



HAL
open science

Retentissement de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie : évaluation par les patients et par les médecins généralistes

Maxime Guesdon

► **To cite this version:**

Maxime Guesdon. Retentissement de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie : évaluation par les patients et par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02501068

HAL Id: dumas-02501068

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02501068>

Submitted on 19 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 6

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Retentissement de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie :
évaluation par les patients et par les médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement
le 18 janvier 2019

Par

Maxime GUESDON

Né le 25 novembre 1991 à Milan (Italie)

Dirigée par Mme Le Docteur Hester Colboc, CCA

Jury :

M. Le Professeur Cédric Lemogne, PU-PH Président

M. Le Professeur Fabrice Menegaux, PU-PH

Mme Le Docteur Sonia Gaucher, MCU-PH

Mme Le Docteur Sylvie Meaume, PH



Remerciements

Au Professeur Cédric Lemogne de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au Professeur Fabrice Ménégau d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir autorisé et aidé à réaliser mon étude au sein de votre service.

Au Docteur Hester Colboc, d'avoir dirigé ce travail. Je te suis profondément reconnaissant pour ton implication, ton énergie, ton efficacité et ta gentillesse depuis le jour où je t'ai rencontrée à l'hôpital Rothschild jusqu'à maintenant.

Au Docteur Sonia Gaucher d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Docteur Meaume d'avoir contribué à ma formation d'interne et à la réalisation de cette étude.

Au Docteur Xavier Pothet, de m'avoir montré tant d'humanité et de compétence en médecine générale et d'avoir renforcé ma passion de ce métier.

A Sylvie Moulin, pour votre aide précieuse dans la réalisation de ma thèse.

Au Docteur Jean-François Alexandra pour l'excellence médicale que tu représentes toujours pour moi depuis mon premier stage d'internat en médecine interne à Bichat.

A tous mes amis proches, du collège, du lycée, et de la fac, vous qui me rendez heureux par votre gentillesse et votre humour.

A mon ami Quentin Bougault pour avoir transformé nos études de médecine en une aventure merveilleuse et intense, et pour ton soutien fidèle et infallible.

A ma sœur Alice, à mon frère Louis et à mes parents pour m'avoir montré la bienveillance, la responsabilité et la sagesse, dont on a tant besoin en tant que médecin. Vous m'avez permis, ensemble et chacun, d'avoir un équilibre de vie et une sérénité profonde.

A Pauline, ma fiancée qui m'entoure chaque jour de son amour.

Liste des abréviations

CI95%inf : borne inférieure de l'intervalle de confiance

CI95%sup : borne supérieure de l'intervalle de confiance

DLQI : Dermatology Life Quality Index

DQOLS : Dermatology Quality Of Life Scales

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IQR : interquartile range, écart interquartile

K : coefficient kappa

Max : valeur maximum

Med : valeur médiane

Min : valeur minimum

MOS-SF36 : Medical Outcome Study Short Form

Moy : valeur moyenne

NHP : Nottingham Health Profile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POSAS : Patient and Observer Scar Assessment Scale

SFD : Société française de dermatologie

Std : standard deviation, écart-type

WHOQOL-bref : World Health Organisation Quality Of Life Bref

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	4
Table des matières	5
I. Introduction	7
I.1. Qualité de vie et dermatologie	7
I.1.a) Retentissement psychologique des maladies dermatologiques.....	8
I.1.b) Scores de qualité de vie	9
I.2. Cicatrisation cutanée.....	11
I.2.a) Anatomie de la peau	11
I.2.b) Cicatrisation physiologique	13
I.2.c) Cicatrisation après suture	15
I.2.d) Cicatrices pathologiques et défectueuses	15
I.3. Introduction de l'étude : « Impact de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie : le vécu du patient est-il bien corrélé à l'évaluation du médecin généraliste ? ».....	17
II. Matériel et méthodes	20
II.1. Recrutement des sujets.....	20
II.1.a) Critères d'inclusion.....	20
II.1.b) Critères d'exclusion.....	20
II.1.c) Lieu et période de l'étude	20
II.1.d) Mode de recrutement.....	21
II.2. Recueil de données	21
II.2.a) Recueil de données auprès des sujets	21
II.2.b) Recueil de données auprès des médecins généralistes.....	23
II.3. Anonymisation	23
II.4. Critères de jugement.....	24
II.5. Analyse statistique	24
III. Résultats	26
III.1. Description de la population	26
III.2. Evaluation du retentissement par les patients : score DLQI	28
III.2.a) DLQI dans l'ensemble de la population	28
III.2.b) DLQI selon l'âge.....	30

III.2.c)	DLQI selon le sexe	31
III.2.d)	DLQI selon la pathologie	31
III.3.	Evaluation du retentissement par les médecins généralistes.....	32
III.4.	Concordance	33
III.4.a)	Concordance générale (critère de jugement principal)	34
III.4.b)	Concordance selon l'âge	34
III.4.c)	Concordance selon le sexe.....	36
III.4.d)	Concordance selon la pathologie.....	38
III.5.	Score POSAS	40
III.5.a)	POSAS dans l'ensemble de la population	40
III.5.b)	POSAS selon le DLQI.....	41
III.6.	Recours à une consultation pour la cicatrice	41
III.7.	Autres observations	42
III.7.a)	Antécédents psychiatriques et DLQI.....	42
III.7.b)	Antécédents dermatologiques et DLQI.....	43
III.7.c)	Catégories socioprofessionnelles et DLQI.....	43
IV.	Discussion	44
IV.1.	Interprétation des résultats	44
IV.1.a)	Estimation par le médecin généraliste du retentissement de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie	44
IV.1.b)	Impact de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie	46
IV.2.	Forces et limites de l'étude	50
IV.2.a)	Limites de l'étude.....	50
IV.2.b)	Forces de l'étude.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	56
	Annexes	59
	Annexe 1 : DLQI.....	59
	Annexe 2 : DLQI français	60
	Annexe 3 : DLQI enfant	61
	Annexe 4 : Skindex	62
	Annexe 5 : POSAS	63
	Résumé.....	64

I. Introduction

I.1. Qualité de vie et dermatologie

La qualité de vie est une notion dont la définition universelle n'existe pas. Sa définition n'est pas fixée car elle dépend, par essence, de la personnalité de chacun. Elle se rapproche de ce qu'on pourrait appeler la quantité de bonheur, mais répond à des objectifs moins émotionnels et en théorie plus objectifs. On peut la résumer comme l'évaluation du bien être, de l'insertion sociale et de l'autonomie d'une personne.

La peau est l'organe qui met en contact un individu et son environnement. Il s'agit de l'interface concrète entre la personne et le monde extérieur. Pour parler de ce que nous, les êtres humains, connaissons, il faut se référer aux sens, aux émotions et à la pensée. La vue, le toucher et l'odorat sont primordiaux dans la rencontre. Dans la relation humaine la peau d'autrui agit sur chacun de nos sens. Or, les sens sont influencés par nos émotions. Ces émotions ont un impact, parfois inconscient, sur nos pensées, à propos de l'autre. Ainsi, la peau joue indéniablement un rôle majeur dans la relation entre deux personnes.

Quand la peau est lésée, c'est donc la relation à autrui qui est susceptible d'être modifiée, et pas seulement l'estime de soi. La qualité de vie dépend directement de l'état cutané tel qu'il est perçu par soi-même et par les autres.

Au-delà de cette plausibilité théorique, il est observé que, dans les atteintes dermatologiques, la qualité de vie peut être altérée.

I.1.a) Retentissement psychologique des maladies dermatologiques

Les atteintes cutanées peuvent avoir un retentissement sur le bien-être des patients. Ce retentissement a été décrit dans de nombreuses études et pour différentes dermatoses. Le stress étant lui-même, parfois, vecteur d'exacerbation de la maladie, un cercle vicieux peut s'installer. Il est dans certain cas difficile d'en sortir.

Le psoriasis représente un modèle de maladie dermatologique à fort impact psychologique. Les patients atteints de psoriasis ont une moins bonne qualité de vie, une estime de soi plus faible et une image de leur corps altérée, en comparaison avec des patients sains (1). La sévérité de leur pathologie est bien corrélée à l'importance de la diminution de leur qualité de vie (1). La sévérité du psoriasis est aussi associée à une fréquence plus importante des symptômes dépressifs (2). La sensation d'être stigmatisé lorsqu'on est atteint de psoriasis est associée à l'existence d'un syndrome dépressif (3). L'impact psychologique de la maladie psoriasique ne semble pas différer entre les hommes et les femmes (2).

L'acné, dermatose essentiellement faciale, est également considérée comme une maladie dont les conséquences psychosociales sont importantes. L'acné a un effet significatif sur la qualité de vie des adolescents et leur insertion sociale (4). Sa localisation faciale et le fait qu'elle survienne dans une période charnière de la

construction de l'image de soi, entraînent qu'elle peut s'associer à une nette baisse de la qualité de vie indépendamment de la sévérité de la maladie (5). Dès l'enfance, l'acné peut montrer des effets négatifs sur l'estime de soi, la confiance en soi et le comportement (6).

On peut aussi citer la dermatite atopique comme exemple d'atteinte cutanée altérant la qualité de vie. Une étude nationale conduite en Corée du Sud sur 11.913 patients présentant une dermatite atopique a montré que le niveau d'anxiété, la dépression et les idées suicidaires de ces patients étaient significativement plus importants que dans le groupe témoin (7).

La topographie des atteintes cutanées semble aussi jouer un rôle dans l'impact psychosocial. Les mains et le visage sont des régions plus visibles, et interviennent de façon plus évidente dans la vie quotidienne. Ainsi, la diminution de la qualité de vie chez les patients ayant des dermatoses palmo-plantaires a également été décrite (8). De plus, le vitiligo a démontré une atteinte de la qualité de vie, et cette atteinte est plus marquée si celui-ci se situe sur des zones exposées de la peau (9).

I.1.b) Scores de qualité de vie

Il n'existe pas un outil de mesure de la qualité de vie standard et universel, et l'on peut recenser plusieurs centaines de questionnaires de qualité de vie dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques des questionnaires spécifiques à certaines spécialités médicales.

Les questionnaires génériques sont utilisés dans différentes populations et permettent notamment de comparer la qualité de vie de patients atteints de pathologies différentes ou sans pathologie. Ceux que l'on retrouve le plus souvent sont le Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF36), le Nottingham Health Profile (NHP), et le World Health Organisation Quality Of Life (WHOQOL-bref).

- Le questionnaire MOS SF-36 possède 36 items incluant l'activité physique, la limitation physique, la douleur physique, la santé perçue par le patient, le sentiment de vitalité, la qualité des relations interpersonnelles, l'état psychologique. Il existe et est validé en version française (10).
- Le NHP se compose de 38 items, évaluant la douleur, la mobilité physique, le sommeil, l'énergie, les réactions émotionnelles et l'isolement social (11). De même, il en existe une version française (12).
- Enfin, le WHOQOL-bref constitué de 26 questions, est une forme abrégée du WHOQOL, conçu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En dermatologie, on peut citer le Dermatology Life Quality Index (DLQI), le Skindex et le Dermatology Quality Of Life Scales (DQOLS). Ils ont été conçus pour répondre à la question plus précise de la qualité de vie liée aux pathologies dermatologiques. On retrouve dans la littérature l'utilisation du DLQI pour évaluer l'impact de cicatrices sur la qualité de vie (13) (14) (15).

- Le DLQI est composé de 10 questions (Annexe 1), il existe en version française (Annexe 2). Le DLQI a montré une bonne reproductibilité et une bonne validité

(16) (17). Il s'agit d'un score numérique de 0 à 30. Le total du score DLQI peut-être reclassé en 5 grandes catégories de retentissement : aucun (0 ou 1/30), faible (2 à 5/30), modéré (6 à 10/30), important (11 à 20/30) et extrêmement important (21 à 30/30) (18). Par extension, un questionnaire DLQI pédiatrique contient les mêmes items mais dans un langage adapté aux enfants (Annexe 3).

- Le questionnaire Skindex est plus long, avec 61 questions mais une forme abrégée comportant 29 questions est également disponible (19) (20). Le Skindex existe également en français (Annexe 4).

Les versions françaises de ces deux premiers questionnaires ont été réalisées et validées par la Société Française de Dermatologie (SFD).

Le DQOLS (21) n'est que très peu utilisé. Par conséquent, il n'a pas été traduit en français.

I.2. Cicatrisation cutanée

I.2.a) Anatomie de la peau

La peau est composée de 3 couches principales juxtaposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

L'épiderme est la couche superficielle. Il s'agit d'un épithélium kératinisé pluristratifié, caractérisées par une transformation cellulaire progressive, (22). De la couche la plus

profonde vers la couche la plus superficielle, on retrouve : la couche basale, la couche épineuse (*stratum spinosum*), la couche granuleuse (*stratum granulosum*) et la couche cornée (*stratum corneum*). L'épiderme renferme différents types de cellules. Le kératinocyte est la principale cellule épidermique (90 à 95 % de l'épiderme). Les mélanocytes produisent la mélanine, pigment qui donne sa couleur à la peau et la protège des rayons ultra-violet. Les cellules de Langherans jouent un rôle immunologique par leur propriété de présentatrices d'antigènes. Les cellules de Merkel, représentant 1 % des cellules épidermiques, sont des récepteurs sensitifs.

Le derme, situé en dessous de l'épiderme, est un tissu conjonctif fibro-élastique composé principalement de fibroblastes et d'une matrice intercellulaire. Cette matrice est formée de protéines fibreuses et d'un gel composé de protéoglycanes, de glycoprotéines, de sels minéraux et d'eau (23). Le derme est subdivisé en deux parties : le derme papillaire constitué de tissu conjonctif lâche, le plus proche de la jonction épidermique, et le derme réticulaire, plus profond et plus dense, qui représente la plus grande part de l'épaisseur totale du derme. Le derme assure à la peau une fonction de nutrition grâce aux capillaires sanguins, mais aussi de soutien et d'élasticité (22). Il contient également les annexes cutanés (follicules pileux, glandes sébacées et sudorales).

L'hypoderme sépare et isole le derme des structures sous-jacentes. Cette couche hypodermique est formée de tissu conjonctif lâche renfermant du tissu adipeux (22). Sur le plan métabolique, l'hypoderme constitue une réserve d'énergie (23). Enfin, il va

jouer un rôle essentiel dans la thermorégulation et contribue à la protection mécanique.

I.2.b) Cicatrisation physiologique

Etant donné la multiplicité des fonctions de la peau, qui est l'organe le plus grand du corps humain, la cicatrisation d'une lésion cutanée met en jeu un processus complexe et unique. Pour comprendre les grandes lignes de la cicatrisation, il est plus aisé de l'aborder en séparant les différentes phases successives, tout en sachant qu'elles peuvent partiellement se chevaucher dans le temps (24).

La première phase qui fait suite à la lésion est dédiée à l'**hémostase** et à la formation d'une matrice provisoire. Cette phase réside en une succession de mécanismes cellulaires et moléculaires qui permettent, non seulement la coagulation pour diminuer le saignement, mais aussi l'intervention de multiples cytokines et facteurs de croissances qui interviendront dans la synthèse de collagène, l'angiogénèse et même la ré-épithélialisation (25).

S'en suit une phase d'**inflammation** qui débute par une étape d'inflammation primaire, le recrutement des polynucléaires neutrophiles, puis qui laisse place à une étape d'inflammation secondaire avec la transformation des monocytes en macrophages. Les neutrophiles ont une place majeure dans les premiers jours car ils luttent contre l'agression bactérienne, aident à la dégradation des tissus nécrosés et attirent d'autres cellules de l'inflammation (26). Environ trois jours après la lésion, ce sont les

macrophages qui deviennent les cellules primordiales de la cicatrisation, de par leurs capacités à détruire les débris cellulaires et à synthétiser de nombreux facteurs de croissance permettant de stimuler la phase suivante de prolifération (27).

La **prolifération** est la phase où sont concrètement opérées la ré-épithélialisation et la formation de la trame vasculaire. Cette étape cruciale intervient dans les premières semaines. La prolifération provient nécessairement de kératinocytes originels, c'est-à-dire des berges de la lésion. Ceux-ci ont aussi la capacité à migrer au sein de la matrice en formation pour se répartir de façon à relier les berges (28). La prolifération correcte se fait grâce à une balance entre dégradation et synthèse de la matrice extracellulaire (29). La néo-angiogénèse est alors très active et performante. Le tissu formé au terme de cette phase est appelé tissu de granulation, dont l'échafaudage est représenté par la matrice extracellulaire, très vascularisée (28).

Enfin la phase de **maturation** détermine un ensemble de modifications des composants de la matrice extracellulaire. Elle débute environ à trois semaines de la lésion et peut durer un an (24). La formation du tissu de granulation s'arrête. Le collagène de type 3 est remplacé par le collagène de type 1 plus résistant. Ce collagène ne présente pas le même entrelacement que celui d'une peau non lésée. De plus les glandes sudoripares et les follicules pileux ne se reconstituent pas. Tout cela explique que la peau cicatrisée ne peut être identique à la peau primitive (30).

I.2.c) Cicatrisation après suture

Cette cicatrisation, appelée de première intention, se produit après accolement des berges de la plaie par suture. Elle nécessite une plaie propre, avec des berges non lésées et bien vascularisées. Après accolement des deux berges de la plaie, le site est rapidement comblé par du sang coagulé. L'interstice entre les deux berges est ensuite colonisé par un tissu de granulation qui donne un tissu fibreux composé essentiellement de collagène et de vaisseaux. La migration épidermique est réduite au minimum, mais peut se faire le long des fils de suture. Cela peut donner naissance à des kystes d'inclusion. La résistance mécanique de la plaie n'est efficace qu'après plusieurs semaines. Quinze jours suffisent habituellement pour obtenir une résistance permettant d'enlever les fils en peau épaisse (sur le dos, ou l'abdomen par exemple), quatre jours pour les peaux fines et sans tension (sur les paupières par exemples). Le cal conjonctif constituant la « cicatrice jeune », caractérisé par une rougeur et un œdème intra-cicatriciel, subit ensuite un remodelage et une maturation. La cicatrice définitive est une cicatrice mature, stable et indélébile. En cas de cicatrisation normale, la cicatrice définitive apparaît en moyenne 10 à 12 mois après la survenue de la plaie.

I.2.d) Cicatrices pathologiques et défectueuses

La cicatrisation telle que décrite précédemment est le modèle physiologique d'une cicatrisation normale. Pourtant parfois la cicatrisation ne se fait pas correctement. On distingue alors les cicatrices pathologiques des cicatrices défectueuses. Les cicatrices

pathologiques présentent une anomalie évolutive, tandis que les cicatrices défectueuses sont caractérisées par une imperfection anatomique mais sont stables.

Une cicatrice pathologique peut être soit le résultat d'un retard de cicatrisation (plaie chronique), soit au contraire, d'un excès de processus cicatriciel (cicatrice chéloïde et cicatrice hypertrophique).

- Retard de cicatrisation

Plusieurs facteurs locaux ou généraux peuvent entraver le déroulement normal des différentes phases de cicatrisation et donner lieu à une plaie chronique : une prolifération bactérienne excessive, une hypoxie ou hypo-perfusion (31), une carence protéique. Ces facteurs peuvent provenir d'une ou plusieurs pathologies du patient (32) (exemples : athérosclérose, diabète...) ou d'une iatrogénie (exemples : corticothérapie, chimiothérapies...).

- Cicatrice chéloïde

Un excès d'activité lors de la cicatrisation donne naissance à des fibres de collagènes épaisses et hyalinisées (33). La matrice extracellulaire est alors abondante, tandis que la cellularité est faible (34). La chéloïde est une pseudotumeur intradermique fibreuse exubérante avec des extensions en « pattes de crabe ». Elle survient plus fréquemment sur les peaux noires (33).

- Cicatrice hypertrophique

Egalement due à un excès de cicatrisation, la cicatrice hypertrophique est épaisse, érythémateuse mais reste néanmoins limitée à la zone traumatisée et ne présente pas d'extension (35). Contrairement à la chéloïde, la cicatrice hypertrophique n'évolue pas après le sixième mois (34). Elle tend à régresser spontanément (33).

- Cicatrices défectueuses

Sans être pathologiques dans leur processus cicatriciels, certaines cicatrices présentent un défaut anatomique. Elles surviennent par des phénomènes de tensions cutanées asymétriques, de sutures mal exécutées, de corps étrangers sous-jacents, d'hématomes, ou encore de rétraction. Il en existe de nombreuses formes, mais il n'y a pas de réelle classification. Les principales sont : la cicatrice rétractile, la cicatrice dyschromique, la cicatrice déhiscente, et la cicatrice adhérente (36).

I.3. Introduction de l'étude : « Impact de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie : le vécu du patient est-il bien corrélé à l'évaluation du médecin généraliste ? »

En 2010, l'assurance maladie a recensé 35500 thyroïdectomies en France : il s'agit d'une intervention fréquente qui représente un sujet de santé publique. Il est aisé d'imaginer que la cicatrice de cette intervention peut avoir un impact sur la qualité de

vie : la face antérieure du cou est une zone exposée, visible, proche du visage, et la tranche d'âge la plus représentée fait partie de la population active (37) . Il s'agit d'une intervention standardisée et reproductible, ainsi la cicatrice de thyroïdectomie constitue un bon modèle d'étude des lésions cutanées visibles.

L'existence de cet impact a déjà été démontré (37). Certains facteurs de risque de mauvais vécu chez les patients ont été retrouvés : le sexe, l'ethnie (moins bon vécu chez les patients non caucasiens), la maladie (impact d'autant plus important si la pathologie thyroïdienne était maligne) (37). Les hommes semblent être moins satisfaits de leur cicatrice de thyroïdectomie que les femmes (38). L'impact sur la qualité de vie peut être considéré comme un problème significatif puisque des tentatives de nouvelles techniques mini-invasives ont été tentées (39). Néanmoins c'est toujours la thyroïdectomie conventionnelle qui est la référence (40). Il existe des pistes de solutions à cet impact, variables selon le problème identifié (prise en charge psychologique le plus souvent (14), consultation dermatologique, application de traitements topiques (41), consultation de chirurgie plastique).

Du fait du délai de cicatrisation complète, l'évaluation d'une cicatrice doit se faire à partir d'un an minimum (42). Le protocole du suivi par le chirurgien s'arrête en général à six semaines postopératoires et l'endocrinologue prend en charge l'équilibration hormonale. Ces spécialistes sont donc peu confrontés au vécu du patient vis-à-vis de sa cicatrice. Par ailleurs, ils sont amenés à voir le patient en consultation moins souvent que le médecin généraliste. Ce dernier est donc le seul intervenant pouvant évaluer

systématiquement le retentissement de la cicatrice au long cours sur la qualité de vie du patient.

L'étude suivante cherche à déterminer si l'estimation par le médecin généraliste de l'impact sur la qualité de vie d'une cicatrice de thyroïdectomie est bien corrélée au ressenti du patient, et à identifier les groupes de patients à risque de mauvais vécu de la cicatrice de thyroïdectomie.

II. Matériel et méthodes

II.1. Recrutement des sujets

II.1.a) Critères d'inclusion

Les sujets éligibles étaient les patients majeurs, opérés d'une thyroïdectomie totale, toutes causes confondues. Les patients avaient tous été opéré par un seul et même chirurgien.

II.1.b) Critères d'exclusion

Ne pouvaient pas être inclus les patients qui avaient au moins l'un des critères suivants : absence de réponse à l'appel téléphonique, absence de consultation du médecin généraliste depuis l'intervention, absence de réponse du médecin généraliste ou le refus de participer du patient.

II.1.c) Lieu et période de l'étude

Le recrutement des sujets a eu lieu dans le service de chirurgie digestive et endocrinienne de l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris.

La date de l'intervention devait précéder d'au moins 18 mois l'inclusion dans l'étude.

II.1.d) Mode de recrutement

Les sujets étaient recrutés par appel téléphonique. Les numéros de téléphone étaient récupérés dans le dossier administratif. Les patients étaient appelés dans l'ordre chronologique des interventions chirurgicales.

II.2. Recueil de données

II.2.a) Recueil de données auprès des sujets

Après l'inclusion du sujet telle que décrite ci-dessus, plusieurs données étaient recueillies au cours du même appel.

En premier lieu, des caractéristiques générales telles que l'âge, le sexe, et la situation professionnelle. La profession permettait de définir, pour chaque sujet, la catégorie socioprofessionnelle correspondante (selon la dernière nomenclature de l'Insee, datant de 2003) : agriculteurs exploitants, artisans commerçants et chef d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, et étudiants ou personnes sans activité professionnelle.

Puis ont été recueillis certains antécédents dermatologiques spécifiques : les cicatrices (quelque soit leur localisation) et les antécédents de dermatose faciale.

Parmi les antécédents, on a aussi recueilli, auprès des sujets inclus, les antécédents de maladies psychiatriques réparties en trouble anxieux, trouble de l'humeur, ou trouble psychotique.

Les indications de thyroïdectomie étaient recueillies dans le dossier médical du patient. Les pathologies thyroïdiennes étaient réparties parmi ces grandes catégories : maladie de Basedow, goitre, cancer de la thyroïde (diagnostiqué avant ou après l'intervention), nodules bénins et autres hyperthyroïdies.

Le recueil des données concernant l'évaluation de l'impact de la cicatrice sur la vie du sujet comportait plusieurs points. Les différentes questions formant le score de qualité de vie en dermatologie, DLQI, étaient posées. Le total du score DLQI permettait de classer le sujets dans une des catégories de retentissement : aucun (0 à 1/30), faible (2 à 5/30), modéré (6 à 10/30), important (11 à 20/30) et extrêmement important (21 à 30/30) L'investigateur posait aussi les questions composant l'échelle d'évaluation des symptômes provoqués par les cicatrices, Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS, annexe 5). On a aussi demandé au patient s'il avait consulté un médecin spécifiquement pour une gêne de la cicatrice : soit son médecin généraliste, soit un dermatologue, soit le chirurgien.

A l'issue de chaque question posée, la réponse correspondante était retranscrite sur un tableau de recueil de données informatique.

II.2.b) Recueil de données auprès des médecins généralistes

Le médecin généraliste désigné par le patient était contacté par téléphone. Trois questions concernant le retentissement de la cicatrice du patient étaient posées aux médecins généralistes de chaque patient :

- Question 1 : Le patient a-t-il exprimé spontanément une plainte concernant sa cicatrice ?

- Question 2 : Avez-vous demandé si la cicatrice occasionnait une gêne pour le patient ?

- Question 3 : Au total que pensez-vous de l'impact de la cicatrice sur la qualité de vie de votre patient ?

La réponse à cette dernière question devait être choisie parmi les catégories de retentissement telles que définie par le DLQI : aucun, faible, modéré, important ou extrêmement important.

II.3. Anonymisation

Une fois le recueil de données terminées, les identités étaient supprimées du tableau avant de procéder à l'analyse statistique. L'anonymat était donc préservé.

II.4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la concordance entre le retentissement évalué par le DLQI auprès du patient et le retentissement évalué par le médecin généraliste.

D'autres critères de jugement ont été observés, répondant aux objectifs secondaires de l'étude, et afin d'identifier les groupes de patients à risque de mauvais vécu de la cicatrice de thyroïdectomie : le DLQI global, le DLQI en sous groupe, le POSAS, le recours à une consultation médicale pour une gêne liée à la cicatrice de thyroïdectomie.

Les sous-groupes d'analyse du DLQI étaient au nombre de trois : le DLQI selon l'âge (trois tranches d'âge : 20 à 39 ans, 40 à 59 ans, et plus de 60 ans), le DLQI selon le sexe, et le DLQI selon la pathologie thyroïdienne opérée (maladie de Basedow, cancer de la thyroïde, goitre, nodule bénin et autres hyperthyroïdies).

II.5. Analyse statistique

Le tableau anonyme de recueil de données était transmis par l'investigateur au Département de Biostatistique, Santé Publique et Information Médicale de l'hôpital La Pitié-Salpêtrière. L'analyse statistique était réalisée par le statisticien. Elle concernait la description de la population, l'analyse de la concordance et l'analyse du DLQI en sous-groupes : DLQI selon l'âge, DLQI selon le sexe et DLQI selon la pathologie.

Le test du kappa mesure l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories, c'est-à-dire la concordance. Le coefficient de kappa, qui peut être compris entre 1 (accord parfait), et -1 (désaccord total) en passant par 0 (aucun lien entre les réponses des patients et des médecins). A chaque fois sont rapportés le kappa non pondéré et le kappa pondéré (de manière quadratique), ce dernier donnant plus de poids aux discordances importantes entre les deux réponses. Les valeurs-p rapportées correspondent au test qui compare le kappa à la valeur 0. Interprétation du coefficient de kappa selon sa valeur :

Valeur du Kappa (K)	Interprétation
< 0	Désaccord
0.0 - 0.20	Accord très faible
0.21 - 0.40	Accord faible
0.41 - 0.60	Accord modéré
0.61 - 0.80	Accord fort
0.81 - 1.00	Accord presque parfait

III. Résultats

III.1. Description de la population

Sur les 178 sujets appelés, 98 ont été joignables, parmi lesquels 96 ont accepté de participer à l'étude. Parmi ceux-là, 92 étaient éligibles (les 4 autres n'ayant pas consulté leur médecin traitant depuis l'intervention) et 50 sujets ont été finalement inclus puisque les médecins généralistes de 42 patients n'ont pas été joignables ou ont refusé de participer.

La population était en majorité féminine (41 femmes, 9 hommes). Les sujets avaient entre 22 ans et 82 ans. L'âge moyen était de 52,7 ans. Les trois tranches d'âges étaient représentées (Tableau 1). Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées dans la population étaient : les retraités, les employés et les cadres et professions intellectuelles supérieures (Tableau 1). Il n'y avait aucun agriculteur ni aucun ouvrier parmi les sujets inclus.

Les antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 17 patients sur les 50 inclus. Parmi ces patients, 10 avaient un antécédent de trouble anxieux et 7 avaient un antécédent de trouble de l'humeur.

Parmi les 50 sujets inclus, 8 avaient un antécédent de cicatrice autre que thyroïdienne et 6 avaient eu une dermatose faciale.

La pathologie thyroïdienne opérée était en majorité un goitre (25 patients). Les cancers de la thyroïde concernaient 17 patients. On comptait 7 patients avec maladie de Basedow et 1 cas de nodule bénin opéré.

variable	valeur
<i>Sexe</i>	
F	41 (82%)
H	9 (18%)
<i>Age</i>	
Min / Max	22 / 82
Med [IQR]	52 [40-63]
Moy (std)	52.74 (15.49)
<i>Tranches d'âge</i>	
[22,40)	13 (26%)
[40,60)	18 (36%)
[60,82]	19 (38%)
<i>Catégories socio-professionnelles</i>	
Agriculteurs exploitants	0 (0%)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	5 (10%)
Cadres et profession intellectuelles supérieures	11 (22%)
Professions intermédiaires	8 (16%)
Employés	12 (24%)
Ouvriers	0 (0%)
Retraités	13 (26%)
Etudiants	1 (2%)
<i>Antécédents psychiatriques</i>	
Aucun	33 (66%)
Troubles anxieux	10 (20%)
Troubles de l'humeur	7 (14%)
Trouble psychotique	0 (0%)
<i>Antécédents dermatologiques</i>	
Aucun	36 (72%)
Cicatrice autre	8 (16%)
Dermatose faciale	6 (12%)

variable	valeur
<i>Pathologie opérée</i>	
Maladie de Basedow	7 (14%)
Goitre	25 (50%)
Cancer de la thyroïde	17 (34%)
Nodules bénins	1 (2%)

Tableau 1. *Description globale de la population*

III.2. Evaluation du retentissement par les patients : score DLQI

III.2.a) DLQI dans l'ensemble de la population

Le score DLQI moyen était de 1,84/30. 32 des patients n'avaient aucun retentissement de la cicatrice sur leur qualité de vie, 14 avaient un faible retentissement, 1 avait un retentissement modéré et 3 avaient un retentissement important. Aucun sujet n'avait un retentissement extrêmement important.

DLQI : Score total.

Min / Max	0 / 13
Med [IQR]	0 [0-2]
Moy (std)	1.84 (3.17)

DLQI : catégorie de retentissement

Aucun	32 (64%)
Faible	14 (28%)
Modéré	1 (2%)
Important	3 (6%)
Extrêmement important	0 (0%)

Tableau 2. *DLQI dans l'ensemble de la population*

Les questions du DLQI dans lesquelles les conséquences de la cicatrice apparaissaient plus importantes étaient les suivantes : « Votre problème de peau a-t-il eu un retentissement sur le choix des vêtements ? » (Moyenne : 0,48/3) « Vous êtes vous déjà senti complexé ou gêné par votre problème de peau ? » (Moyenne 0,40/3). Les moyennes des réponses aux questions du DLQI (annexe 2) étaient les suivantes :

Questions	Moyenne
Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)	0,24/3
Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	0,40/3
Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses , vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	0,12/3
Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix de vos vêtements que vous portiez ?	0,48/3
Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	0,10/3
Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	0,08/3
Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou étudier ?	0,14/3
Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e) , vos amis ou votre famille ?	0,04/3

Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	0,24/3
Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?	0/3

Tableau 3. *Moyennes des réponses pour chaque question du DLQI*

III.2.b) DLQI selon l'âge

Le DLQI moyen était de 2,23 chez les sujets de 22 à 40 ans, de 2,61/30 chez les 40 à 60 ans et de 0,84 chez les patients de 60 à 82 ans.

variable	Age		
	[22,40)	[40,60)	[60,82]
<i>DLQI score total</i>			
Min / Max	0 / 12	0 / 13	0 / 4
Med [IQR]	2 [0-2]	0 [0-4.25]	0 [0-1]
Moy (std)	2.23 (3.27)	2.61 (4.19)	0.84 (1.38)
N	13	18	19
Test	p value: 0.3167 (Kruskal-Wallis rank sum test)		

Tableau 4. *DLQI total selon l'âge*

III.2.c) DLQI selon le sexe

Le DLQI moyen était de 1,95/30 chez les femmes et de 1,33/30 chez les hommes. Le DLQI médian était nul dans les deux catégories. Le DLQI maximum était de 13/30 chez les femmes et de 7/30 chez les hommes.

variable	Sexe	
	F	H
<i>DLQI total</i>		
Min / Max	0 / 13	0 / 7
Med [IQR]	0 [0-2]	0 [0-1]
Moy (std)	1.95 (3.32)	1.33 (2.5)
N	41	9
Test	p value: 0.4734 (Wilcoxon rank sum test)	

Tableau 5. *DLQI total selon le sexe*

III.2.d) DLQI selon la pathologie

Chez les patients atteints de maladie de Basedow, le DLQI moyen était de 1,86/30 et le DLQI médian était à 1. Chez les patients opérés d'un goitre le DLQI moyen était de 1,84/30 et le DLQI médian était nul. Chez les patients qui avaient eu un cancer de la thyroïde le DLQI moyen était de 1,94/30 et le DLQI médian était à 1. L'unique cas de l'étude dont l'opération avait concerné un nodule bénin avait un DLQI à 0/30. Aucun sujet recruté n'avait été opéré pour une hyperthyroïdie autre que la maladie de Basedow.

Pathologie				
variable	Maladie de Basedow	Goitre	Cancer	Nodules bénins
<i>DLQI total</i>				
Min / Max	0 / 7	0 / 13	0 / 12	0 / 0
Med [IQR]	1 [0-2.5]	0 [0-2]	1 [0-2]	0 [0-0]
Moy (std)	1.86 (2.54)	1.84 (3.53)	1.94 (3.07)	0
N	7	25	17	1
Test	p value: 0.7093 (Kruskal-Wallis rank sum test)			

Tableau 6. *DLQI total selon la pathologie*

III.3. Evaluation du retentissement par les médecins généralistes

Les patients avaient spontanément parlé de leur cicatrice dans 22% des cas (11 patients). Les médecins généralistes avaient posé la question d'une gêne de la cicatrice dans 26% des cas (13 patients). Le retentissement selon les médecins généralistes était estimé comme faible dans 10% des cas (5 patients) et inexistant dans 90% des cas (45 patients). Aucun patient n'avait un retentissement considéré comme modéré, important ou extrêmement important par le médecin généraliste.

variable	valeur
Le patient a-t-il exprimé spontanément une plainte concernant sa cicatrice ?	
<i>Réponses des médecins généralistes</i>	
Non	39 (78%)
Oui	11 (22%)
Avez-vous demandé si la cicatrice occasionnait une gêne pour le patient ?	
<i>Réponses des médecins généralistes</i>	
Non	37 (74%)

variable	valeur
Oui	13 (26%)
Que pensez-vous de l'impact de la cicatrice sur la qualité de vie de votre patient ?	
<i>Retentissement selon les médecins généralistes</i>	
Aucun	45 (90%)
Faible	5 (10%)
Modéré	0 (0%)
Important	0 (0%)
Extrêmement important	0 (0%)

Tableau 7. Réponses et évaluations des médecins généralistes

III.4. Concordance

Le test du kappa mesure l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories, c'est-à-dire la concordance.

Valeur du Kappa (K)	Interprétation
< 0	Désaccord
0.0 - 0.20	Accord très faible
0.21 - 0.40	Accord faible
0.41 - 0.60	Accord modéré
0.61 - 0.80	Accord fort
0.81 - 1.00	Accord presque parfait

III.4.a) Concordance générale (critère de jugement principal)

L'évaluation de l'impact sur la qualité de vie de la cicatrice de thyroïdectomie était faiblement concordante entre le patient et le médecin généraliste. Ce résultat était statistiquement significatif (kappa pondéré = 0,29, p = 0,0053). Parmi les 50 sujets inclus, 15 sujets avait un retentissement sous estimé par leur médecin généraliste.

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	32	0	0	0	0
Faible	11	3	0	0	0
Modéré	1	0	0	0	0
Important	1	2	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0

	Kp-value	CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.24	0.0179	0.24	0.25
Weighted (quadratic) kappa	0.29	0.0053	0.28	0.30

Tableau 8. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa dans l'ensemble de la population*

III.4.b) Concordance selon l'âge

La concordance entre DLQI selon le patient et avis du médecin généraliste, était variable selon les tranches d'âge.

La concordance était très faible pour les patients âgés de 20 à 40 ans, ce résultat étant cependant non statistiquement significatif (kappa pondéré = 0,09, p=0,4649)

La concordance était modérée pour les patients âgés de 40 à 60 ans, ce résultat étant statistiquement significatif (kappa pondéré = 0,40, $p < 0,0001$)

Concernant les personnes âgées de plus de 60 ans, le retentissement était trop faible pour permettre un calcul de coefficient kappa. Parmi les 19 sujets de cette tranche d'âge, 15 sujets avaient une évaluation concordante entre DLQI et avis du médecin généraliste (en l'occurrence, aucun retentissement).

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	6	0	0	0	0
Faible	4	2	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	1	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0
	Kp-value		CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.29	0.1037	0.27	0.30	
Weighted (quadratic) kappa	0.09	0.4649	0.08	0.09	

Tableau 9. Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les 20-40 ans

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	11	0	0	0	0
Faible	3	1	0	0	0
Modéré	1	0	0	0	0
Important	0	2	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0
	Kp-value		CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.27	0.0722	0.26	0.27	
Weighted (quadratic) kappa	0.40	<0.0001	0.39	0.41	

Tableau 10. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les 40-60 ans*

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	15	0	0	0	0
Faible	4	0	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	0	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0

Pas de kappa calculable.

Tableau 11. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les plus de 60 ans*

III.4.c) Concordance selon le sexe

Chez les femmes, qui représentaient 82% de la population de l'étude, la concordance était faible avec un résultat statistiquement significatif (kappa pondéré 0,32, $p=0,0038$).

Les hommes représentaient un échantillon trop faible pour permettre une analyse de concordance.

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	25	0	0	0	0
Faible	10	3	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	1	2	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0
	Kp-value		CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.26	0.0207	0.25	0.26	
Weighted (quadratic) kappa	0.32	0.0038	0.31	0.33	

Tableau 12. Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les femmes

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	7	0	0	0	0
Faible	1	0	0	0	0
Modéré	1	0	0	0	0
Important	0	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0

Pas de kappa calculable

Tableau 13. Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les hommes

III.4.d) Concordance selon la pathologie

Les sujets qui avaient un cancer de la thyroïde avaient une concordance très faible entre leur DLQI et l'estimation du retentissement par le médecin généraliste (kappa pondéré = 0,06 ; p = 0,4412).

La concordance chez les patients opérés d'un goitre thyroïdien était modérée (kappa pondéré = 0,50 ; p < 0,0001).

En ce qui concerne les sujets atteints de maladie de Basedow et celui opérés d'un nodule bénin, les faibles tailles d'échantillon n'ont pas permis une analyse de la concordance entre le retentissement selon le DLQI et l'estimation du médecin généraliste.

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	10	0	0	0	0
Faible	5	1	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	1	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0
	Kp-value		CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.17	0.2680	0.16	0.18	
Weighted (quadratic) kappa	0.06	0.4412	0.06	0.07	

Tableau 14. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les sujets avec cancers*

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	17	0	0	0	0
Faible	4	2	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	0	2	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0
	Kp-value		CI95% inf	CI95% sup	
Unweighted kappa	0.39	0.0135	0.38	0.40	
Weighted (quadratic) kappa	0.50	<0.0001	0.50	0.51	

Tableau 15. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les sujets avec goûtres*

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	4	0	0	0	0
Faible	2	0	0	0	0
Modéré	1	0	0	0	0
Important	0	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0

Pas de kappa calculable.

Tableau 16. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) et kappa chez les sujet avec maladie de Basedow*

	Aucun	Faible	Modéré	Important	Extrêmement important
Aucun	1	0	0	0	0
Faible	0	0	0	0	0
Modéré	0	0	0	0	0
Important	0	0	0	0	0
Extrêmement important	0	0	0	0	0

Pas de kappa calculable

Tableau 17. *Effectifs des réponses (en ligne : DLQI, en colonne : MG) chez les sujets avec nodules bénins*

III.5. Score POSAS

III.5.a) POSAS dans l'ensemble de la population

Le score POSAS moyen était 11,46/60 dans l'ensemble de la population. Les scores allaient de 6/60 (score minimal possible) à 31/60.

Le premier item du score POSAS (annexe 5), c'est-à-dire la douleur liée à la cicatrice, était en moyenne cotée à 1,5/10 par les patients. Le deuxième item, concernant la sensation de picotement de la cicatrice, était en moyenne évalué à 1,5/10. Le troisième, évaluant la différence de couleur avec le reste de la peau avait un score moyen de 3,0/10. La quatrième question concernant la différence de fermeté avec le reste de la peau était en moyenne cotée à 2,0/10. Le cinquième point du score POSAS, à savoir la différence d'épaisseur par rapport au reste de la peau, avait été évalué en moyenne à 1,9/10. Enfin, la dernière question du POSAS qui concerne la régularité de la cicatrice, avait une réponse moyenne de 1,6/10.

POSAS : Score total

Min / Max	6 / 31
Med [IQR]	9 [6.25-13]
Moy (std)	11.46 (6.62)

Tableau 18. *Score POSAS total dans l'ensemble de la population.*

III.5.b) POSAS selon le DLQI

Parmi les patients dont le retentissement, selon le DLQI, est important (n = 3), le score POSAS moyen était de 22,0/60.

Le seul patient dont le retentissement était modéré (n = 1) d'après le DLQI, avait un score POSAS moyen de 12/60.

Concernant les patients avec un DLQI correspondant à un retentissement faible (n = 14), le POSAS moyen était : 16,8/60.

Parmi les patients dont le retentissement, selon le DLQI, est absent (n = 32), le score POSAS moyen était 8,2/60.

III.6. Recours à une consultation pour la cicatrice

Le recours à une consultation pour la cicatrice avait concerné 20% des patients (n=10).

Parmi ceux-ci, 7 sujets avaient consulté leur médecin généraliste pour gêne de la cicatrice (soit 14%), et 3 avaient consulté un dermatologue pour ce motif (6%). Aucun n'avait eut besoin de consultation en chirurgie spécifiquement pour une gêne de la cicatrice de thyroïdectomie.

<i>Recours à une consultation médicale</i>	
Aucune	40 (80%)
Médecin généraliste	7 (14%)
Dermatologue	3 (6%)
Chirurgien	0 (0%)

Tableau 1. *Nombre et types de patients ayant eu recours à une consultation médicale pour un problème lié à la cicatrice.*

III.7. Autres observations

III.7.a) Antécédents psychiatriques et DLQI

Les patients ayant un antécédent psychiatrique (n=17) ont présenté un DLQI moyen à 3,8/30.

Parmi ces patients, ceux qui avaient comme antécédent un trouble anxieux (n=10) avaient en moyenne un score DLQI de 2,2/30.

Les sujets qui avaient comme antécédent un trouble de l'humeur (n=7) avaient un DLQI moyen de 6,3/30.

Les patients sans antécédent psychiatrique (n=33) avaient un score DLQI moyen de 0,7/30.

III.7.b) Antécédents dermatologiques et DLQI

Lorsqu'un antécédent de dermatose faciale était rapporté (n=6), le DLQI moyen était 1,7/30. Pour les patients ayant une cicatrice cutanée autre que celle de la thyroïdectomie (n=8), le DLQI moyen était 1,0/30.

En ce qui concerne les patients qui n'avaient ni antécédent de dermatose faciale ni de cicatrice autre (n=36), le DLQI était en moyenne de 1,9/30.

III.7.c) Catégories socioprofessionnelles et DLQI

La catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprises (n=5) avait en moyenne un DLQI de 0,2/30. Chez les cadres et profession intellectuelle supérieures (n=11) le DLQI moyen était 0,7/30. Parmi les professions intermédiaires (n=8) on a retrouvé un DLQI moyen de 3,1/30. Les employés (n=12) avaient un DLQI moyen de 4,6/30.

L'étudiant (n=1) montrait un DLQI à 2,0/30. Parmi les retraités (n=13) le DLQI était en moyenne à 0,4/30.

IV. Discussion

IV.1. Interprétation des résultats

IV.1.a) Estimation par le médecin généraliste du retentissement de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie

Dans cette étude, le retentissement sur la qualité de vie de la cicatrice de thyroïdectomie était sous-estimé par les médecins généralistes. La concordance entre le retentissement évalué par le DLQI selon le patient et le retentissement estimé par le médecin généraliste était faible, ce résultat étant statistiquement significatif ($p = 0,0053$). De plus les médecins généralistes demandaient rarement (26%) si la cicatrice impactait la vie du patient.

Cette sous-estimation peut provenir en partie du fait que le patient n'aborde pas, la plupart du temps, le sujet de la cicatrice. Seulement 13% des patients parlent spontanément de leur cicatrice d'après les médecins généralistes interrogés dans cette étude. Pendant la consultation du médecin généraliste, il est donc difficile de déceler un retentissement lié à la cicatrice si le patient ne s'en plaint pas. C'est une des caractéristiques des problèmes qui sont à l'origine d'un complexe ou d'une altération de l'image de soi : ils ne sont pas spontanément évoqués par la personne concernée. Toutefois, 26% des médecins généralistes disaient avoir eux-mêmes demandé au patient si la cicatrice de thyroïdectomie était gênante.

L'âge jeune était un facteur de sous-estimation de l'impact sur la qualité de vie de la cicatrice de thyroïdectomie. Chez les 20-40 ans la concordance était très faible. Les 40-60 ans montraient une concordance moyenne entre estimation du médecin généraliste et DLQI du patient. Chez les 60-80 ans (n=19), l'analyse de concordance n'était pas réalisable, mais pour 15 d'entre eux le retentissement selon le DLQI était concordant avec l'estimation du médecin généraliste (en l'occurrence, aucun retentissement). Chez les patients jeunes, la relation avec le médecin traitant est par essence plus récente et ceux-ci se confient peut-être moins facilement. Par ailleurs en France en 2017, l'âge moyen des médecins généralistes installés était de 51,6 ans (43). On peut se demander si une différence de génération entre le patient et le médecin entraîne une moins bonne compréhension de la vie quotidienne et des préoccupations du patient. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude qui s'intéresse à l'impact de la différence d'âge entre le médecin et son patient sur la qualité de leur relation.

Chez les patients qui avaient été opérés d'un cancer de la thyroïde, la concordance était plus faible que la moyenne avec une sous-estimation de l'impact de la cicatrice de thyroïdectomie. On peut penser que l'attention du médecin généraliste est en priorité portée sur le suivi de la pathologie maligne et l'absence de récurrence plutôt que sur la cicatrice elle-même. Lorsqu'il s'agit d'un cancer, le patient se sent moins légitime d'exprimer une problématique esthétique ou liée à l'image qu'il renvoie. Cela expliquerait la sous-estimation de l'impact de la cicatrice sur la qualité de vie dans ce sous-groupe. Cette problématique se retrouve, par exemple, chez les femmes opérées d'un cancer du sein (bien que le sujet soit plus complexe, faisant intervenir une

déformation corporelle et une atteinte à la féminité notamment). Une étude de l'Institut Curie avait noté que plus de 60% des femmes estimaient n'avoir pas eu assez d'information concernant la reconstruction mammaire après mastectomie (44).

IV.1.b) Impact de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie

La cicatrice de thyroïdectomie semble, le plus souvent (64%), ne pas avoir d'impact sur la qualité de vie des patients d'après cette étude. Néanmoins chez 36% des patients, cet impact existe, même s'il est faible en général. Ce résultat est comparable aux données de la littérature. Une étude anglaise parue en 2016 dans l'International Journal of Surgery, menée sur 120 sujets, mettait en évidence un faible impact sur la qualité de vie de la cicatrice de thyroïdectomie : sur une échelle de 0 à 10, l'impact moyen était à 1,9/10 (37).

Toutefois, cet impact sur la qualité de vie existait dans notre étude chez certains patients, surtout au travers d'une sensation de gêne ou de complexe, et d'une modification dans le choix des vêtements, lié à la cicatrice, afin de la cacher. Cela met en évidence l'importance du regard d'autrui dans la qualité de vie. On a retrouvé que la volonté de certains sujets de cacher leur cicatrice de thyroïdectomie était déjà décrite en 2016 dans l'étude de Best et Al. (38), bien qu'elle n'ait concerné que 7% des patients.

L'âge semble faire partie des facteurs influençant le retentissement sur la qualité de vie. Les personnes de plus de 60 ans avaient, en moyenne, un retentissement DLQI

moins important que les patients jeunes (<60 ans). On peut trouver plusieurs raisons plausibles expliquant ce résultat. Tout d'abord les cicatrisations pathologiques sont plus fréquentes chez le sujet jeune (45). Dans notre étude, le score POSAS, traduisant la gêne physique et l'apparence selon le patient, était en moyenne à 9,3/60 chez les sujets de plus de 60 ans, donc inférieure à la moyenne de la population totale (11,5/60). Les cicatrices sont moins visibles avec le vieillissement de la peau, se confondant parfois avec les plis naturels. Par ailleurs, les personnes de plus de 60 ans ont souvent une situation professionnelle et sociale plus établie. A contrario, au début de l'âge adulte, où se constituent globalement les rencontres professionnelles, amicales et affectives, on comprend aisément que l'apparence corporelle puisse avoir, en général, plus d'influence sur la qualité de vie. On retrouve peu de données dans la littérature concernant le rôle de l'âge dans l'acceptation d'une cicatrice. En 2016, le travail d'Arora et Al. (37) ne retrouvait pas de différence de vécu de la cicatrice de thyroïdectomie entre les patients jeunes et les patients âgés.

L'analyse du DLQI selon le sexe n'a pas permis d'identifier une différence notable, le DLQI moyen était compris entre 1/30 et 2/30 pour les hommes comme pour les femmes, sans qu'il y ait une différence statistiquement significative entre les deux. Toutefois l'échantillon masculin de l'étude était très petit et il ne peut être exclu que le sexe soit un facteur de risque de retentissement sur la qualité de vie qui ne serait pas ressorti dans notre étude. Dans la littérature, les hommes semblent être moins satisfaits de leur cicatrice de thyroïdectomie que les femmes (38).

Quelque soit la pathologie thyroïdienne opérée, le DLQI était à peu près équivalent. Dans notre étude cela ne semble pas être un facteur de risque de mauvais vécu de la cicatrice. Il en était de même dans l'étude de Best et Al. (38). Il est possible que cette différence n'ait pas été statistiquement significative dans notre étude du fait de la taille de l'échantillon. Dans la situation d'une pathologie maligne, pourtant, on pourrait penser que la cicatrice est porteuse d'un souvenir plus violent, associé à la peur d'une maladie potentiellement mortelle. Les données de la littérature sont variables à ce sujet. L'étude de Best et Al. retrouve des résultats similaires à la nôtre, alors que l'étude d' Arora et Al., à l'effectif plus important (n=120), mettait en évidence une moins bonne acceptation de la cicatrice par les patients qui avaient eu un diagnostic de cancer de la thyroïde, par rapport à ceux dont la pathologie était bénigne (37).

On observe que les trois patients dont le retentissement de la cicatrice sur la qualité de vie était important, présentaient aussi un POSAS moyen plus élevé que les autres. De même, les patients qui n'avaient aucun retentissement d'après le DLQI, avaient un POSAS moyen très faible. Cette tendance était attendue et est cohérente. D'une part, le premier item du DLQI reprend les symptômes physiques liés à la cicatrice que l'on retrouve dans le POSAS. D'autre part, si le sujet estime, dans le POSAS, que sa cicatrice est très visible (par sa couleur, son épaisseur, son irrégularité), il est plus probable qu'il soit plus gêné dans la vie quotidienne, que s'il lui semblait que sa cicatrice était quasiment invisible. Ce lien entre caractéristiques physiques de la cicatrice et impact sur la qualité de vie est cohérent et on le retrouve, à un degré plus marqué, dans l'étude d'Arora et Al. : lorsque la cicatrice était pathologique, son impact sur la qualité de vie était plus important (37).

Les antécédents de trouble anxieux ou de trouble de l'humeur semblent aussi jouer un rôle important dans l'impact sur la qualité de vie de la cicatrice. Cela était particulièrement notable chez les patients ayant un antécédent de trouble de l'humeur, dont le DLQI moyen était nettement plus élevé que celui de la population générale. Une cicatrice est la trace visible d'un élément négatif passé : comme tout événement de vie négatif, son retentissement sur la qualité de vie se fait probablement plus sentir chez un patient susceptible d'être anxieux ou déprimé. Dans un souci de validité interne, nous avons limité a priori les analyses en sous-groupes du DLQI. Le DLQI selon les antécédents psychiatriques ne faisait pas partie de l'analyse statistique ; il s'agissait donc d'une observation a posteriori et sans analyse statistique. Malgré tout, les différences de DLQI nous ont semblé suffisamment marquées pour émettre l'hypothèse d'une association entre antécédent psychiatrique et mauvaise acceptation d'une cicatrice. A notre connaissance, aucune étude n'avait observé, auparavant, le vécu d'une cicatrice selon la présence d'antécédents psychiatriques.

L'existence d'une autre cicatrice cutanée semble associée à un moindre effet de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie du patient. Il se peut que, si le sujet a déjà une expérience de la cicatrice, il soit plus à même de gérer émotionnellement et rationnellement ce type de problème. De même, on comprend que la qualité de vie soit probablement plus altérée s'il s'agit d'un phénomène nouveau et inconnu pour le patient. Nous ne connaissons, ici non plus, d'étude antérieure qui s'intéresse à la différence d'impact entre une première cicatrice et une deuxième cicatrice au cours de la vie.

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, on note que les DLQI moyens les plus élevés appartenaient aux employés et aux professions intermédiaires. Il s'agit également d'une observation inaugurale dans la littérature.

IV.2. Forces et limites de l'étude

IV.2.a) Limites de l'étude

Le facteur limitant principal de cette étude réside dans la taille de l'effectif. Ainsi la concordance n'a pas pu être calculée pour certains sous-groupes, notamment pour les hommes, pour les patients âgés de plus de 60 ans et pour les patients opérés d'une maladie de Basedow.

L'étude était mono-centrique et mono-opérateur : la variabilité de la cicatrice d'un opérateur à l'autre et d'une technique à l'autre n'a pas pu être prise en compte, et la population étudiée n'est pas représentative de la population générale. Il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à la population générale.

Bien que nous ayons vérifié l'utilisation et la validité du DLQI dans le cas particulier d'une cicatrice, il n'est pas spécifiquement conçu pour cela. En effet certaines questions ne sont pas bien adaptées à l'évaluation du retentissement d'une cicatrice de thyroïdectomie : « Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? », et « Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou

en salissant votre maison ? » . Néanmoins il n'existe pas de score plus spécifique et nous avons considéré le DLQI comme étant le meilleur outil pour notre étude et ses objectifs. D'ailleurs il a déjà été utilisé dans d'autres études semblables.

Par ailleurs, les scores du DLQI des patients ont été remplis par l'investigateur au cours d'appels téléphoniques, et non directement par le patient. Ceci peut constituer un biais d'évaluation. De plus, le recueil du DLQI par le patient et l'évaluation par le médecin généraliste en consultation n'ont pas été réalisés au même moment. Entre le moment de la consultation du généraliste et le recueil du DLQI, le retentissement de la cicatrice pouvait avoir changé. Nous aurions pu décider de n'inclure que les patients qui avaient consulté le médecin généraliste dans le mois précédent, par exemple, mais le nombre de sujets inclus aurait été inférieur et l'analyse de concordance, qui constitue le critère de jugement principal, n'aurait pas été réalisable.

De même, la dernière consultation du médecin généraliste ayant pu avoir lieu plusieurs mois avant le recueil des données, il était difficile pour lui d'estimer l'impact sur la qualité de vie d'un patient. Les médecins étaient contactés à leur cabinet, donc sur le temps de travail : il a pu être difficile pour eux de répondre aux questions de l'investigateur concernant une ancienne consultation alors même qu'ils sont en plein travail. Il s'agit d'un biais de mémoire qui était inévitable.

En ce qui concerne le terrain psychiatrique, seule la question des antécédents psychiatriques a été posée. Nous pensons qu'il serait intéressant d'avoir des détails concernant le diagnostic, le traitement et le suivi qu'ont eu ces patients pour leur

antécédent psychiatrique. Par exemple : un antécédent isolé, très ancien et suivi en ambulatoire pendant quelques semaines, et un épisode dépressif majeur hospitalisé récemment, ne peuvent avoir le même effet sur l'acceptation et les représentations d'une cicatrice située à la face antérieure du cou. Toutefois, il ne s'agissait pas de l'objectif de l'étude et cette problématique nécessiterait un travail portant spécifiquement, sur le vécu des cicatrices chez les patients aux antécédents psychiatriques.

Les cicatrices n'ont pas été vues par l'investigateur. Cela peut être vu comme une limite, puisqu'il n'y avait pas d'objectivité dans l'évaluation de la cicatrice. Mais cette étude portait sur la qualité de vie du patient et l'estimation par son médecin généraliste de cette qualité de vie. Stricto sensu, l'avis de l'investigateur ne devait pas interférer dans la comparaison et un aperçu de la cicatrice aurait nécessairement ajouté un biais. Le sens de cette étude n'était pas de savoir si la cicatrice est effectivement visible ou gênante pour autrui, mais justement de s'intéresser à l'importance que le patient donne à sa cicatrice.

IV.2.b) Forces de l'étude

Cette étude possède, à notre sens, plusieurs points forts notables. Elle est la première, à notre connaissance, à décrire l'estimation par les médecins généralistes des conséquences d'une cicatrice sur la qualité de vie des patients. Son sujet est donc original et innovant par rapport aux données de la littérature.

La méthodologie était rigoureuse. La question principale était définie à priori et le protocole mis en œuvre était en adéquation avec l'objectif. Cela aboutit à une réponse unique et adaptée à la question principale.

D'autre part, le DLQI, qui représente l'outil d'évaluation principal, est un score largement utilisé et validé en dermatologie, et il avait déjà été plusieurs fois utilisé pour évaluer le retentissement d'une cicatrice (13–15).

L'analyse du DLQI en sous-groupes était volontairement réalisée pour seulement trois critères (âge, sexe et pathologie opérée) afin que chaque analyse garde une validité. Une multiplicité des critères analysés aurait abouti à plus de résultats, en apparence, significatifs, et pour autant chacun d'eux aurait perdu en légitimité. Ces critères étaient définis a priori, afin d'éviter que le recueil de données n'influence les choix méthodologiques.

Les analyses statistiques ont été réalisées par un spécialiste en bio-statistiques du centre d'investigation clinique d'un centre hospitalo-universitaire. La présence d'un statisticien professionnel distinct de l'investigateur permettait de garantir la séparation et l'indépendance entre recueil de données et analyse statistique.

Enfin, il s'agit d'une étude qui met en relation plusieurs spécialités et plusieurs champs de la médecine générale. La qualité de vie des patients est l'un des objectifs majeurs de tout médecin, et c'est le paramètre qui est au centre de ce travail. Le fait que ce

paramètre soit au centre de notre travail donne une pertinence clinique à notre résultat, et vient compléter sa réalité statistique.

Conclusion

Les conséquences psychologiques des maladies dermatologiques sont bien décrites dans la littérature, mais le cas particulier des cicatrices visibles n'a été que très peu étudié jusqu'alors. Cette étude démontre que le retentissement sur la qualité de vie d'une cicatrice de thyroïdectomie a tendance à être sous-estimé par les médecins généralistes.

Bien qu'il s'agisse d'une minorité, certains patients sont gênés d'avoir une cicatrice, et ressentent le besoin de la cacher aux autres. Dans notre étude, les patients les plus gênés par leur cicatrice étaient des jeunes actifs, et avaient des antécédents de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux.

Il apparaît clair, au terme de cette étude, que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le dépistage actif d'une éventuelle souffrance ou difficulté liée à une cicatrice ou toute lésion cutanée dans une zone exposée au regard d'autrui. Le dépistage de cet impact par une simple question systématique de la part du médecin généraliste pourrait permettre au patient de parler de ses difficultés, d'être écouté et donc de mieux accepter, à terme, sa cicatrice. Des travaux futurs évaluant la sensibilité d'un tel dépistage et le bénéfice d'une prise en charge psychologique en cas de mauvais vécu d'une cicatrice seraient intéressants pour approfondir le sujet et apporter des solutions aux patients concernés.

Bibliographie

1. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* oct 2017;8(5):343-6.
2. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Żaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatr Pol.* 30 déc 2017;51(6):1145-52.
3. Zięciak T, Rzepa T, Król J, Żaba R. Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients. *Psychiatr Pol.* 30 déc 2017;51(6):1153-63.
4. Eyüboğlu M, Kalay I, Eyüboğlu D. Evaluation of Adolescents Diagnosed with Acne Vulgaris for Quality of Life and Psychosocial Challenges. *Indian J Dermatol.* avr 2018;63(2):131-5.
5. Durai PCT, Nair DG. Acne vulgaris and quality of life among young adults in South India. *Indian J Dermatol.* févr 2015;60(1):33-40.
6. Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol.* avr 2016;33(2):129-35.
7. Kwak Y, Kim Y. Health-related Quality of Life and Mental Health of Adults With Atopic Dermatitis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(5):516-21.
8. Singhal R, Diwan NG, Nair PA. Impact of Palmoplantar Dermatoses on Quality of Life. *Indian Dermatol Online J.* oct 2018;9(5):309-13.
9. Amer AAA, Gao X-H. Quality of life in patients with vitiligo: an analysis of the dermatology life quality index outcome over the past two decades. *Int J Dermatol.* juin 2016;55(6):608-14.
10. Lepège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1013-23.
11. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med [A].* mai 1981;15(3 Pt 1):221-9.
12. Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med* 1982. 1990;30(7):829-35.
13. Reinholz M, Poetschke J, Schwaiger H, Epple A, Ruzicka T, Gauglitz GG. The dermatology life quality index as a means to assess life quality in patients with different scar types. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* nov 2015;29(11):2112-9.
14. Choi Y, Lee JH, Kim YH, Lee YS, Chang H-S, Park CS, et al. Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients. *Ann Dermatol.* déc 2014;26(6):693-9.

15. Morales-Sánchez MA, Flores-Ruvalcaba CN, Peralta-Pedrero ML, Villafranca-Dugelby AD, Cruz FJ-S. [Calidad de vida en adultos con cicatrices queloides]. *Cir Cir*. 2018;86(4):321-6.
16. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. mai 1994;19(3):210-6.
17. Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Invest Dermatol Symp Proc*. mars 2004;9(2):169-80.
18. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? *J Invest Dermatol*. oct 2005;125(4):659-64.
19. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol*. nov 1996;107(5):707-13.
20. De Korte J, Mommers FMC, Sprangers MAG, Bos JD. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol*. sept 2002;138(9):1221-7; discussion 1227.
21. Kanitakis J. Anatomy, histology and immunohistochemistry of normal human skin. *Eur J Dermatol EJD*. août 2002;12(4):390-9; quiz 400-1.
22. Khavkin J, Ellis DAF. Aging skin: histology, physiology, and pathology. *Facial Plast Surg Clin N Am*. mai 2011;19(2):229-34.
23. Singer AJ, Clark RA. Cutaneous wound healing. *N Engl J Med*. 2 sept 1999;341(10):738-46.
24. Werner S, Grose R. Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. *Physiol Rev*. juill 2003;83(3):835-70.
25. Eming SA, Krieg T, Davidson JM. Inflammation in wound repair: molecular and cellular mechanisms. *J Invest Dermatol*. mars 2007;127(3):514-25.
26. DiPietro LA, Polverini PJ. Role of the macrophage in the positive and negative regulation of wound neovascularization. *Behring Inst Mitt*. août 1993;(92):238-47.
27. Reinke JM, Sorg H. Wound repair and regeneration. *Eur Surg Res Eur Chir Forsch Rech Chir Eur*. 2012;49(1):35-43.
28. Madden JW, Peacock EE. Studies on the biology of collagen during wound healing. 3. Dynamic metabolism of scar collagen and remodeling of dermal wounds. *Ann Surg*. sept 1971;174(3):511-20.
29. Robson MC, Steed DL, Franz MG. Wound healing: biologic features and approaches to maximize healing trajectories. *Curr Probl Surg*. févr 2001;38(2):72-140.
30. Ruthenborg RJ, Ban J-J, Wazir A, Takeda N, Kim J-W. Regulation of wound healing and fibrosis by hypoxia and hypoxia-inducible factor-1. *Mol Cells*. sept 2014;37(9):637-43.

31. Huljev D. [Obstacles in wound healing]. *Acta Medica Croat Cas Hravatske Akad Med Znan.* oct 2013;67 Suppl 1:5-10.
32. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, Ruzicka T, Jeschke MG. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. *Mol Med Camb Mass.* févr 2011;17(1-2):113-25.
33. van den Broek LJ, Limandjaja GC, Niessen FB, Gibbs S. Human hypertrophic and keloid scar models: principles, limitations and future challenges from a tissue engineering perspective. *Exp Dermatol.* juin 2014;23(6):382-6.
34. Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician.* 1 août 2009;80(3):253-60.
35. Elsaie ML, Choudhary S, McLeod M, Nouri K. Scars. *Curr Probl Dermatol.* 2011;42:131-9.
36. Arora A, Swords C, Garas G, Chaidas K, Prichard A, Budge J, et al. The perception of scar cosmesis following thyroid and parathyroid surgery: A prospective cohort study. *Int J Surg Lond Engl.* janv 2016;25:38-43.
37. Best AR, Shipchandler TZ, Cordes SR. Midcervical scar satisfaction in thyroidectomy patients. *The Laryngoscope.* mai 2017;127(5):1247-52.
38. Duncan TD, Rashid Q, Speights F, Ejeh I. Transaxillary endoscopic thyroidectomy: an alternative to traditional open thyroidectomy. *J Natl Med Assoc.* août 2009;101(8):783-7.
39. Tan CTK, Cheah WK, Delbridge L. « Scarless » (in the neck) endoscopic thyroidectomy (SET): an evidence-based review of published techniques. *World J Surg.* juill 2008;32(7):1349-57.
40. Shin S, Shin JU, Lee Y, Chung WY, Nam K-H, Kwon TG, et al. The Effects of Multi-Growth Factors-Containing Cream on Post-Thyroidectomy Scars: A Preliminary Study. *Ann Dermatol.* juin 2017;29(3):314-20.
41. Dordea M, Aspinall SR. Short and long-term cosmesis of cervical thyroidectomy scars. *Ann R Coll Surg Engl.* janv 2016;98(1):11-7.
42. La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
43. Reasons of not having breast reconstruction: a historical cohort of 1937 breast cancer patients undergoing mastectomy. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/hellebore.biusante.parisdescartes.fr/pubmed/23961399>
44. Bayat A, Arscott G, Ollier WER, McGrouther DA, Ferguson MWJ. Keloid disease: clinical relevance of single versus multiple site scars. *Br J Plast Surg.* janv 2005;58(1):28-37.

Annexes

Annexe 1 : DLQI

DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX

Hospital No:
Name:
Address:

Date:
Diagnosis:

Score:

DLQI

The aim of this questionnaire is to measure how much your skin problem has affected your life OVER THE LAST WEEK. Please tick one box for each question.

- | | | | |
|-----|---|--|---------------------------------------|
| 1. | Over the last week, how itchy, sore, painful or stinging has your skin been? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Over the last week, how embarrassed or self conscious have you been because of your skin? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Over the last week, how much has your skin interfered with you going shopping or looking after your home or garden ? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 4. | Over the last week, how much has your skin influenced the clothes you wear? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 5. | Over the last week, how much has your skin affected any social or leisure activities? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 6. | Over the last week, how much has your skin made it difficult for you to do any sport ? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 7. | Over the last week, has your skin prevented you from working or studying ? | Yes <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| | If "No", over the last week how much has your skin been a problem at work or studying ? | A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Over the last week, how much has your skin created problems with your partner or any of your close friends or relatives ? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 9. | Over the last week, how much has your skin caused any sexual difficulties ? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |
| 10. | Over the last week, how much of a problem has the treatment for your skin been, for example by making your home messy, or by taking up time? | Very much <input type="checkbox"/>
A lot <input type="checkbox"/>
A little <input type="checkbox"/>
Not at all <input type="checkbox"/> | Not relevant <input type="checkbox"/> |

Please check you have answered EVERY question. Thank you.

©AY Finlay, GK Khan, April 1992 www.dermatology.org.uk, this must not be copied without the permission of the authors.

Annexe 2 : DLQI français



DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir** ou **brûlé(e)** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e)** ou **complexé(e)** par votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement** empêché de **travailler** ou **étudier** ?
 3 Oui 0 Non 0 Non concerné(e)
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
 3 Enormément 2 Beaucoup 1 Un peu 0 Pas du tout 0 Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)

Annexe 3 : DLQI enfant

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE - DERMATOLOGIE DE L'ENFANT* (de 5 à 16 ans)

Hôpital N°

Nom :

Âge :

Adresse :



Diagnostic :

Date :

SCORE

CDLQI :

Ces questions ont pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE. Pour chaque question, réponds en mettant une croix ☒ dans une seule case.

- | | | | |
|-----|---|--|--------------------------|
| 1. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que ta peau t'a démangé , « gratté », ou t'a fait mal ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as été gêné(e) ou mal à l'aise , malheureux(-se) ou triste à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont changé tes relations avec tes copains/copines ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as dû te changer ou porter des chaussures ou des vêtements différents ou spéciaux à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont gêné pour sortir, jouer , ou faire les choses qui t'intéressent ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as évité d'aller nager ou de faire du sport à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <u>Au cours de la semaine dernière,</u> avais-tu école ?  Si tu avais école : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau ont eu des conséquences sur ton travail à l'école ? | À cause de mes problèmes de peau, je n'ai pas pu aller à l'école | <input type="checkbox"/> |
| | OU | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| | étais-tu en vacances ?  Si tu étais en vacances : au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont empêché de passer de bonnes vacances ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Au cours de la semaine dernière, est-ce qu'à cause de tes problèmes de peau tu as été embêté(e) par les autres : ils te donnaient de drôles de noms , te taquinaient , cherchaient la bagarre , te posaient des questions , ou t'évitaient ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as mal dormi à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours de la semaine dernière, est-ce que le traitement pour ta peau t'a posé des problèmes ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |

Vérifie que tu as bien répondu à TOUTES les questions. MERCI.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mai 1993. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.

* Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) - Initial validation and practical use. Br. J. Derm 1995; 132: 942-9.

Annexe 4



Skindex

Skindex

Les résultats du Skindex (France) sont rapportés en trois scores représentant chacun une dimension spécifique de la qualité de vie :

- Émotion
- Symptômes physiques
- Fonctionnement.

Les questions se rapportant au score **Emotion** sont numérotées : 3, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 23, 26, 28.

Les questions se rapportant au score **Symptômes** sont numérotées : 1, 7, 10, 16, 19, 24, 27.

Les questions se rapportant au score **Fonctionnement** sont numérotées : 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 29, 30.

La question 18 n'est pas incluse dans le calcul des scores.

La réponse à chaque question est notée de 0 à 4 :

- | | |
|---------------------|---|
| - jamais | 0 |
| - rarement | 1 |
| - de temps en temps | 2 |
| - souvent | 3 |
| - tout le temps | 4 |

Le score de chaque dimension est la moyenne des réponses à chaque question de cette dimension. Les scores sont transformés en pourcentage. L'impact en terme de qualité de vie est d'autant plus important que le score est élevé.

Annexe 5 : POSAS

aucun problème, normal → pire situation imaginable
catastrophe, anormale

1. La cicatrice est-elle douloureuse? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. La cicatrice pique-t-elle? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

peau normal → anormale

3. La couleur de la cicatrice est-elle
différente? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. La cicatrice est-elle plus ferme? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. L'épaisseur de la cicatrice est-elle
différente? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. La cicatrice est-elle irrégulière? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Résumé

Introduction : Les cicatrices visibles, dont la cicatrice de thyroïdectomie, peuvent avoir un impact sur la qualité de vie. L'objectif principal de l'étude est de déterminer si l'impact de la cicatrice de thyroïdectomie estimé par le médecin généraliste est bien corrélé au vécu du patient. L'objectif secondaire est d'identifier les groupes de patients à risque de mauvais vécu de la cicatrice de thyroïdectomie.

Méthode : La qualité de vie selon les patients adultes opérés d'une thyroïdectomie (DLQI) était comparée aux estimations de leurs médecins généralistes par une analyse de concordance. Le DLQI était aussi analysé selon l'âge, le sexe et la pathologie thyroïdienne. L'étude était rétrospective et observationnelle.

Résultats : 50 sujets ont été inclus, dont 41 femmes et 9 hommes, âgés, en moyenne, de 52,4 ans. La majorité avaient été opérés pour un goitre ou un cancer de la thyroïde. La concordance entre DLQI du patient et estimation du médecin généraliste était faible, (k pondéré = 0,29, $p = 0,0053$). L'âge de moins de 60 ans était associé à un moins bon vécu de la cicatrice. Le sexe et la pathologie thyroïdienne n'avaient pas d'influence sur le vécu de la cicatrice. Le DLQI moyen était de 1,84. L'impact sur la qualité de vie était supérieur chez les patients aux antécédents psychiatriques (DLQI moyen = 3,8).

Conclusion : L'impact de la cicatrice de thyroïdectomie sur la qualité de vie est sous-estimé en médecine générale. Cet impact existe surtout chez des sujets jeunes, ou ayant un terrain psychiatrique. La discordance entre le vécu du patient et l'estimation du médecin généraliste souligne l'importance de l'évaluation du vécu de toute cicatrice visible en médecine générale.

Mots clés : Cicatrice, Qualité de vie, Médecine générale, Thyroïdectomie

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**