

La kinéplafie. Traitement des cicatrices traumatiques ou chirurgicales

J.M. HEBTING¹, B. ALLÈGRE², O. BILLOTET³, A. GARY BOBO⁴

La masso-kinésithérapie est une composante importante dans l'arsenal thérapeutique de la plupart des pathologies et a gagné ses lettres de noblesse particulièrement en orthopédie. Il est un domaine, par contre, dans lequel l'efficacité a été trop longtemps méconnue et n'a guère été évoquée que par René Morice [1]. Il s'agit du traitement par masso-kinésithérapie des lésions cutanées. En ce domaine, hormis le traitement des séquelles de brûlures, il n'a jamais été fait mention que de massage des cicatrices [11], à l'exclusion de toute autre technique, jusqu'à ces dernières années.

L'évolution des diverses techniques depuis quelques années, fait que nous pouvons parler de kinésithérapie et non plus seulement de massage, ceci sous-entendant qu'il s'agit d'un traitement bien plus complexe, mieux adapté aux divers types de lésions, en fonction de leur siège et de leur mode de réparation [6].

Nous pouvons affirmer que le résultat ne sera jamais meilleur que si la prise en charge par le masseur-kinésithérapeute intervient vers le 20^e jour, le traitement poursuivant jusqu'à la fin du deuxième, voire du troisième mois.

Nous pratiquons ce traitement à un rythme biquotidien en ménageant une « fenêtre thérapeutique » après trois semaines de traitement. Il s'avère que la thérapie, telle que nous la pratiquons, nécessite pour un résultat valable et objectif en moyenne une série de 25 séances. Ceci est corroboré à l'examen de plus de mille cas que nous avons traités à ce jour, toutes régions et tous domaines chirurgicaux confondus, à l'exclusion des séquelles de brûlures.

La kinésithérapie [7]

Terme créé par R. Morice qui l'a décrite comme suit : « Ensemble de manipulations bien définies destinées à stimuler la circulation sanguine et lymphatique. à assouplir la peau et à modifier la consistance anormale des tissus. »

1. MKDE, 4 bis, rue Nozeran, 34000 Montpellier.

2. MCMKDE.

3. MKDE.

4. Chirurgien plasticien, Collège de Chirurgie plastique et réparatrice.

Loin de réfuter cet enseignement, nous nous en imprégnons en adjoignant aux techniques de massage qu'il a décrites, des techniques qui nous sont propres, de même que toutes les autres formes de thérapies kinésithérapiques qui n'avaient pas encore cours à son époque, en les adaptant en fonction de l'âge de la cicatrice, de son type, de son siège.

Le massage : ses buts

Il est étroitement la composante principale du traitement masso-kinésithérapique des cicatrices. Il peut s'agir de massage soit manuel, soit instrumental. Dans tous les cas nous poursuivons en priorité :

— *un but fonctionnel* : à savoir éviter la rétraction autant de la cicatrice elle-même que des tissus de voisinage, récupérer le libre jeu normal des muscles sous-jacents à la cicatrice. Par ailleurs, la présence d'une cicatrice, notamment faciale, entraîne un phénomène d'inhibition et nous veillons donc à favoriser la récupération dans les meilleurs délais de la mobilité de la région lésée;

— *un but circulatoire* : en améliorant la circulation active, en accroissant la perméabilité capillaire, en favorisant le flux lymphatique et en aidant au passage des cellules polynucléaires ;

— *un but esthétique* : donc en visant à favoriser une cicatrisation harmonieuse et en évitant les cicatrices vicieuses.

Le drainage lymphatique manuel (DLM)

Nous utilisons le DLM doux dans ce type de traitement plus dans l'optique de résorber rapidement l'œdème, celui-ci retardant la mise en œuvre des techniques spécifiques de massage cicatriciel et compromettant ainsi la qualité de la cicatrice, que pour son action d'élimination des cellules polynucléaires certes intéressante.

Le massage manuel

Nous inspirant de l'expérience de R. Morice, nous pratiquons quasi exclusivement quatre techniques bien précises à l'exclusion de toutes les autres manœuvres de massage.

La plus efficace indéniablement, tant quant à son efficacité sur la rétraction (but fonctionnel) que sur la circulation (circulation active : perméabilité capillaire) est :

— *Le pincer de Jacquet-Leroy* auquel nous adjoignons une torsion pratiquant donc un pincer-tourner qui consiste en un mouvement rapide, en alternance des deux mains, à saisir la peau entre la pulpe du pouce et du majeur, la pressant, à la soulever en la tordant (principe du claquement de doigts). Technique qui se pratique tant dans les zones péri-cicatricielles que sur la cicatrice elle-même (que nous appelons pincer-tourner) ;

— *Le pétrissage en prise bidigitale* que nous réalisons sur toute la longueur de la cicatrice et qui provoque donc un étirement, "de proche en proche, de toute la cicatrice. Cette manœuvre est décrite comme ayant une action défibrosante principalement ;

— *Le palpèr-roïtler*, qui pour nous doit se pratiquer tant transversalement que longitudinalement (par rapport à la direction de la cicatrice) et s'agissant de cica-

triées linéaires, que nous pratiquons en manœuvre de faible amplitude. Elles aussi sont bidigitales le plus souvent;

— *Les étirements orthodermiques*, décrits par R. Morice : « Poser les pulpes des doigts de chaque main sur une petite surface à traiter, à exercer une pression soutenue dans la profondeur des tissus, puis à étirer modérément les téguments de part et d'autre du point de départ. Cette mobilisation... combattre la capacité de rétraction... »

En conclusion, R. Morice encore a écrit : « Chaque séance... a comme résultat immédiat une congestion et une élévation de la température avec sensation de cuisson, de chaleur,... de turgescence de la peau,... »

Untel traitement doit donc être pratiqué avec attention par un praticien entraîné.

La vacuomobilisation

Elle consiste à utiliser l'effet du vide créé [9] par une aspiration et à la marier avec l'efficacité des diverses manœuvres de massage que nous avons vues ci-dessus. Il est évident que ces dernières, alliées au vide ainsi réalisé, majorent très notablement l'effet tant mécanique que circulatoire [5].

Dans les cicatrices linéaires, nous utilisons une ventouse de faible diamètre (moins de 10 mm) tenue entre le pouce et l'index, avec laquelle nous reproduisons très exactement les manœuvres précitées, en adaptant la puissance d'aspiration à la sensibilité du sujet, à l'âge de la cicatrice, à sa localisation, à sa qualité et enfin à l'effet recherché.

Le palper-rouler est obtenu lors du déplacement de la ventouse par le rouler de la peau sous les bords de la ventouse.

Le pétrissage est obtenu en pratiquant un étirement transversal de la cicatrice en opposition avec une traction en sens opposé (réalisé en prise bidigitale).

Les pincer-tourner sont effectués en appliquant la ventouse localement et la soulevant en faisant en même temps une torsion de la ventouse.

Les étirements enfin sont possibles non en pression mais en dépression, en les pratiquant de proche en proche (comme pour les pincer-tourner) sans glissée de la ventouse sur la peau, en étirant le tissu cicatriciel retenu par la pulpe des doigts de l'autre main. *En conclusion*, la vacuomobilisation accroît indéniablement l'effet et l'efficacité des diverses manœuvres, mais en aucun cas, elle ne dispense de masser manuellement, et en parallèle, elle exige d'être réalisée avec grande attention, se soldant sans cela par la création d'hématomes inopportuns.

La vacuomobilisation bien pratiquée provoque automatiquement une congestion notable, une élévation de la température supérieure à celle du massage.

Il s'agit donc, à ce jour sans doute, de la technique la plus indiquée tant à visée circulatoire que fonctionnelle avec ses effets défibrosants et anti-rétraction par excellence.

Elle ne dispense pas de pratiquer les autres techniques, surtout le massage, et requiert du matériel fiable et précis (quant à l'intensité de la dépression) ce pourquoi nous utilisons le TV 10 de Euréduc.

La douche filiforme

Mise en pratique dans le traitement des séquelles de brûlures en premier lieu à Saint-Gervais [4], nous la pratiquons principalement sur les cicatrices hypertrophiques, puisqu'il s'agit d'un véritable massage hydrique réalisé par des jets à des

pressions supérieures à 10kg/cm^2 , parallèles, filiformes de 4 à 6 dixièmes de mm de diamètre chacun.

La variation de la pression et de la distance fait de ce traitement [2] :

- un effleurage « léger », pratiqué à faible pression, tonifiant et rubéfiant;
- une percussion à pression moyenne, la rubéfaction est franche, rapide et intense, réalisant de la sorte un micro-massage punctiforme dermo-épidermique ;
- une dermabrasion qui exige d'être pratiquée avec une attention extrême, réalisant un vrai « décapage » qui élimine les tissus de déchet.

Cette douche agit par action chimique grâce à la pénétration percutanée de l'eau grâce à cette forte pression et par action mécanique de micro-massage qui entraîne une vasodilatation réflexe voire, à pression plus importante, une restructuration longitudinale des fibres élastiques et collagènes.

La physiothérapie

Décrite par certains auteurs comme une technique intéressante de traitement des cicatrices sous forme de diélectrolyse médicamenteuse [3], plus précisément IK (pôle -). Nous l'utilisons comme un adjuvant dans le traitement des seules cicatrices hypertrophiques.

La compression continue

Cette technique est indéniablement la plus efficace [1] pour le traitement des cicatrices hypertrophiques, chéloïdes et de brûlures. Connue depuis 1968, elle agit en réduisant progressivement la cicatrice hypertrophique non arrivée à maturité en empêchant l'entassement anarchique des fibres de collagène, le rendant linéaire tel qu'il se produit dans une cicatrice adulte.

Son efficacité est la conséquence de :

- la compression des capillaires, réalisant une ischémie superficielle locale, diminuant la prolifération des fibroblastes et diminution de production de collagène,
- l'action directe sur le collagène en maintenant les fibres dans une orientation parallèle normale.

L'expérience nous a démontré que si le traitement kinésithérapique est conduit selon ces principes et pratiqué en temps voulu, un tiers des cicatrices n'ont pas lieu d'être reprises par chirurgie.

Un tel traitement est indiqué quel que soit le type de lésion cutanée, traumatique ou chirurgicale, et quelle que soit cette chirurgie.

Les succès indéniables obtenus en chirurgie maxillo-faciale nous ont amenés à pratiquer cette même thérapie surtout en ORL et à présent en orthopédie [10], domaine dans lequel elle doit apporter en complément de la rééducation proprement dite une amélioration des délais et de la qualité de la récupération (comme nous le montrent nos premiers essais).