécessaire à la mise en place d'une stratégie thérapeutique pluridisciplinaire et kinésithérapique.

UNE PLACE À PART PEUT ETRE RESERVÉE À LA CICATRICE RÉTRACTILE

Isolée ou le plus souvent associée aux caractères précédents , une cicatrice en regard d'une articulation est soumise à des tiraillements constants. Elle se rétracte et évolue vers la formation d'une bride.

Celle-ci peut être souple ou prendre un caractère rétractile (2).

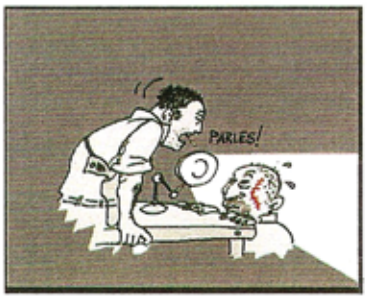
L'amplitude de la contraction est proportionnelle à la profondeur de la blessure initiale, un réseau d'attaches contenant des myofibroblastes entraînant la contraction. Les plaies intéressant la pleine épaisseur de la peau ont un potentiel de contraction de près de 40 % de la surface lésionnelle initiale (3).
Une fois les cicatrices classées et la terminologie standardisée, reste à :

- Evaluer au plus tôt le potentiel évolutif.
- Mesurer physiquement la lésion pour en assurer un suivi pluridisciplinaire à long terme.

DE QUELS OUTILS D'ÉVALUATION DIPOSONS-NOUS ?

1 - L'interrogatoire

"On considère qu'une cicatrice n'est fixée qu'au bout de 18 mois à 2 ans. la première démarche lors de l'examen d'une cicatrice sera donc de se faire préciser son ancienneté" (3).
L 'interrogatoire devra également préciser :



- L'âge du patient, sachant que la période de la puberté à 30 ans serait la plus à risque (4,5).
- Les antécédents cicatriciels personnels, familiaux ou ethniques : Il y a, par exemple, 5 à 15 fois plus d'incidence chéloïde chez les sujets de race noire que chez les blancs (4,6,7).
- La localisation anatomique : ce sont en règle les régions où la peau est épaisse et sous tension comme le dos, les membres supérieurs et les épaules, les oreilles, le cou, le thorax et la partie inférieure de la face (4,8).
- Le type du traumatisme initial : les chéloïdes compliquant surtout les brûlures, les plaies infectées ou les inclusions de corps étrangers (4).
- L'imprégnation hormonale oestrogénique chez l'homme (9).

2 - L'aspect et la consistance tissulaire

Chéloïdes et hypertrophiques ont un diagnostic différentiel difficile car elles ont de nombreux points communs : leur histologie commune dans les premiers mois d'évolution montre un excès de fibres collagènes et un aspect de masse en relief plus ou moins colorées (3, 4, 10).

Certains détails divergent cependant :

- Les chéloïdes sont de consistance ferme ou dure, les hypertrophiques étant plutôt souples (8).
- Les chéloïdes présentent un aspect caractéristique en "pinces de crabe" (4), expansions pseudopodiques dépassant largement les limites de la lésion initiale (fig.2), les hyperthrophiques restant confinées au site primitif (6).
- Les chéloïdes ne régressent pas spontanément. Leur évolution est généralement plus longue que celle des hypertrophiques, ces dernières arrivant à maturité le plus souvent en 4 à 6 mois puis régressant (3,6).

Tout l'intérêt d'un bon examen initial sera de pouvoir, à son aspect, pressentir le potentiel évolutif d'une cicatrice et ne pas perdre de temps.

3 - Les dimensions de la lésion (fig.3)

Pourront facilement être mesurés au centimètre ou au pied à coulisse :

- Longueur
- Largeur
- Epaisseur ou profondeur

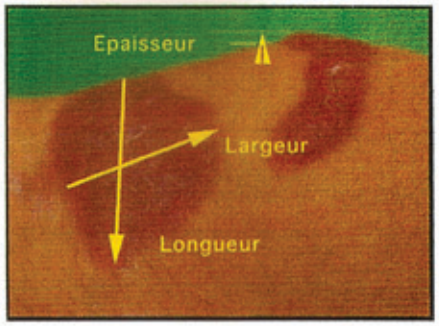
Ces mesures permettent ,de plus, le calcul de la sur-

face de la plaie, elle même entachée d'une certaine marge d'erreur mais qui peut être approchée plus justement grâce a des formules de surface corrigée (12) :

Calcul de la surface $S = L \times l$

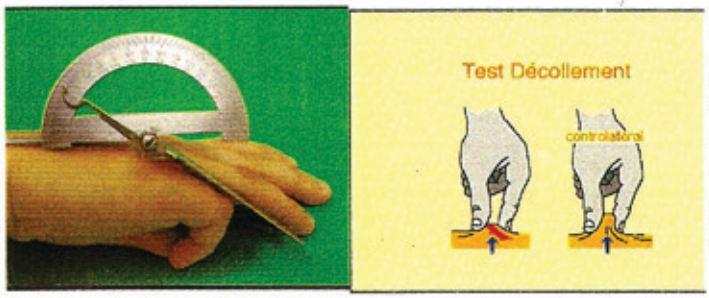
Surface corrigée $S' = (L \times l) \times p / 4$

("p" étant la profondeur)



4 - Tests d'étirement et de plissement cutané

Ces deux tests apprécient le niveau d'adhérence de la lésion aux plans profonds et seront utiles dans le cas



des cicatrices rétractiles.

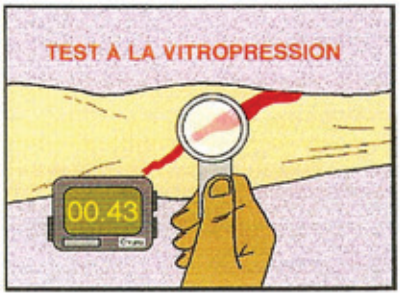
Le test de décollement cutané est à reproduire du côté sain. Il est coté de 0 à 5 :

- 0 étant l'impossibilité de décoller la peau
- 5 correspondant à la possibilité d'effectuer un pli roulé

5 - Test de vitropression ou test de recoloration cutanée

Ce test s'effectue à l'aide d'une lame ou d'une lentille transparente, couplée à un chronomètre.

Il mesure le temps de recoloration cicatriciel après une



pression verticale maintenue.

Un temps de recoloration court, inférieur à 3 sec signera une activité inflammatoire de la cicatrice. Plus ce temps de recoloration est court, plus intense est l'activité inflammatoire. À partir et au dessus de 3 sec, le test est considéré comme normal. Un temps de recoloration atteignant 2 sec autorisera le massage de la lésion (13).

6 - Test de Prurit

Un prurit cicatriciel accompagne souvent la chéloïde (4, 8 ,9 ,13).

Un test de prurit positif témoigne d'une intense activité de la cicatrice.

Les pics d'accès prurigineux correspondent à des décharges histaminiques locales (8, 13). Traditionnellement accompagné d'un sentencieux "si ça gratte c'est que ça guérit", un prurit peut révéler une évolution chéloïde de moins bon pronostic.

7 - L 'échelle de Vancouver

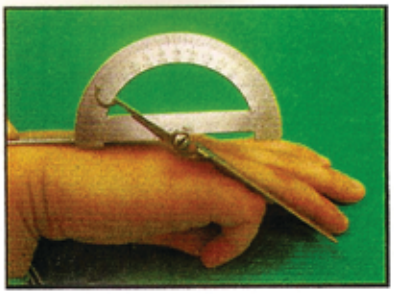
C'est la référence internationale en matière d'évaluation d'une cicatrice (14). Ce test intègre :

- L'inflammation, par appréciation de la pigmentation cutanée , cotée de 0 (normal) à 2 (hyper pigmentation) qui paraît moins précisément évaluée que par le test à la vitropression.
- La couleur, cotée de 0 (normal) à 3 (pourpre)
- L'épaisseur du pli, coté de 0 (inf à 2 mm) à 3 (sup à 5 mm)
- L 'extensibilité de la peau, allant de 0 (normale) à 5 (rétraction permanente). Cette manière de tester l'élasticité ne dispense pas toujours de mesurer au centimètre le différentiel d'étirement (test 4), notam-

ment dans le cas de brides rétractiles.

8 - Le bilan articulaire

Chiffre en degrés la limitation de liberté d'un segment articulaire bridé par une cicatrice.
Attention à faire la part entre la limitation articulaire dévolue aux plans cutané et sous cutané et la limitation due aux adhérences des plans profonds intra ou extra articulaires (15).



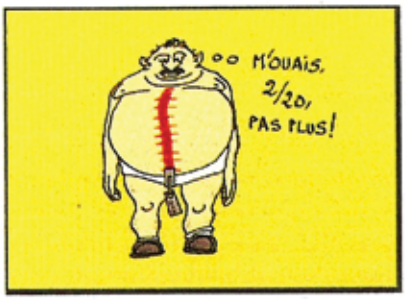
Il doit toujours être bilatéral et comparatif.

9 - Le bilan photographique

S'il est impensable de photographier systématiquement toutes les cicatrices, il semblerait judicieux de photographier précocement les lésions à risque évolutif pour en assurer le suivi et objectiver l'apport thérapeutiqu. L'aspect médico-légal ne doit pas être négligé (6).

10 - L 'avis du patient

L'avis du patient, bien que subjectif et porteur d'une charge émotionnelle forte, doit être pris en compte.
Ceci dans le contexte délicat que peut être l'appréciation esthétique ou fonctionnelle d'une lésion souvent ressentie comme un traumatisme, voire une agression.
Ce ressenti pourra être évalué par une échelle "EVA", cotée de 0 à 10, tracée par le patient lui-même.



CONCLUSION

Pour la pratique, l'ensemble de ces tests a été regroupé dans une fiche-bilan unique certainement perfectible.
La finalité de ces bilans est de :

- Permettre un suivi du patient dans le temps et dans ses éventuels déplacements.
- D'être un moyen de langage commun au sein de l'équipe soignante.
- Et surtout de pouvoir anticiper l'évolution d'une cicatrice à risque.

Parmi ces tests, certains me paraissent particulièrement importants :

- L'interrogatoire du patient ainsi que l'étude de l'aspect de la cicatrice qui vont "profiler" la lésion et éclairer son avenir évolutif probable.
- Les mesures physiques, simples à réaliser.
- Le test de Vancouver, internationalement reconnu.
- Le test à la vitropression, précieuse indication du niveau inflammatoire cicatriciel.

En termes médico-légaux ," une cicatrice est considérée comme peu invalidante si, observée à une distance de 3 mètres , elle reste peu ou pas visible" (16). Cette bien distante considération devrait pouvoir être avantageusement réactualisée par une évaluation correcte.

BIBLIOGRAPHIE

• 1) Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H.,Hobbs R., Ramelet A.A., Shakespeare P.G., Stella M., Teot L., Wood F.M., Ziegler U.E., *Recommandations cliniques internationales sur la prise en charge des cicatrices*, "Journal des plaies et cicatrisations", Sept. 2002, tome 7, 34 : 7-16 ;

• 2) Dauzac Ch.J., *Les rétractions axillaires après brûlures, les traitements masso-kinésithérapiques*, "Kinésithérapie scientifique", Juil.1992, 314 : 25-30 ;

• 3) Baton C., Buis J.,Fayard V., Fusade T., *Prise en charge des cicatrices pathologiques*, "Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie", Mars 2002, 116 : 4-17 ;

• 4) Saiag P., *Cicatrices hypertrophiques et chéloïdes*, "Le concours médical", Oct. 1988, 110-32 : 2843-46 ;

• 5) Wassermann D., *Traitement actuel des brûlures, prévention et traitement des cicatrices*, "Dermatologie pratique", Mars 1995, 151 : 1-2

• 6) Egasse D., *Les traitements des chéloïdes*, "Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie", Juin 1996, 59 : 25-31 ;

• 7) Mazer J.M., Fayard V., *Techniques de laser et cicatrices*, "Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie", Oct. 2001, 111: 6-18 ;

8) Teot L.,Gavroy J.P., Campech M.,Roques C., *Cicatrices pathologiques : évaluation, traitements, indications*, "Journal des plaies et cicatrisations", Juin 2000, tome 5, 23 : 24-29 ;

• 9) Chavoin J.P., Crolleau J.L., *Les impasses de cicatrisation*, "Annales de dermatologie-vénérologie", 1998, Suppl. 2 : 2s25-7 ;

• 10) Hebting J.M., La kinésithérapie des cicatrices, "Annales de kinésithérapie", 1987, 14 ; 10 : 541-547 ;

• 11) Lioret N., Physiologie de la peau et de la cicatrisation, "Kinésithérapie scientifique", Juil. 1992, 34 : 12-14 ;

• 12) Meaune S.,Raynaud-Simon A., Merlin I., Ramamonjisoa M., *Mesure des plaies chroniques*, "Journal des plaies et cicatrisation", Dec. 1996, 5 : 29-34 ;

• 13) Teot L., Gavroy J.P., Roques C., Campech M., *Techniques de prise en charge des hypertrophies et congestions cicatricielles*, "Bulletin d'esthétique dermatologique et de cosmétologie", 2000, 8 ; 8 : 229-236 ;

• 14) Baryza M.J., Baryza G.A., *The Vancouver scar scale : an administration tool and its interrater rehability*, "J. burn care rehabilitaton", 1995, 16 : 535-538 ;

• 15) Hebting J.M., Pocholle M., Pierron G., Lorenzo S., *Lésions cutanées d'hier et d'aujourd'hui ou de l'intérêt de la kinéplastie*, "Kinésithérapie scientifique", Avr. 2000, 399 : 31-44.