

# COUP D'ŒIL DU CONGRES

## PCO Deauville 2021

### Sommaire

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Humanitaire et Cicatrisation

*Hervé Bénateau (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen) ..... 3*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Quoi de neuf dans la cotation des actes infirmiers ?

*François Casadei (Président, URPS de Normandie) ..... 4*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Complications de la radiothérapie faciale : mucites, radiodermites et ostéonécroses

*Julien Drouet (Chirurgien maxillo-facial, Centre François Baclesse, Caen) ..... 5*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Plaies en EHPAD ou à domicile, jusqu'où aller ?

*Candas (Géronte, Hôpital Ste Péline, Paris) ..... 6*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Nécroses cutanées

*Maillard (Dermatologue, CH Le Mans) ..... 7*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Chirurgie assistée par ordinateur en chirurgie maxillo-faciale

*Hervé Bénateau (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen) ..... 8*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Calciphylaxie et rhéophérèse

*Oriane Lafargue (Dermatologue, CHU de Caen), Patrick Henri (Néphrologue, CHU de Caen) ..... 9*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Télé médecine, cicatrisation : nos plus belles erreurs

*Sabine Pédailles (Dermatologue, CHIC Alençon-Mamers) ..... 10*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Thérapie par pression négative en 2021 : indications et résultats

*Béatrice Ambroise (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen), Hélène Blayo et Géraldine Villechenon (Infirmières, CHU Caen) ..... 11*

#### CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

##### Prise en charge des hémangiomes de l'enfant

*Anne Dompmartin (Dermatologue, CHU de Caen) ..... 12*

## CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

### Mythes et réalités en compression veineuse

*Delphine Simon (Médecin vasculaire, CHU de Rouen)* ..... 13

## CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

### Evolution de l'équipe mobile plaies et cicatrisation du CHU de Caen

*Anne Domp martin (Dermatologue, CHU de Caen), Sophie Ballouard (Infirmière, CHU de Caen)* ..... 14

## CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

### DU Plaies et Cicatrisation : Remise de prix

*Nathalie Camebourg (Infirmière, IFSI de Caen), Nadim Mourad (Dermatologue, CH du Cotentin- Cherbourg)* ..... 15

## TABLE RONDE : Cancers cutanés et plaies tumorales

### Savoir dépister un cancer cutané et une plaie tumorale

*Jean-Matthieu L'Orphelin (Dermatologue, CHU de Caen), Anne Domp martin (Dermatologue, CHU de Caen)* ..... 16

## TABLE RONDE : Cancers cutanés et plaies tumorales

### Quelle prise en charge chirurgicale ?

*Béatrice Ambroise (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen)*..... 17

## TABLE RONDE : Cancers cutanés et plaies tumorales

### Prise en soins des plaies tumorales non opérables

*Anne Ordrenou, Céline Quesmel (Infirmières, CHU de Rouen)*..... 18

## TABLE RONDE : Cancers cutanés et plaies tumorales

### Infirmier en pratique avancée, un nouveau métier : témoignage d'une IPA en cancérologie

*Marguerite Nicodeme (Infirmière, Institut Curie, Paris)*..... 19

## Introduction

*Rédigée par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le congrès Plaies et Cicatrisation de l'Ouest s'est à nouveau tenu, pour sa 9ème édition, au Centre International de Deauville. Il s'agit de la première édition en présentiel depuis le début de la pandémie de COVID19.

L'allocation de bienvenue, prononcée par le Pr Domp martin et le Dr Carvalho, met en avant l'utilité d'une formation de tous les soignants à la cicatrisation, ainsi que l'essor de la télémédecine, en particulier depuis la pandémie : en effet, Domoplaie s'implante maintenant dans l'ex Haute-Normandie !

Au programme, des présentations variées : humanitaire et cicatrisation, les calciphylaxies et la rhéophérèse, la prise en charge des hémangiomes de l'enfant ou encore la compression veineuse. De nombreux ateliers ont mis l'accent sur la discussion autour de cas cliniques avec des thèmes variés : la détersion, la peau péri-lésionnelle et péri-stomiale, la prévention des escarres, etc.

L'innovation en matière de plaies chroniques a de nouveau été mise en avant lors du congrès. Celui-ci s'est terminé cette année par une table ronde multidisciplinaire traitant des cancers cutanés et plaies tumorales.



## Humanitaire et Cicatrisation

Hervé Bénateau (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le Pr Bénateau ouvre le congrès par une présentation relative à la problématique de la cicatrisation en milieu humanitaire, qu'il nous présente au travers de la vingtaine de missions qu'il a pu réaliser, pointant l'impact fondamental du niveau de développement d'un pays dans la cicatrisation. Les pathologies présentées sont variées (malformations, fentes labio-palatines, ankylose, et les Nomias, qui seront détaillées plus tard). Des problématiques spécifiques sont retrouvées dans ces pays, parmi les plus mal classées sur le plan de l'Index de Développement Humain :

- Le problème de la dénutrition reflète la pauvreté du pays, premièrement par un mauvais accès à l'alimentation, mais peut être également secondaire à une pathologie entraînant une rétraction des tissus de la face ou une ankylose, ou une pathologie malformative (une fente du voile palatin gêne en effet fortement la succion, entraînant une dénutrition chez l'enfant, dans des pays où les alternatives à l'allaitement maternel sont limitées). Cette dénutrition entraîne en elle-même une contre-indication à une prise en charge chirurgicale, au vu des troubles cicatriciels qui en découlent.
- Il existe de surcroît un risque septique, illustré dans cette présentation au travers de nombreuses photographies « en vie réelle ». Il est surtout lié aux structures locales précaires, à l'absence de matériel ou tenues à usage unique et au manque d'équipement adapté.
- Le contexte socio-culturel joue également un rôle important dans la prise en charge des patients en mission humanitaire. Le Pr Bénateau nous présente ici le cas d'une désunion de cicatrice de chirurgie d'une malformation artério-veineuse de la lèvre chez une jeune femme, qui a présenté un accès palustre en post-opératoire.

Il souligne également la difficulté de traitement de pathologies mal connues en France, souvent prises en charge à un stade tardif. Prenons ici l'exemple du Noma, aux yeux de notre orateur, une des pathologies les plus difficiles à traiter. Elle correspond à une gangrène nécrosante d'origine bactérienne, secondaire à une plaie intra-buccale, atteignant les lèvres, le nez et les joues. La perte de substance muqueuse en fait toute la gravité. En phase aiguë, l'inflammation entraîne une nécrose des tissus, avec un taux de mortalité de 80-90%, une prise en charge précoce est donc primordiale. Au stade tardif, la cicatrisation de l'escarre péri-buccale entraîne une importante rétraction des tissus, avec comme conséquence des troubles alimentaires et une dénutrition importante chez ces patients, rendant, en cas de chirurgie reconstructrice, la cicatrisation post-opératoire très difficile.

Pour conclure, cette présentation souligne le rôle très particulier de l'état nutritionnel, en tant que cause et conséquence de troubles de la cicatrisation, et en fait un item majeur de la prise en charge globale.



### Quoi de neuf dans la cotation des actes infirmiers ?

François Casadei (Président, URPS de Normandie)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Mr Casadei, ancien président de l'URPS infirmiers de Normandie, nous présente les dernières nouveautés en termes de cotation des actes infirmiers. Les conditions au domicile du patient pouvant être difficiles, une prescription adaptée à la situation est nécessaire pour assurer une prise en charge optimale, et valoriser le travail de l'infirmier. Ces modifications sont incluses dans l'avenant 6, dont il nous dresse une liste.

- Selon l'article 2, plusieurs actes peuvent être dorénavant cotés AMI 3 : les pansements de stomie, de trachéotomie et de plaies post-opératoires étendues après chirurgie abdominale ou mammaire, ou post exérèse multiple de varices ou ligature de veines perforantes.
- L'article 3 va encore plus loin dans la valorisation du travail de l'IDE, avec la cotation AMI 11, incluse dans l'ordonnance de pansement complexe, correspondant au bilan lors de la première rencontre d'un IDE avec un patient. Il s'agit d'un temps de réflexion infirmier qui est mis en valeur au-delà de l'acte technique, permettant un suivi plus efficace. Cette cotation est applicable pour deux plaies différentes sur un même patient (par exemple un patient porteur à la fois d'un ulcère et d'une escarre). Les soins d'une brûlure > 2% de la surface cutanée secondaire à une radiothérapie passent maintenant AMI 4.

Mr Casadei nous expose également le problème de la compression veineuse. En effet, il n'existe aucune cotation infirmière actuellement permettant la pose d'une compression veineuse seule, en prévention, chez des patients souvent âgés ne pouvant réaliser ce geste seuls. La cotation a évolué et revalorisée lorsque cet acte s'associe à un pansement (AMI 5,1).

L'accent est ensuite mis sur l'analgésie topique durant le soin, condition nécessaire au bon déroulement du soin. Celle-ci est maintenant valorisée avec une cotation spécifique (AMI 1,1), cumulable à l'acte de réfection du pansement, ces deux actes pouvant même côtés séparément.

Pour conclure, il est primordial pour la bonne marche des soins infirmiers, que l'ordonnance soit rédigée de façon optimale (bien penser entre à mentionner « pansement complexe » et « mise en place d'une compression veineuse »), pour que le travail de l'IDE, pouvant être très complexe sur des plaies chroniques, soit valorisé de façon adéquate.



### Complications de la radiothérapie faciale : mucites, radiodermites et ostéonécroses

Julien Drouet (Chirurgien maxillo-facial, Centre François Baclesse, Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le Dr Drouet, chirurgien maxillo-facial exerçant en centre de lutte contre le cancer, nous fait ce jour un retour d'expérience sur les conséquences de la radiothérapie, en particulier dans la région cervico-faciale. Cette modalité de traitement du cancer, reposant sur une apoptose des cellules tumorales secondaires à des dommages radio-induits de l'ADN, a des effets secondaires sur les tissus traversés, et ce malgré les immenses progrès réalisés en radiothérapie ces dernières années.

Ces complications apparaissent à des doses de radiations infra-thérapeutiques, et concernent donc une grande majorité de patients, d'où l'importance d'une formation sur la prévention et la prise en charge.

Le premier tissu traversé par les rayons ? La peau bien-sûr ! La radiodermite aiguë, tous grades confondus, est presque systématique chez les patients sous radiothérapie. Du simple érythème à l'exceptionnelle nécrose cutanée à haut risque infectieux nécessitant une prise en charge en centre spécialisé, les recommandations pour la prise en charge sont bien codifiées (site AFSOS).

Les manifestations tardives sont polymorphes (fibrose, télangiectasies, atrophie), et apparaissent dans les 6 mois à 2 ans après irradiation, et il peut exister des troubles de mobilité, notamment au niveau cervical.

La mucite, inflammation de la muqueuse, est la complication la plus fréquente et a un impact majeur sur la qualité de vie des patients, entraînant douleur, anorexie et complications hémorragiques. Elle est gradée de 0 (muqueuse normale, avec alimentation normale), à 4 (aphagie complète, nécessité d'une alimentation parentérale et d'antalgiques pallier 3). La prévention repose sur les bains de bouche au bicarbonate, les soins bucco-dentaires, la lutte contre l'irritation et le port de gouttières en fluor. Une fois la mucite installée, le traitement est symptomatique. Il y a maintenant une place laissée à l'aromathérapie, en cours de développement dans certains centres, pour laquelle une formation adaptée est nécessaire.

La dernière complication abordée ce jour est l'ostéonécrose correspondant à une perte de vitalité d'une partie de l'os, concernant moins de 10% des patients. Outre la prévention (soins bucco-dentaires, équilibre nutritionnel, prévention des traumatismes osseux, prise en charge des comorbidités), le traitement repose surtout sur la prise en charge antalgique et nutritionnelle, l'absorption des exsudats. L'indication chirurgicale est évaluée au cas par cas.

La discussion était axée sur l'espoir de diminution de l'incidence de ces complications dans les prochaines années, avec l'arrivée de la protonthérapie.



### Plaies en EHPAD ou à domicile, jusqu'où aller ?

Emmanuelle Candas (Géiatre, Hôpital Ste Péline, Paris)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le Dr Candas, géiatre formée à la cicatrisation, aborde ce jour le difficile sujet de la prise en charge des plaies chez la personne âgée, que cela soit à domicile ou en EHPAD.

Le lieu de vie influence-t-il la prise en charge du patient et de sa plaie ?

La prévalence des plaies au domicile et dans les EHPAD est à peu près similaire.

Il faut retenir que les problématiques rencontrées sont différentes en EHPAD et au domicile, mais que les difficultés de chacun doivent être respectées. Les points communs entre ces deux prises en charge peuvent être le sentiment d'isolement ressenti par l'IDE, le manque d'encadrement médical dû à la désertification, ou encore le manque de formation au domaine de la cicatrisation.

La connaissance de son patient est primordiale : le patient est-il fragile ? Est-il dépendant ? Quelles sont ses comorbidités ? Ses volontés sont-elles bien respectées ?

Il existe plusieurs types de patients, certains refusent de façon philosophique l'intrusion d'un soignant à leur domicile, d'autres sont opposants aux soins du fait de troubles cognitifs : dans ces deux situations, la prise en charge des plaies est extrêmement difficile. Parfois, réfléchir à un changement de lieu de vie peut être une solution.

Le Dr Candas a échangé avec de nombreux soignants, le principal point positif le plus souvent cité, au domicile comme à l'EHPAD, est la possibilité de faire de la prévention (nutrition, nursing, prévention des chutes, attention portée au chaussage). Les faiblesses unanimes décrites sont essentiellement la prise en charge de la douleur insuffisante, l'absence de continuité de soins, et le manque d'appui médical.

Le temps de la réévaluation est essentiel : change-t-on la prise en charge ? Fait-on appel à un intervenant extérieur ? Est-ce le moment de changer de lieu de vie ?

Ceci requiert de la part du soignant une analyse de la situation : à quel type de plaie avons-nous affaire ? La douleur est-elle bien soulagée ? Le patient adhère-t-il aux soins ? Si non, pourquoi ?

Pour conclure, nous voyons ici que la réalité géiatrique passe toutes les portes.

Il est important de bien connaître ses forces, ses faiblesses, son patient. Il faut savoir réévaluer, se poser les bonnes questions et passer la main si nécessaire, en alliant les forces de soignants de premier recours à tous les moyens disponibles (humains et matériels). La prise en charge doit être multidisciplinaire.

Le lieu de vie ne doit pas être une source de perte de chance !



### Nécroses cutanées

Hervé Maillard (Dermatologue, CH Le Mans)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Dans une présentation riche en iconographie, le Dr Maillard passe en revue les différentes étiologies (hors étiologies macro-vasculaires) de nécroses cutanées, au travers de cas cliniques rencontrés dans sa pratique :

- Les causes infectieuses : attention à l'état général !  
Exemple de la fasciite nécrosante, de la gangrène de Fournier (cellulite sus pubienne, avec nécrose du tissu adipeux), de la pasteurellose, du purpura fulminans, ou de l'endocardite (nécroses distales) : urgences diagnostiques et thérapeutiques.
- Nécroses peu ou pas fébriles, dont nous avons eu plusieurs exemples !
  - o Un cas d'angiodermite nécrotique chez un patient de 68 ans avec un ulcère évoluant depuis 4 mois, extensif, à bordure violacée, douloureux.
  - o Une vascularite découverte chez une patiente de 52 ans aux ATCD d'hépatite C, dans le cadre du bilan d'une plaie ronde, nécrotique et fibrineuse.
  - o Une maladie des embols de cristaux de cholestérol : patient athéromateux, chez qui apparaissent des ulcérations à l'emporte-pièce, un livédo, purpura distal, par occlusion des vaisseaux distaux (souvent, contexte d'intervention endo-vasculaire récente). L'histologie peut aider au diagnostic.
  - o Des lésions cutanées nécrotiques secondaires à une cryoglobuline précipitant au changement de température, et pouvant révéler une gammopathie monoclonale, des maladies systémiques ou infectieuses.
- Les maladies de système : exemple de la sclérodémie systémique, pouvant donner des ulcérations distales.
- Cas de nécrose aux AVK : le Dr Maillard nous détaille un exemple marquant Nécrose des seins et des orteils chez une femme de 18 ans, au lendemain d'une introduction d'AVK pour une thrombophlébite étendue, dans un contexte de post-partum tardif.  
Quelles ont été les hypothèses avancées en urgence : SAPL ? CIVD ? nécrose aux AVK ? Le bilan biologique est normal hormis une résistance à la protéine C activée. Cette pathologie est rare, due à un déséquilibre entre les agents pro et anticoagulants, typiquement dans les 10 jours suivant l'introduction des AVK. La patiente a bénéficié d'un traitement par vitamine K : amélioration progressive au niveau des seins, mais amputation d'un orteil nécessaire...
- Nécroses cutanées de causes externes, quelques exemples : loxoscélisme cutané (CIVD locale à la suite d'une envenimation), radionécrose, causes toxiques (injections), extravasation d'un soluté de perfusion...



### Chirurgie assistée par ordinateur en chirurgie maxillo-faciale

Hervé Bénateau (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le Pr Bénateau nous dresse ce jour un tableau des différents actes assistés par ordinateur réalisés couramment en chirurgie maxillo-faciale, au travers de plusieurs cas cliniques.

- On s'intéresse premièrement aux implants tridimensionnels en titane réalisés sur mesure par des ingénieurs à partir de coupes de scanner, avec pour exemple des patients ayant une déformation du crâne à la suite d'une neurochirurgie, un enfant brachycéphale ou encore un patient avec une dysmorphie faciale suite à un syndrome de Parry-Romberg. Chez ces patients, en post-opératoire, l'implant sur mesure a permis de combler les volumes faciaux, avec un rendu esthétique spectaculaire.
- L'ordinateur peut également être une aide dans la planification du geste opératoire, par la réalisation de guides de coupe sur mesure pour la chirurgie orthognatique, d'une précision extrême, permettant même d'anticiper la position des plaques d'ostéosynthèse et des vis. Ces guides de coupe peuvent également permettre de modéliser le péroné en vue d'une reconstruction mandibulaire.

Ces deux aides peuvent être associées, comme le montre l'exemple donné d'un traumatisme balistique facial, avec une reconstruction mandibulaire grâce au péroné, avec l'aide de guides de coupe et de plaques d'ostéosynthèse faites sur mesure.

Le développement de ces aides est en plein essor, et ont pour intérêt de réduire le temps opératoire, et d'optimiser la précision chirurgicale.



### Calciphylaxie et rhéophérèse

Oriane Lafargue (Dermatologue, CHU de Caen), Patrick Henri (Néphrologue, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Cette présentation est réalisée conjointement par le Dr Lafargue (dermatologue) et le Dr Henri (néphrologue).

Ce type de plaie étant pris en charge de façon pluridisciplinaire.

La calciphylaxie correspond à une artériolopathie calcique, et concerne 5% des patients dialysés (et les patients dialysés représentent 90% des cas). Le pronostic est effroyable, lié au risque infectieux secondaire et au terrain fortement comorbide de ces patients. Elle se présente cliniquement sous la forme d'un livédo à grande maille, douloureux, d'apparition brutale, évoluant vers la nécrose puis des ulcérations. L'autre forme de calciphylaxie est la panniculite calcifiante, sous forme de placards et nodules douloureux multiples, devenant nécrotiques puis ulcérés, présents dans les zones riches en tissu adipeux.

La physiopathologie est mal élucidée : elle serait liée à la calcification des artéριοles dermiques et hypodermiques, qui sont le siège d'une thrombose aiguë, entraînant la lésion cutanée. Les troubles du métabolisme phospho-calcique sont également à l'origine de calcifications massives.

Les diagnostics différentiels sont nombreux, principalement les autres causes de maladies micro-occlusives, tout en gardant à l'esprit que plusieurs causes peuvent être associées chez le même patient (exemple des néphropathies lupiques).

Plusieurs traitements basés sur les mécanismes physiopathologiques de la calciphylaxie sont proposés depuis les années 70 : chélateurs de phosphore, calcimimétiques, arrêt des AVK (rôle démontré de la carence en vitamine K), chirurgie de débridement.

La prise en charge antalgique est indispensable, les douleurs sont permanentes et paroxystiques, notamment pendant les soins. Il faut cependant se méfier de la problématique d'élimination des traitements dans ce contexte, avec le risque de surdosage. Le Thiosulfate de sodium, actuellement en ATU, a un effet antalgique démontré (chélation du calcium, vasodilatateur, anti-oxydant), au même titre que le SNF472 (phase III).

L'intensification des séances de dialyse est également efficace, ce afin d'obtenir un meilleur contrôle du métabolisme phospho-calcique, et également d'optimiser l'apport protéique, l'état nutritionnel étant fondamental.

La rhéophérèse est une technique innovante, prometteuse, basée sur les propriétés rhéologiques sanguines, qui épure les protéines responsables de la viscosité plasmatique (alpha2-macroglobuline, cholestérol, fibrinogène), avec pour objectif d'améliorer la microcirculation et l'oxygénation tissulaire. Elle aurait également un effet anti-inflammatoire. Des études ont montré l'effet synergique de la rhéophérèse et de l'hémodialyse, pouvant faire envisager des rémissions complètes.



### Télémédecine, cicatrisation : nos plus belles erreurs

Sabine Pédailles (Dermatologue, CHIC Alençon-Mamers)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Dermatologue convaincue de la télémédecine, et ayant fortement contribué à son développement dans le département de l'Orne.

Le Dr Pédailles nous expose les pièges pouvant se poser à nous lors de télé-expertises dans le domaine de la cicatrisation, au travers de plusieurs cas interactifs, par exemple : 5611

- Ce patient de 95 ans aux antécédents de mélanome, qui présente une lésion ulcérée, aux berges bourgeonnantes, exsudative, nauséabonde : que faire ? une consultation urgente ? un bilan vasculaire ? une adaptation des soins locaux ? Une biopsie a finalement été réalisée, montrant un carcinome épidermoïde.
- Cette patiente de 89 ans, incluse dans un réseau de télémédecine pour aide à l'adaptation des soins locaux, qui présente des lésions ulcérées chroniques du cuir chevelu très exsudatives (déjà biopsiées, avec une histologie retrouvant une ulcération non spécifique) : on change de classe de pansement ? La patiente a finalement été vue en consultation, et la nouvelle biopsie a révélé en fait un angiosarcome céphalique du sujet âgé, la patiente a bénéficié d'une chimiothérapie.
- Cette patiente de 66 ans, qui présente une lésion pigmentée de la cuisse droite modifiée depuis 2 ans : s'agit-il d'un fibrome ? d'un naevus ? d'une collision ? La dermoscopie est dans ce cadre indispensable, et elle a bénéficié d'une consultation présenteielle. Il s'agissait d'un mélanome SSM intra-épidermique... mais l'examen clinique complet a également permis la découverte d'un second mélanome, de Breslow lui plus élevé... qui a pu être pris en charge.

Les principaux messages véhiculés par le Dr Pédailles étaient les suivants :

- Toute ulcération récente ou avec berges bourgeonnantes nécessite une histologie.
- Devant toute lésion atypique non typée, ne pas hésiter à re-biopsier.
- Importance de l'examen cutané complet, comme nous avons pu le voir avec la seconde patiente.
- Une formation de qualité est nécessaire de tous les acteurs utilisant la télémédecine, y compris à la prise de photo clinique et dermoscopique.
- Et bien-sûr, toujours garder en tête qu'un cancer cutané peut en cacher un autre !

Mais si la télé-expertise ne peut complètement remplacer l'œil, l'odorat et le toucher du dermatologue, elle reste d'une grande aide pour aiguiller la prise en charge des patients, dans le contexte de pénurie de praticiens.



### Thérapie par pression négative en 2021 : indications et résultats

Béatrice Ambroise (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen), Hélène Blayo et Géraldine Villechenon (Infirmières, CHU Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

La thérapie par pression négative (TPN) place la plaie à traiter sous une pression inférieure à la pression atmosphérique, pour favoriser la cicatrisation. Ce traitement permet, en plus de conserver un milieu humide propice à la cicatrisation, une élimination du liquide interstitiel, une stimulation de la migration des kératinocytes à la surface, une diminution de la charge bactérienne ainsi qu'une amélioration de la circulation sanguine, et donc de la perfusion cutanée.

- Les indications en 1<sup>ère</sup> intention ont été mises à jour par la HAS en 2016 : plaies traumatiques non suturables, exérèses chirurgicales avec perte de substance, désunions de cicatrice post opératoire, laparostomie.
- En 2<sup>de</sup> intention, après échec d'un traitement bien conduit : ulcères de jambes pour encadrer un geste de couverture, escarres de stade 3 ou 4 avant le parage chirurgical, plaies du pied diabétique avec lourde perte de substance.

Les contre-indications sont peu nombreuses : plaies d'origine tumorale, plaies nécrotiques non parées, exposition directe en regard de la plaie de vaisseaux sanguins ou d'organe, présence d'une fistule digestive, d'ostéomyélite sous-jacente non traitée, troubles de l'hémostase, AOMI non revascularisée.

Passons maintenant aux différentes étapes de la pose d'une TPN. Les oratrices insistent sur le temps nécessaire à prendre pour réaliser ce pansement, qui est chronophage, mais dont la pose conditionne l'efficacité du traitement.

La plaie doit d'abord être nettoyée, ainsi que sa peau péri-lésionnelle, celle-ci doit être ensuite être bien protégée. Puis la mousse, est appliquée sur la plaie, recouverte d'un pansement transparent, puis apposition de la tubulure. Le montage doit être parfaitement étanche, sous peine d'inefficacité. Dans un dernier temps, l'appareil doit être réglé avec les paramètres souhaités.

Le suivi doit être quotidien : la thérapie est-elle bien tolérée ? Le patient est-il douloureux ? Les réglages sont-ils toujours adaptés ? Y a-t-il des fuites ? Aspect de l'exsudat dans le réservoir ?

Le pansement doit être refait toutes les 48-72h, en ayant bien arrêté le système 1h avant, pour un retrait atraumatique. Le traitement a une durée maximale de 30 jours renouvelable une fois.

Pour finir, plusieurs exemples en vie réelle nous sont présentés : une plaie du talon à la suite d'un AVP, une plaie post traumatique de jambe, avec d'excellents résultats obtenus sous TPN, ayant permis rapidement un geste de couverture.



### Prise en charge des hémangiomes de l'enfant

Anne Dompmartin (Dermatologue, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

A l'occasion de cette présentation, le Professeur Dompmartin partage avec nous son expertise dans la prise en charge des hémangiomes infantiles.

Les hémangiomes infantiles ont des présentations cliniques multiples (cutané, sous cutané, mixte, ulcéré, etc.) et le diagnostic peut parfois être difficile (diagnostics différentiels multiples : dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand, botriomycome, kyste dermoïde, etc.).

Pour 90% des enfants, la lésion involuera spontanément et aucun traitement ne sera nécessaire (y compris pour les hémangiomes congénitaux NICH ou RICH, pour lesquels l'abstention thérapeutique est préférée). Les 10% restants des hémangiomes, au vu de leur croissance rapide, ou de séquelles esthétiques et/ou fonctionnelles importantes à prévoir du fait de leur localisation (pointe du nez, zones péri-orificielle, etc.), bénéficient d'un traitement systémique. Le traitement de 1ère intention repose sur le propranolol, qui a supplanté la corticothérapie générale. Des résultats rapides et spectaculaires sont constatés sous traitement, y compris dans des hémangiomes très étendus, par exemple dans le cadre d'un syndrome PHACE. L'introduction se fait en HDJ de Pédiatrie, à dose progressivement croissante sur 3 semaines. Les effets indésirables les plus fréquents sont les bronchites et les troubles du sommeil, peu sévères. La prudence est toutefois de mise en cas de grande prématurité, de petit poids de naissance ou d'antécédents familiaux d'asthme. Des études ont évalué l'efficacité du timoptol, bêta- bloquant topique, peu utilisé en pratique du fait d'une moins bonne efficacité et d'une pharmacocinétique plus aléatoire.

Le traitement par laser colorant pulsé n'a que peu d'indications dans la prise en charge des hémangiomes, il se limite aux lésions ulcérées, et aux séquelles télangiectasiques.

La chirurgie reste indiquée précocement dans les lésions à risque de séquelle fonctionnelle, ou après l'involution, pour le traitement de l'excès cutané séquellaire. Le recours à l'expansion cutanée est parfois nécessaire. La technique de lipostructure peut être intéressante, par exemple dans les hémangiomes abortifs télangiectasiques n'évoluant plus, pour son effet régénératif.

Pour conclure, les maître-mots sont le suivi, et la disponibilité pour des réévaluations, car seulement 10% des hémangiomes nécessitent un traitement systémique. Une approche multidisciplinaire est fondamentale pour la prise en charge et le suivi des hémangiomes infantiles étendus, parfois associés à d'autres anomalies du développement.



### Mythes et réalités en compression veineuse

Delphine Simon (Médecin vasculaire, CHU de Rouen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

La compression est la pierre angulaire du traitement des plaies chroniques, et est l'affaire de tout professionnel de santé.

Après quelques rappels sur la physiologie du système veineux, la physiopathologie et la clinique de l'insuffisance veineuse, le Dr Simon nous expose quelques notions importantes pour la pratique en termes de compression veineuse.

Notre oratrice souligne que du fait de nombreuses idées reçues, le problème majeur actuellement est le manque d'observance, d'où l'importance de savoir adapter sa prescription et d'éduquer le patient.

Le choix de la compression se fait en fonction de la pathologie du patient, du degré d'insuffisance veineuse (classification CEAP), de ses souhaits et de sa tolérance. Il existe des systèmes de bandes à allongement court, long, et des systèmes de compression bicouche, avec chacun leurs propriétés et leurs avantages. Il existe également des vêtements de compression, plus adaptés à un port chronique. Le Dr Simon insiste sur ce point : ne pas confondre la « contention », qui correspond à un matériel non élastique ou à allongement court avec une pression de repos absente avec la « compression », qui est un matériel élastique à allongement long, exerçant une force constante au repos et à l'effort.

- Quid de la prévention de la thrombose veineuse à l'hôpital ? Des recommandations ont été élaborées par la HAS, laissant toute sa place à la compression veineuse, avec ou sans traitement anticoagulant préventif, selon la situation rencontrée.
- Pour ce qu'il est de la prévention du syndrome post-thrombotique, quelques études ont été réalisées, mais biaisées par un manque d'observance important. L'attitude consensuelle est de préconiser après une thrombose veineuse, des bas de compression classe II, plus confortables que la classe III, pour favoriser l'observance.

Et qu'en est-il pour les patients souffrant à la fois d'artérite, et d'insuffisance veineuse, comme nous pouvons souvent en rencontrer dans notre pratique ? Les dernières recommandations européennes précisent que le port d'une compression à allongement court est bien possible en cas de pression à l'orteil entre 30 et 50mmHg. La problématique reste complexe, car la compression peut avoir des effets bénéfiques sur des ulcères artériels. Des études s'adressant aux médecins vasculaires sont actuellement en cours à ce sujet.



### Evolution de l'équipe mobile plaies et cicatrisation du CHU de Caen

Anne Dompmartin (Dermatologue, CHU de Caen), Sophie Ballouard (Infirmière, CHU de Caen)  
*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Cette équipe nous est présentée ce jour par le Pr Dompmartin, sa fondatrice, et Mme Ballouard, une IDE dédiée. Celle-ci se compose d'une équipe médico-infirmière (Dermatologue senior, interne en Dermatologie, et une IDE titulaire du DU Plaies et Cicatrisation). Grâce à une ligne téléphonique directe, les avis intra-CHU au chevet du patient, et les avis externes urgents sont donnés, et les patients bénéficient d'un avis expert médical et infirmier. Près de 500 patients hospitalisés au CHU de Caen ont bénéficié d'un avis de l'équipe mobile des Plaies en 2020. Deux lits d'Hospitalisation de Semaine sont également gérés par cette équipe, permettant des prises en charge globales et personnalisées pour des patients souvent complexes. Le travail est réalisé en collaboration avec le réseau de télémédecine Domoplaies, qui assure le suivi des patients en amont et en aval.

La majorité des demandes d'avis concernent des plaies chroniques très diverses : ulcères vasculaires, pyoderma gangrenosum, calciphylaxies, escarres, brûlures, dermites du siège (y compris en pédiatrie). Le motif de la demande est variable : conduite à tenir devant la plaie, aide aux soins, aide à la détersion complexe, soins techniques spécifiques.

Cette équipe prodigue des conseils aux équipes soignantes des différents services qui n'ont pas toujours la formation adéquate dans le domaine des plaies, et propose d'une orientation (chirurgien, ergothérapeute, infectiologue, etc.) rapide et adaptée. L'équipe a également une mission d'enseignement, via des communications orales variées, et intervient au cours du DU Plaies et Cicatrisation.

Quelques exemples de soins réalisés par l'équipe des plaies du CHU de Caen :

- La greffe en pastilles réalisée en HDS, après 72h de VAC thérapie, chez un patient suivi pour un ulcère veineux ancien, contre-indiquant une chirurgie orthopédique.
- La pose du dispositif d'électrostimulation WoundEI®, utilisé sur un ulcère veineux ancien aux berges atones.
- Les thérapies par pression négative sont réalisées de façon fréquente, avec différents systèmes disponibles au CHU de Caen, adaptées à chaque plaie.

Pour conclure, l'équipe mobile des Plaies prodigue des avis experts, permettant une optimisation de la prise en charge et un suivi (souvent, le lien est fait vers Domoplaie, permettant un lien ville-hôpital). L'appel à cette équipe permet d'uniformiser les pratiques, et de former les soignants divers au monde de la cicatrisation.



### DU Plaies et Cicatrisation : Remise de prix

Nathalie Camebourg (Infirmière, IFSI de Caen), Nadim Mourad (Dermatologue, CH du Cotentin-Cherbourg)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le binôme lauréat de cette 7ème promotion est composé du Dr Nadim Mourad et Mr Guy Chaudeurge, pour leur travail sur l'évaluation des facteurs prédictifs d'apparition de la douleur chez les patients porteurs d'un ulcère de jambe d'origine veineuse. Ceux-ci représentent  $\frac{3}{4}$  des ulcères de jambe, et sont décrits typiquement comme non douloureux, ce qui se vérifie peu en pratique. Ils ont réalisé une revue systématique de la littérature et se sont appuyés sur en tout 41 articles.

Voici les quelques points phares de leur travail :

- Ces patients présentent une douleur de fond et au cours des soins, avec des répercussions sur la nutrition, sur l'état cognitif, chez ces patients souvent âgés.
- La présence d'une douleur et sa sévérité sont liées à la durée d'évolution de la plaie, sa surface, et la présence de signe inflammatoire ou infectieux. Attention à ne pas négliger la douleur neuropathique !
- L'EMLA<sup>®</sup> topique semble efficace pour l'antalgie lors des soins
- Penser aux moyens non pharmacologiques ! Electrostimulation, antalgie par froid...

Bravo à eux pour ce travail !

Pour s'inscrire au DU plaies et cicatrisation de la faculté de Caen : [yasmine.amar@unicaen.fr](mailto:yasmine.amar@unicaen.fr)



# TABLES RONDES : Cancers cutanés et plaies tumorales

## ARTICLE 1

---

### Savoir dépister un cancer cutané et une plaie tumorale

Jean-Matthieu L'Orphelin (Dermatologue, CHU de Caen), Anne Dompmartin (Dermatologue, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Le patient en oncologie revêt de multiples particularités. L'objectif de cicatrisation, curatif ou palliatif, doit être défini en fonction de multiples paramètres.

Notre oratrice insiste sur la remise en question dans ce contexte : « Est-ce que mes soins sont adaptés ? Qu'est-ce que j'apporte au patient ? Et est-ce conforme à sa volonté ? »

Les plaies tumorales primaires ont un retentissement important sur la qualité de vie, car affichantes et pouvant être également pourvoyeuse d'odeurs nauséabondes. Elles peuvent correspondre à un primitif cutané ulcéré, à l'extension loco-régionale d'un cancer de proximité, à des nodules de perméation, à des métastases cutanées ou à des plaies chroniques transformées.

- La prise en charge de ces plaies tumorales primaires repose sur la partie chirurgicale, puis la partie médicale (traitement systémique et/ou radiothérapie selon les recommandations en vigueur, ainsi que bien-sûr l'antalgie).

Les soins infirmiers sont primordiaux (permettant une surveillance) et sont propices à la réalisation d'un soutien psychologique. La détersion mécanique est à éviter, du fait du risque hémorragique ou de dissémination. Nous préférons soit une détersion chirurgicale, soit autolytique. La gestion des exsudats se fait par adaptation constantes des pansements utilisés. L'analgésie avant le soin est primordiale pour la bonne marche de celui-ci.

Les plaies secondaires sont liées au décubitus prolongé, ou aux effets secondaires des traitements (pharmacologique, radiothérapie, ou chirurgical).

- Nous citerons par exemple les complications des chambres implantables (infections, extravasations), de la chirurgie carcinologique (à haut risque de non-cicatrisation), de la radiothérapie (radiodermite), et des traitements systémiques (toxidermies plus ou moins sévères, ulcères de jambe, retard de cicatrisation ou nécrose). Le lymphœdème (à la suite d'une compression tumorale ou un curage) peut lui même être à l'origine de plaies chroniques (penser à la compression du membre).

Pour conclure, la prise en charge d'un patient en oncologie revêt de multiples dimensions, elle est complexe et doit être multidisciplinaire. Les progrès faits dans le traitement du cancer amènent d'autres problématiques, que nous devons, à tout niveau, être capable de prendre en charge au mieux pour le patient. Il faut garder à l'esprit que toute plaie chronique peut devenir cancéreuse, et que toute plaie cancéreuse est chronique. La meilleure arme reste la prévention, ainsi que la prise en charge précoce. Le cancer est l'affaire de tous !



# TABLES RONDES : Cancers cutanés et plaies tumorales

## ARTICLE 2

---

### Quelle prise en charge chirurgicale ?

Béatrice Ambroise (Chirurgien maxillo-facial, CHU de Caen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

En premier lieu, le Dr Ambroise nous rappelle que la chirurgie reste le traitement de référence en cancérologie cutanée. Elle a un but carcinologique avant tout, mais aussi fonctionnel et esthétique. Selon le type de cancer cutané et les marges prises, la perte de substance peut être importante.

La reconstruction a pour but d'obtenir un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. Le choix de la technique est fait en fonction du patient et de la localisation de la lésion.

Ici, nous ont été détaillées les différentes techniques de reconstruction, qui peuvent être proposées, au travers d'une vaste iconographie :

- La cicatrisation dirigée : elle est préférée sur un terrain difficile, dans certaines localisations (canthus interne par exemple), après exérèse d'une lésion de petite taille, parfois en attente d'une reconstruction. Elle nécessite une surveillance régulière et une adaptation régulière des soins.
- L'exérèse-suture : elle est réalisée quand la tension cutanée le permet, en respectant les lignes de moindre tension cutanée. Une suture en deux plans est réalisée.
- La greffe cutanée de peau mince ou peau totale : elle est proposée si la suture est impossible, et chez certains patients fragiles ne pouvant bénéficier d'autres techniques. Il est primordial de respecter les unités esthétiques du visage pour avoir une rançon cicatricielle correcte. Le succès dépend de la préparation du site receveur et du greffon, du type de fixation, et des soins post-opératoires.
- Les lambeaux locaux : il s'agit d'un segment cutané et sous cutané, conservant une vascularisation autonome, permettant de reconstruire une zone de proximité. Il y a dans ce cas un déplacement de tissus, l'examen extemporané est donc indispensable. Il est intéressant pour les pertes de substances avec un impact fonctionnel (lèvres, paupières, nez, etc.) ou esthétique.
- Les lambeaux régionaux : exemple du lambeau frontal pour une reconstruction nasale. L'intervention se fait en 2 fois, le sevrage du pédicule se faisant dans un 2ème temps, lorsque le lambeau s'est autonomisé sur le plan vasculaire.
- Les lambeaux libres : leur utilisation est rare en cancérologie, limitée aux larges pertes de substance.



# TABLES RONDES : Cancers cutanés et plaies tumorales

## ARTICLE 3

---

### Prise en soins des plaies tumorales non opérables

Anne Ordrenou, Céline Quesmel (Infirmières, CHU de Rouen)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Les plaies chroniques carcinologiques concernent parfois des localisations pouvant être difficiles. Elles peuvent être très exsudatives, nécrotiques, malodorantes, hémorragiques et douloureuses. La particularité dans la prise en charge de ces plaies est l'absence d'objectif de cicatrisation.

Les objectifs premiers vont être le confort et le bien-être du patient, ainsi que la préservation de l'image de soi devant cette modification du schéma corporel. Il peut exister également dans certaines situations une rupture des liens sociaux, le patient étant parfois gêné par sa plaie, qui peut être malodorante, ou blessé par le rapport de ses proches à sa plaie.

La soignante doit s'adapter en permanence et prendre en compte la souffrance psychique du patient. Pour nos oratrices, certains points sont à ne surtout pas négliger dans le soin de ces patients :

- La prémédication, l'anticipation du soin : antalgiques classiques, parfois anxiolytique ou sédatif selon la situation
- Les soins de support qu'elles sont régulièrement amenées à utiliser : casques de réalité virtuelle, musicothérapie, respiration guidée, sophrologie, etc.

Au travers de cas cliniques, elles nous montrent des exemples des soins réalisés dans leur pratique :

- Patient de 60 ans, présentant plusieurs plaies hémorragiques du menton et du cou, correspondant à des métastases cutanées : mauvaise tolérance psychologique du patient, demande impérative de masquage permanent de ses plaies.
- Patient de 32 ans, présentant un cancer ORL, avec une plaie cervicale très exsudative, bénéficiant de pansements absorbants de confort.
- Patiente de 65 ans présentant un carcinome du canal anal, avec atteinte ganglionnaire inguinale, ayant entraîné l'apparition d'une plaie très malodorante : utilisation de pansements au charbon, d'alginate, et de compresses de métronidazole. Ces soins étaient réalisés avec le casque de réalité virtuelle.

En quelques mots, en soins palliatifs, on doit rechercher en priorité le confort physique et moral, la conservation du lien social et du plaisir, ainsi que la conservation de l'estime de soi, passant par une préservation maximale de l'apparence physique.



## TABLES RONDES : Cancers cutanés et plaies tumorales

### ARTICLE 4

---

#### Infirmier en pratique avancée, un nouveau métier : témoignage d'une IPA en cancérologie

Marguerite Nicodeme (Infirmière, Institut Curie, Paris)

*Article rédigé par Julia AKROUN, Interne en dermatologie, France*

Mme Nicodeme partage avec nous son expérience en temps qu'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) en oncologie et plaie/cicatrisation, un nouveau statut créé en 2018 et équivalent au master 2, offrant des compétences élargies.

L'IPA intervient à partir du moment où le patient est stabilisé (la consultation d'annonce a eu lieu, et le traitement est en place), elle participe au suivi du patient en alternance avec le médecin référent, peut rédiger des ordonnances (par exemple des antalgiques), prescrire des examens complémentaires. Son activité est encadrée par un protocole d'organisation réalisé avant la prise de fonction.

Outre le suivi des patients et l'éducation thérapeutique, il existe une mission de recherche (publications) et d'enseignement.

Avant de devenir IPA, il faut un temps initial de réflexion et d'observation dans le milieu afin de cerner les besoins de l'hôpital et des patients : Nombre de patients suivis ? Effectif médical présent pour ces patients ? Y a-t-il un besoin réel d'une intervention médicale systématique ?

L'IPA peut donc être d'une aide précieuse dans ce contexte.

Mme Nicodeme voit son activité comme la continuité de son activité d'infirmière, lui permettant de garder un pied dans le soin classique, tout en allant plus loin dans la prise en charge des patients.

Elle s'occupe principalement des patients de plus de 70 ans, stables sous traitement oral ou sans traitement, et parfois porteurs de plaie : elle a réalisé, depuis janvier 2021, 78 consultations en autonomie, 20 consultations en binôme avec des médecins, réalisé de très nombreuses entretiens téléphoniques, et a participé à l'activité de publication de son service.

Il s'agit donc d'un métier nouveau, d'avenir, en évolution continue, et à intégrer à la dynamique de l'établissement et aux parcours existants.

BIODERMA est une marque NAOS.

NAOS est l'une des premières entreprises indépendantes de Skincare au monde.  
NAOS a créé 3 marques inspirées de l'écobiologie.