

Congrès – Journées Dermatologiques de Paris

Croûtes et cicatrices : une avancée dans leur prise en charge

Symposium CeraVe® Congrès JDP 2023

RÉDACTION : B. CRIBIER
Hôpitaux Universitaires, STRASBOURG.

C'est dans le cadre des dernières JDP que les laboratoires CeraVe® ont organisé un symposium sur le thème de la cicatrisation et des croûtes autour du Pr Bernard Cribier, des Drs Sylvie Meaume et Jean-Michel Amici et de Mme Pascale Mora. En voici le compte rendu.

Les croûtes en dermatologie, histoires et images

D'après la communication du Pr Bernard CRIBIER, hôpitaux universitaires, STRASBOURG.

Dès les prémices de la séméiologie au 18^e siècle, la croûte est introduite comme une lésion élémentaire. Elle est représentée sur la toute première planche de séméiologie de 1798. Beaucoup de représentations spectaculaires de maladies croûteuses plus ou moins graves ont été publiées pendant tout le 19^e siècle, avec des techniques différentes (gravures, lithographie, moulages, photographies). C'est le siècle de la découverte de la dermatologie, du classement des maladies et de l'enseignement. Les représentations visent à frapper le lecteur.

On trouve beaucoup d'eczémas suinants et croûteux, la dermatite atopique ayant fait l'objet de très belles images à la fin du 19^e siècle. Les formes sévères (DA du nourrisson, **fig. 1A**) et les formes chroniques, comme l'eczéma variqueux, sont représentées. Dans les premières photographies, les croûtes étaient coloriées en jaune pour bien les mettre en

évidence, ou en rouge lorsqu'il y avait encore des lésions aiguës. Les croûtes apparaissent dans le prurigo, ou toutes les maladies vésiculo-bulleuses comme l'herpès, la varicelle et le syndrome de Kaposi Juliusberg.

Néanmoins, ce sont les maladies infectieuses chroniques qui sont au premier plan, d'abord le lupus tuberculeux qui est l'une des deux grandes maladies phares du 19^e siècle. Les lésions sont mutilantes et ont une évolution périphérique avec croûtes. Cet aspect serpiginieux est très classique (**fig. 1B**) et a été

représenté sous toutes les formes, tout particulièrement dans les spectaculaires moulages que l'on peut voir à l'hôpital Saint-Louis. La seconde maladie est, bien sûr, la syphilis et ses innombrables formes cliniques secondaires et tertiaires. Les syphilides sont représentées sur les photographies avec des croûtes colorées en rouge ou en vert. C'est à la fin du 19^e siècle qu'on publie des images d'autres maladies infectieuses, comme les leishmanioses, la sporotrichose, l'impétigo, sans oublier bien sûr les teignes avec le favus, dont les godets sont remplis d'une masse croûteuse particulière

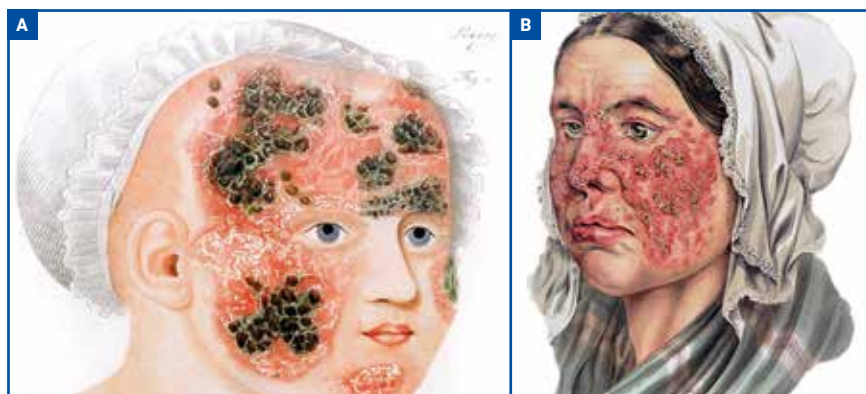


Fig 1. A : Probable dermatite atopique du nourrisson (Willan 1802). **B :** Lupus tuberculeux (von Hebra 1867).

Congrès – Journées Dermatologiques de Paris

lorsqu'ils s'étendent sur le corps. Enfin, la gale et les poux sont l'occasion de montrer des lésions excoriées et croûteuses. À la fin du siècle, on publie les premiers cas de maladie de Darier, affection croûteuse par excellence.

Prise en charge des plaies croûteuses

D'après la communication du Dr Sylvie MEAUME, Hôpital Rothschild, AP-HP, Sorbonne Université, Paris.

Les croûtes doivent être enlevées pour voir la lésion élémentaire et pour prévenir l'infection, en utilisant le lavage avec de l'eau et du savon plus un émollient. Les croûtes se voient en surface des carcinomes et, le cas échéant, nécessitent évidemment une biopsie. La croûte est un obstacle à la cicatrisation, comme l'ont montré de nombreux travaux depuis les années 1960 sur la cicatrisation en milieu humide [1].

Pour ce qui est des plaies aiguës, la suture s'accompagne de croûtes qui entraînent un risque d'infection et un préjudice esthétique. Des émollients sont nécessaires. Il faut éventuellement retirer les croûtes à la pince et appliquer ensuite un émollient ou un pansement hydrocellulaire, par exemple, pour maintenir un milieu humide (voir recommandations HAS). Ceci est vrai aussi pour les plaies aiguës de type dermabrasion ; il n'est pas nécessaire de mettre des antiseptiques si la plaie est vue avant 24 heures. On maintient l'humidité avec un pansement hydrocellulaire et des émollients.

Les croûtes apparaissent aussi sur les zones de prise de greffe où l'on va avoir la même stratégie. Autour des ulcères, ou sur fond d'insuffisance veineuse, on voit fréquemment des dermatoses érosives et pustuleuses de jambes qui se caractérisent par des érosions et secondairement des croûtes. Il faut laver à l'eau et au savon ; on ajoute des corticoïdes forts ou très forts qui permettent la dispari-

tion des érosions. Autour des escarres ou sur l'escarre, on peut observer des croûtes, une nécrose, voire des cornes. Il faut alors retirer ces éléments de surface, puis hydrater avec un émollient. Le même type de prise en charge est utile dans les plaies du diabétique.

Accompagnement cicatriciel en chirurgie dermatologique

D'après la communication du Dr Jean-Michel AMICI, hôpital Saint-André, Bordeaux.

La cicatrice parfaite est le critère ultime en chirurgie dermatologique. Pour ceci, il faut accompagner la cicatrice selon l'âge et le type de peau, notamment sa couleur [2]. Les peaux foncées ont un risque dystrophique et d'anomalies pigmentaires plus élevé. L'accompagnement cicatriciel comprend des pansements non adhérents, de la vaseline, des baumes cicatrisants ou des éléments physiques comme des strips ou des films microporeux. Cette combinaison d'éléments doit être adaptée à chaque localisation. L'association strip + hydrocellulaire maintient une humidité idéale, de même que les hydrocolloïdes minces.

Il faut ensuite gérer les anomalies cicatricielles mineures : télangiectasies, érythème, hyperpigmentation, hypertrophie précoce ou atrophie, élargissement cicatriciel. Les anomalies cicatricielles majeures sont hypertrophiques et chéloïdiennes.

Pour les télangiectasies, on propose du laser précocement. Pour les hyperpigmentations, la photoprotection est indispensable ; on met des dermocorticoïdes immédiatement après le geste quand le risque est important et des baumes réparateurs contenant un SPF50. Les lasers peuvent être utiles mais il y a un risque d'hyperpigmentation ensuite, particulièrement chez les Asiatiques. Les hypochromies sont le plus souvent transitoires. Il faut rassurer les patients et conseiller une protection solaire.

Pour l'hypertrophie cicatricielle précoce, il y a une régression spontanée partielle mais incomplète. Ceci se voit principalement sur le nez et dans les lambeaux de transposition. L'aspect histologique montre un agencement chéloïdien de grosses fibres de collagène. On traite avec des injections de corticoïdes retard. On ajoute du laser le cas échéant. Les résultats esthétiques peuvent être extrêmement satisfaisants.

L'atrophie cicatricielle se voit dans les suites de greffe de peau totale. On traite avec laser fractionné et massages et avec des topiques réparateurs. Les massages et pétrissages sont très utiles, notamment chez les brûlés, ce qui peut être transposé à la chirurgie cutanée. L'élargissement cicatriciel est la conséquence d'une insuffisance de cohésion par carence de sutures profondes qui doivent être envisagées dans les zones de fortes contraintes musculaires. Les sutures adhésives sont un complément très utile, par exemple sur le thorax. Elles peuvent être des alternatives simples à la suture, notamment pour des plaies linéaires du visage ou pour les enfants chez lesquels la suture est difficile.

Pour les cicatrices dystrophiques, à différencier des chéloïdes, il y a une inflammation du derme et une stimulation des myofibroblastes. Elles résultent d'une mauvaise orientation des cicatrices quand elles sont contraires aux lignes de moindre tension. Une régression spontanée est possible en 12 à 18 mois : il faut ici faire principalement de la prévention. Pour les chéloïdes, le traitement de première intention est l'utilisation de feuilles de silicone ou d'un hydrocolloïde mince, puis d'injection intra-lésionnelle de corticoïdes, toutes les 6 semaines ; en deuxième intention, excision chirurgicale suivie de corticoïdes intralésionnels. La compression est très utile à titre préventif dans les cicatrices du corps et des membres après brûlure ; pour le visage, les masques faciaux sont adaptés. La toxine botulique a montré son efficacité dans la chirurgie des

Congrès – Journées Dermatologiques de Paris

fentes labiales dans des essais contrôlés. Elle agit aussi sur la différenciation des fibroblastes en myofibroblastes.

Au total, les aléas cicatriciels se gèrent d'abord par la prévention, puis par les traitements adaptés, précoces et personnalisés.

Avancée dans la prise en charge : la pommade réparatrice intensive®

D'après la communication de Pascale MORA, L'Oréal.

Les céramides essentielles jouent un rôle très important dans la barrière cutanée et

sont intégrées dans la pommade réparatrice intensive CeraVe®, semi-occlusive. Le but est de créer une barrière physique pour limiter la perte en peau et restaurer la barrière cutanée.

Une étude a été réalisée dans la cicatrisation des plaies induites par laser ablatif avec application de la pommade réparatrice intensive® vs une crème réparatrice 2 x/j pendant 18 jours. On observait une réduction des croûtes dès le 3^e jour, plus importante qu'avec le comparateur (fig. 2). Des photographies standardisées montrent l'évolution de J0 à J7 dans une zone non traitée, l'une avec la crème réparatrice et l'autre avec la pommade réparatrice intensive®, qui donne le meilleur résultat visuel (fig. 3). Il y a une augmentation d'hydratation de 39 % à J3 et J7.

Les indications de la pommade réparatrice sont les dermatoses communes : croûtes, gerçures, crevasses et fissures, mais aussi xérose et autres irritations cutanées. Elle peut aussi être appliquée sur différents types de lésions cutanées comme les dermabrasions et les coupures mineures, après un peeling ou sur des brûlures superficielles.

En conclusion, souvenons-nous qu'il faut éviter les croûtes pour une meilleure cicatrisation ou les éliminer quand elles se forment.

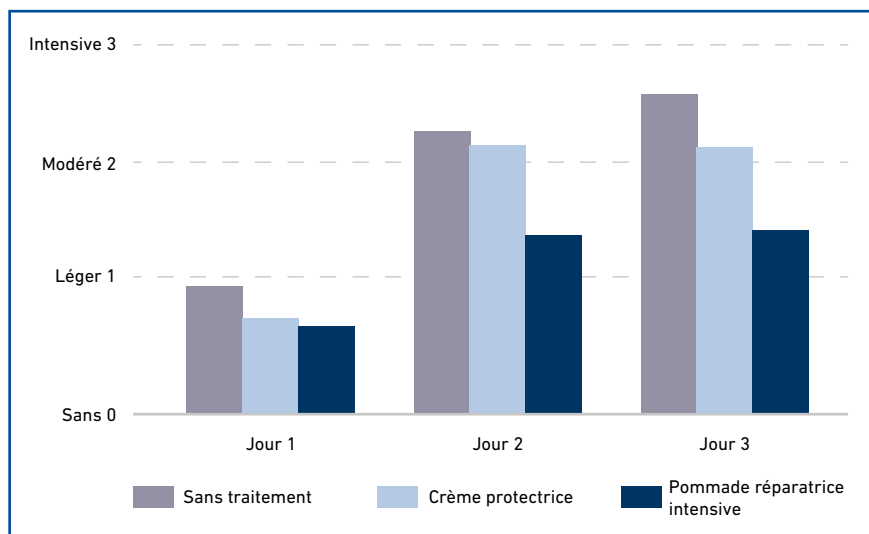


Fig. 2 : Aspect des plaies, réduction des croûtes.

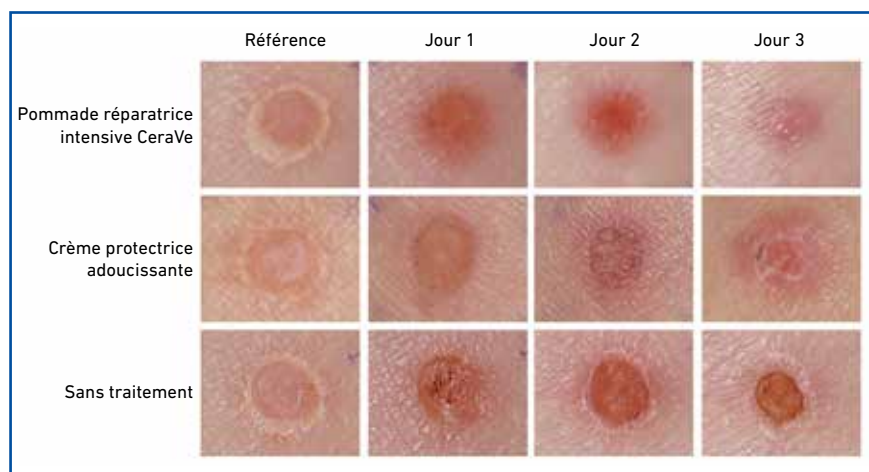


Fig. 3 : Aspect de la peau après plaie superficielle standardisée à 150 microns de profondeur par laser ablatif, traitement 2 x/j.

BIBLIOGRAPHIE

1. WINTER GD, SCALES JT. Effect of air drying and dressings on the surface of a wound. *Nature*, 1963;197:91-92.
2. AMICI JM, CHAUSSADE V. Optimisation de la cicatrisation en chirurgie dermatologique et gestions des aléas. *Ann Dermatol Venerol*, 2016;143:S20-S25.