

Comptes-rendus de congrès Bioderma EWMA & Journées Cicatrisations 2022

Comptes-rendus rédigés par

Dr Elena CONDE MONTERO

Dermatologue, Espagne

Les déchirures cutanées

Les déchirures cutanées en 2022 : un point sur la définition, l'épidémiologie, la classification, l'étiologie, la prévention et le traitement

Dimitri Beeckman

La définition de la déchirure cutanée mise à jour en 2018 par l'ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel) est la suivante : « une déchirure cutanée est une lésion traumatique occasionnée par des phénomènes mécaniques, y compris le retrait d'un pansement adhésif. La gravité peut varier en fonction de la profondeur (ne s'étendant pas au-delà de la couche sous-cutanée) ».

Classification des déchirures cutanées selon l'ISTAP :

- Type 1 : déchirure linéaire ou présence d'un lambeau de peau pouvant être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie ;
- Type 2 : perte partielle du lambeau de peau ne pouvant pas être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie ;
- Type 3 : perte totale du lambeau de peau qui expose l'intégralité du lit de la plaie.

Les déchirures cutanées peuvent résulter de différents phénomènes mécaniques : cisaillement ou friction, traumatisme contondant, chute, mauvaise manipulation, techniques de transfert, lésion provoquée par un équipement ou retrait d'un pansement adhésif. Les nouveau-nés et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables en raison des changements physiologiques de la peau liés à l'âge. Le photovieillissement augmente également le risque de déchirures cutanées.

Il est essentiel d'identifier les facteurs de risque afin de prévenir les déchirures cutanées : état général (polypharmacie, nutrition), mobilité, peau fragile ou déchirures cutanées antérieures. Si l'un de ces facteurs de risque est présent, un programme de prévention des déchirures cutanées doit être mis en place.

Une approche interdisciplinaire est indispensable. Les patients doivent être responsabilisés et les pansements utilisés doivent être adaptés à la peau. Les vêtements de protection et la prévention des chutes sont également essentiels. La toilette classique à l'eau et au savon alcalin doit être évitée. Les lavages excessifs contribuent à la sécheresse et à l'irritation de la peau, la fréquence des bains doit donc être réduite au minimum. Un traitement émollient est fondamental pour ces patients.

L'évaluation doit inclure le contrôle des saignements, le nettoyage et le rapprochement des berges de la plaie (en douceur) afin d'éviter les traumatismes, de protéger la peau périlésionnelle et de contrôler la douleur. Le lambeau de peau constitue le meilleur pansement, mais il convient de le débrider s'il n'est pas viable.

Lors de l'application du pansement, on peut tracer une flèche pour indiquer le sens de retrait adéquat. L'utilisation de colle cutanée topique est recommandée pour le rapprochement des berges. Les pansements à base d'iode, les films et pansements hydrocolloïdes ne sont pas recommandés pour le traitement des déchirures cutanées.

Les déchirures cutanées dans les services de soins aigus, la blessure cachée

Julia Bresnai-Harris

Dans les services de soins aigus, les déchirures cutanées sont plus fréquentes que les escarres. La prévalence des déchirures cutanées varie de 3,3 à 22 % dans les services de soins aigus, 30 % dans les services de soins palliatifs et 17 % dans les services de soins aigus pédiatriques. Un audit des patients hospitalisés dans les établissements de soins aigus du Pays de Galles a révélé une prévalence de 2,57 %.

Le site web de l'ISTAP propose des ressources et des documents qui peuvent être téléchargés à cette adresse : www.skintear.org

Déchirures cutanées : une prise en charge tardive ? Changement de paradigme. Le point en 2022

Dave Baer

Les complications associées aux déchirures cutanées sont les suivantes : fragilité cutanée, prise de médicaments (cortisone, anticoagulants), durée de la plaie, hématomes.

Pour rapprocher les berges de la plaie, lorsqu'un lambeau subsiste, on utilise généralement des points de suture pour maintenir celui-ci.

Il n'est pas nécessaire de respecter le délai de 6 heures pour suturer (18 h en règle générale et 24 heures voire 48 à 72 h pour le visage). En l'absence de signes d'infection, il faut essayer de suturer, même en cas de plaies durables.

Quelques règles à respecter : la plaie doit être nettoyée à l'aide d'une solution saline stérile ; les tissus nécrosés, les corps étrangers et les hématomes doivent être retirés ; un débridement chirurgical doit être pratiqué s'il est indiqué ;

Les interfaces en silicone empêchent le pansement d'adhérer à la plaie.

Prévention des cicatrices et modalités thérapeutiques

Introduction / Le fardeau des cicatrices

Hubert Vuagnat

Il existe des cicatrices atrophiques (acné, vergetures), hypertrophiques et chéloïdes. Les plaies très inflammatoires présentent un risque accru de générer des cicatrices pathologiques. Les cicatrices peuvent entraîner des problèmes physiques tels que des démangeaisons, une fragilité cutanée, une sensibilité, des douleurs et des contractions. En outre, des problèmes psychologiques peuvent survenir. Luc Téot a publié « Textbook on scar management » (manuel de prise en charge des cicatrices), dont il est l'auteur.

Innovations dans la prévention et la prise en charge des cicatrices

Luc Téot

En ce qui concerne la prise en charge des cicatrices, nous aurions besoin d'essais de grande qualité, mais nous disposons surtout d'avis d'experts. Il est difficile de trouver des outils objectifs permettant d'évaluer le résultat d'un traitement sur une cicatrice.

Récemment, des recommandations ont été publiées en matière de prévention et de traitement des cicatrices.

L'une des solutions les moins coûteuses après une chirurgie lourde reste le ruban hypoallergénique microporeux. Cette bande adhésive en polyuréthane, microporeuse et hypoallergénique, doit être utilisée pendant au moins 3 mois.

Chez l'enfant, on utilise des pansements hydrocolloïdes, notamment pour les brûlures, afin de contrôler la tension de la cicatrice, d'éliminer les effets d'étirement, de protéger la plaie des UV et de prévenir les cicatrices hypertrophiques. Ces pansements sont économiques et peuvent théoriquement être portés pendant 4 à 7 jours en continu, même pendant le bain, pendant 3 à 6 mois. Il n'existe aucun ECR à ce sujet.

Les produits à base de silicone sont les plus utilisés. On trouve notamment des gels, des sprays et des films de gel de silicone.

Les injections intralésionnelles de corticostéroïdes sont pratiquées depuis le début des années 1960. Il existe un vaste consensus concernant l'utilisation de l'acétonide de triamcinolone par voie intralésionnelle.

En ce qui concerne la compression et le massage, les vêtements compressifs sont fréquemment utilisés pour prévenir la formation excessive de cicatrices après une brûlure. Il existe de nombreux cas cliniques, quelques courtes séries et aucun essai clinique randomisé. L'inconvénient reste la faible observance (le vêtement doit être porté 23 h par jour pendant 6 mois) et la nécessité de faire appel à des spécialistes (physiothérapeutes).

La cryothérapie est une technique ancienne, mais encore largement utilisée par les dermatologues. La cryochirurgie provoque des œdèmes et des cloques, avec un risque d'hyperpigmentation.

La combinaison de 5-fluorouracile et d'injections de corticostéroïdes est utilisée hors indication. Elle permet de réduire le risque de récurrence lorsqu'elle est pratiquée avant la chirurgie. Cette technique donne de bons résultats, sans effets secondaires systémiques.

La chirurgie des cicatrices est efficace pour l'excision des cicatrices hypertrophiques. Les différentes variantes sont : excision + suture + radiothérapie, excision + suture simple, excision + plastie en Z. Il est recommandé de combiner les techniques : silicone, corticostéroïdes par voie intralésionnelle, cryothérapie, pression, chirurgie, radiothérapie, thérapie laser, 5-fluorouracile, bléomycine, interféron, toxine botulique par voie intralésionnelle, lasers fractionnés, cryothérapie intralésionnelle.

Le camouflage des cicatrices permet de réduire leur impact négatif sur l'image de soi : le maquillage avec des produits spécifiques et le tatouage peuvent être utiles.

Les patients doivent être informés des avantages de l'occlusion et de l'hydratation des cicatrices.

La lumière et les autres modalités de traitement des cicatrices

Hans-Joachim Laubach

En ce qui concerne les cicatrices atrophiques, la photothermolyse fractionnée peut induire la production de collagène en raison de l'activation des fibroblastes sénescents consécutive à la libération de cytokines. Elle est également utilisée pour favoriser le rajeunissement cutané et chez les patients présentant des cicatrices discoïdes post-lupus, des cicatrices d'acné ou un hémangiome infantile en régression. Elle pourrait également stimuler la production de mélanine. Parmi les autres stratégies dans le traitement des cicatrices atrophiques, citons l'infiltration d'acide hyaluronique ou la chirurgie.

Dans le cas des cicatrices hypertrophiques et chéloïdes, il est nécessaire de réduire l'inflammation. La triamcinolone constitue le traitement classique. L'injection doit être superficielle afin que le produit ne diffuse pas en sous-cutané. Le laser à colorant pulsé est également utile. Il agit en créant une

réponse biologique à l'intérieur de la peau (photobiomodulation et non destruction), il réduit le FGF-beta1 et diminue l'activité des fibroblastes et leur transformation en myofibroblastes.

Quoi de neuf ?

Quoi de neuf dans les pansements et traitement local des plaies ?

Christine Faure Chazelles

Par rapport aux reviews "wound dressings" 2020-2021 :

- « Nettoyage des plaies (4 études) » : manqué de données probantes pour guider la prise de décision sur l'efficacité du nettoyage des plaies/ absence de nettoyage et sur les approches optimales du nettoyage des ulcères de jambe veineux.
- « Topical treatment for facial burns (12 essais cliniques randomisés) » : données probantes avec niveau de confiance faible à très faible des effets de toute intervention topique sur la guérison des plaies chez les personnes souffrant de brûlures faciales.
- « Silicone gel sheeting for treating hypertrophic scars (13 études randomisés) » : pas de certitude sur l'efficacité des feuilles de silicone vs autres traitements.

Quoi de neuf dans les technologies ?

Sylvie Meaume

- Luminotherapie : Flex LED based Smart Light System : La lumière bleue a des effets antimicrobiens + antiinflammatoires dans les premières étapes du processus de cicatrisation. Contrôlé via Bluetooth et une application mobile.
- Oxygénothérapie locale : il y a plusieurs dispositifs (diffusion continue, pression constante 22 mmHg et pression cyclique 10-15 mmHg)
- Stimulation électrique (dispositifs WoundEL et Accel Heal Solo) : Une révision Cochrane conclue que la stimulation électrique augmente probablement la proportion d'escarres guéries, mais son effet sur le temps nécessaire à la guérison complète est incertain, et la certitude des preuves pour tous les critères de jugement est modérée, faible ou très faible.
- Debrichem: agent de dessiccation topique contenant de l'acide méthanesulfonique. Indiqué pour le traitement des plaies chroniques infectées ou nécrotiques. Ce produit innovant assèche (déshydrate) le biofilm et les pathogènes, revendiquant une détersion chimique. La peau saine environnante n'est pas affectée.
- Plasma froid : Le plasma est un terme non biologique mais physique, constitué d'ions et d'électrons sélectionnés pour leurs propriétés régénératrices, bactéricides et modulatrices du pH. Un essai multicentrique randomisé, ouvert, prospectif de non-infériorité avec 78 patients montre que 59 % des patients traités par plasma froid ont complètement cicatrisé après 6 semaines vs 5 % par « best practice wound dressings ».
- Wound express : dispositif que l'on met au niveau de la Cuisse qui augmente le flux sanguin veineux et artériel, à combiner avec la compression à la jambe.
- Provizio : système pour le dépistage des zones à risque d'escarres. Il mesure de l'humidité épidermique et informe les soignants sur des altérations précoces avant que ceux-ci ne soient visibles sur la peau.
- Interdry : tissu (argent) qui évacue l'humidité des plis (gestion des intertrigos).

Quoi de neuf dans la télémédecine ?

Anne Domp martin-Blanchere

Il faut construire un parcours de soin agile (téléconsultation+ pouvoir examiner les patients en

présentiel, si biopsie nécessaire+ pouvoir hospitaliser le patient si nécessaire, si complication). Ça permet de voir les patients fragiles. La limite est le coût de la coordination.

Par rapport à l'économie, une étude en vraie vie à Cannes avec accès aux données SS a conclu une économie de 4929 euros/ patient sur 9 mois. Des résultats identiques ont été trouvés dans une étude randomisée contrôlée. Le domicile permet d'utiliser ce qui existe déjà, adapter les soins au patient, moins d'hospitalisation et transport, réduire les coûts.

L'avenir c'est la téléassistance- télésoins, qui permet une aide à distance, amélioration des connaissances, surtout en cas d'impossibilité de déplacer le malade ou pas d'expert à proximité. Elle permet d'assister le soignant et le rassurer.

Quoi de neuf sur les substituts cutanés ?

Luc Téot

L'épiderme est immunocompétent, le derme ne l'est pas.

76 substituts sont disponibles dans le commerce. Trois revues systématiques et 22 ECR ont examiné l'utilisation de 16 substituts cutanés distincts dans ulcères du pied diabétique, les escarres et les ulcères veineux. Il faut plus d'études mieux conçues et rapportées.

Les données sur ulcères de jambe et dermes artificiels sont rares. Il y a une série limitée de 6 patients avec ulcères non cicatrisants et toutes ont cicatrisé après un délai moyen de 14 semaines.

Par rapport à la possibilité de réépithélisation spontanée sans greffe cutanée dans les dermes artificiels à base de collagène bi couches, une étude avec 122 patients présentant des plaies des membres inférieurs montre que Integra et Nevelia ont la plus grande prise de greffe de peau en cas de greffe. En revanche, Pelnac montre une plus grande facilité à réépidermiser spontanément sans greffe de peau.

Un travail récent avec 71 patients a comparé Pelnac et Integra. Integra était plus efficace pour des plaies dont la profondeur était supérieure à 1,5 cm.

Alors, les indications cliniques des substituts cutanés (avec ou sans greffe de peau) sont :

- Chirurgicales nécessitant une greffe de peau fine :
 - o Brûlures ou trauma
 - o Chirurgie plastique de révision de cicatrices
 - o Plaies chroniques
 - o Après résection tumorale
- Non chirurgicales sans greffes de peau :
 - o Plaies du pied diabétique de petite dimension
 - o Plaies chroniques ne pouvant pas être secondairement greffés

Plaies persistantes

Défauts d'évaluation

Julie Malloizel

Il faut toujours comprendre la physiopathologie de la plaie et faire un bilan exhaustif pour une approche holistique.

Il y a peu d'études qui étudient l'observance. L'observance doit faire partie du bilan étiologique. En cas de non-observance les taux de guérison sont 2 fois moins importants et la durée de cicatrisation 2 fois plus long. Les taux de récurrence sont de 2 à 20 fois plus élevés chez les patients non observants (arrêt du port de la compression après cicatrisation).

Il faut bien observer la plaie pour détecter des collections purulentes, contact osseux et calcifications sous cutanée.

L'aspect atypique de la plaie n'est pas seulement l'aspect local (bourgeonnant, aspect infiltré) mais aussi la localisation, l'aspect de la peau péri lésionnelle, douleur, évolution. La biopsie va nous aider à avoir le diagnostic.

Évaluer les comorbidités

Sylvie Meaume

Les comorbidités peuvent être les causes de retard de la cicatrisation, donc il faut les identifier. L'insuffisance veineuse doit être identifiée. En cas de plaie de jambe il faut rechercher la maladie veineuse, par exemple skin-tears au niveau de la jambe ou chirurgie d'exérèse d'une tumeur de jambe et on doit prescrire une compression veineuse. Il ne faut pas attendre que la plaie devienne chronique (6 semaines). Il faut penser à l'insuffisance veineuse "fonctionnelle" du paraplégique. Il faut penser à l'AOMI associée en cas d'escarre du talon et pas seulement en cas d'ulcère de jambe typique et en cas de plaie du pied diabétique.

Peu d'études évaluent le lien direct de l'impact de l'hyperglycémie sur la cicatrisation et ceux qui étudient le lien entre HbA1c et délai de la cicatrisation trouvent soit pas de lien, soit des résultats contradictoires.

L'anémie serait sans conséquence pour la cicatrisation si la volémie est conservée.

Les problèmes de nutrition ont un lien surtout établi avec les escarres. Il faut faire un bon examen clinique (bouche, dents, contexte social). La carence de vitamines doit être traitée.

Les médicaments qui peuvent interférer avec la cicatrisation sont notamment les anticancéreux, les immunosuppresseurs, hydreia, AINS, corticoïdes, nicorandil, anticoagulants

Les troubles psychiatriques et neurologiques peuvent avoir un impact, comme les troubles cognitifs, la dépression et le stress. Une étude montre que chez les sujets âgés avec stress, l'augmentation de la cortisolémie est liée à l'escarre. La relaxation a un effet bénéfique sur porteurs de plaies chroniques. Les œdèmes (inflation hydrosodée dans les tissus) diminuent l'oxygénation quelle que soit la localisation de la plaie. Au niveau des membres inférieurs, les œdèmes aggravent les dégâts tissulaires quel que soit son origine : insuffisance cardiaque, veineuse, dénutrition. La compression et la surélévation des jambes améliore l'oxygénation tissulaire.

Comme conclusion, il faudrait en fonction des plaies traitées établir des check-lists de comorbidités à rechercher et donner les méthodes diagnostic pour les préciser. Il faut ne pas oublier le contexte social et économique.

Rôle de l'infection locale

Eric Senneville

Apparition du concept d'infection chronique liée au biofilm. Le biofilm va favoriser la prolifération des anaérobies et, conséquemment, l'inflammation.

La microbiologie des infections des plaies persistantes se caractérise par :

- Cocci à Gram positif : Staph aureus, streptocoques
- Bacilles à Gram négatif : E. Coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas aeruginosa
- Anaérobies stricts : Peptostreptococcus, Bacteroides, Clostridium

Une plaie persistante a plus de risqué d'infection (elle a une inflammation augmentée, moins de granulation et remodelage, et altération du microbiote). Quand la plaie s'infecte on a plus de cytokines pro-inflammatoires, plus d'activité enzymatique (métalloprotéinases) et moins d'activité des facteurs de croissance.

Le phénomène de biofilm est normal pour les bactéries et très dynamique. La diffusion des antibiotiques est altérée et les bactéries sont plus résistantes.

Les antiseptiques peuvent réduire la charge bactérienne et prévenir les récives infectieuses. Les inconvénients sont la cytotoxicité, allergisation et acquisition de résistance.

Le TILI (Therapeutic Index for Local Infection) score aide à établir un traitement précoce de l'infection locale en fonction de signes directs (présence de pathogènes dans la plaie, plaie chirurgicale infectée

ou écoulement purulent) et signes indirects (erythème péri lésionnel, chaleur locale augmentée, œdème, induration, gonflement, douleur spontanée ou à la pression, cicatrisation stagnante, augmentation/modification de la couleur ou de l'odeur de l'exsudat.²

Le traitement des biofilms doit inclure toujours des disrupteurs et notamment le débridement mécanique.

Plaies non cicatrisables

Isabelle Fromantin

Une plaie non cicatrisable peut être conséquence de la pathologie, conséquence du traitement, de l'impossibilité à traiter ou une plaie sociale.

Par rapport au traitement de la plaie il faut prévenir l'altération, l'infection locale, la douleur et chercher le confort. Il faut avoir une vision à long terme, écologique et associer des soins de supports : paramédicaux, médicaux (gériatre, soins palliatifs), réseaux (à domicile).

Le questionnaire Wound-QoL nous aide à objective régulièrement la qualité de vie des patients, ce qui est essentiel.

L'insuffisance de O₂ peut être la cause de l'absence de cicatrisation : quand la revascularisation n'est pas possible, certains ulcères drépanocytaires ou sur des zones irradiées et radionécroses non opérables.

Il faut toujours décider avec le patient du meilleur choix dans sa situation, unique.

Comptes-rendus rédigés par

Dr Hester COLBOC

Dermatologue, France

Plaies et démence : faire face à une prise en charge plus complexe

Cette présentation est faite conjointement par une psychologue et un médecin expérimenté dans la prise en charge des patients déments, travaillant à l'hôpital Sainte Perrine à Paris.

La présentation commence par aborder la notion de variabilité de la présentation clinique de la démence mais aussi des plaies qui lui sont associées. En fonction du stade de la démence, légère, modérée ou sévère, les plaies associées et leur prise en charge vont être différentes. Ainsi, au stade débutant, le patient pourra soit adopté un comportement de déni vis-à-vis de la plaie, qui semble une problématique bien moindre par rapport au trouble cognitif dont il éprouve les conséquences, soit au contraire se focaliser sur la plaie, car celle-ci représente une problématique plus maîtrisable que ses troubles de la mémoire. Aux stades plus avancés, le patient présente volontiers des troubles psycho-comportementaux, rendant la prise en charge difficile à plusieurs niveaux : réalisation des soins, réalisation d'un geste thérapeutique, conservation du pansement...

Le type de plaie est aussi influencé en partie par l'étiologie de la démence. Ainsi, les plaies peuvent être en lien direct avec le type de démence, et être vécue différemment, ainsi que le soin, en fonction de la pathologie neuro-cognitive. Par exemple, les patients présentant une démence vasculaire présentent un risque accru de développer un ulcère artériel, les patients présentant une démence d'Alzheimer présentent volontiers des lésions de grattage, alors que ceux présentant une démence à corps de Lewy des plaies post traumatiques induites par les chutes, fréquemment associées à cette pathologie.

Outre ces difficultés, il existe des entraves communes dans la prise en charge du patient dément,

quel que soit son stade et la cause de ces troubles cognitifs. Les troubles de la mémoire seront en effet responsables de manipulations fréquentes des pansements (le patient ne se souvenant pas qu'il a une plaie) mais aussi d'un sentiment d'isolement et d'abandon du patient, celui-ci oubliant les interventions et soins qui lui sont prodigués. De plus, les troubles de la mémoire s'associent souvent à troubles du langage, engendrant des problèmes de compréhension et de communication, et une interprétation erronée de la situation médicale.

Les troubles cognitifs sont également à l'origine de problème de reconnaissance qui touche tous les sens, appelé agnosie : agnosie visuelle, le patient ne voyant pas la plaie telle qu'elle est (mauvaise évaluation de la gravité, de la taille...), agnosie olfactive et agnosie tactile (difficulté à exprimer les symptômes en particulier douloureux associés à la plaie, à distinguer une sensation de gêne et de douleur). Enfin, les troubles cognitifs se manifestent par des altérations des fonctions exécutives, rendant la gestion de la prise en charge de la plaie, en particulier au domicile, très compliqué : impossibilité à prendre RDV avec le soignant pour la réfection du pansement ou à lui ouvrir la porte par exemple, perte du raisonnement déductif (« s'il y a un pansement, je ne dois pas y toucher ») ...

La présentation se poursuit par des cas cliniques concrets, illustrant les difficultés de prise en charge des plaies chez le patient dément et les outils que peut utiliser le soignant pour les contourner. Les différentes plaies chez le patient dément sont présentées, pouvant se distinguer en :

- plaies aiguës traumatiques : conséquence de chute (survenant parfois dans des contextes de déambulation incessante), de trouble du comportement (en particulier en cas de stéréotypie gestuelle : geste inexplicable répétitif, finissant par causer une plaie), d'auto-agressivité, induite par les soins (en particulier en cas de contention physique, pouvant causer des escarres, parfois sur des topographies peu usuelles) ou plaie survenant au cours de l'alimentation (confusion contenant-contenu, pouvant entraîner cassure d'un verre dans la bouche du patient par exemple).
- plaies chroniques : identiques au patient âgé ne présentant pas de trouble cognitif, mais dont la prise en charge est rendue difficile du fait des troubles cognitifs.

Elle rappelle également que les bases de la prise en charge de ces patients reposent d'abord sur du bon sens : favoriser verre et assiette en plastique, couper les ongles courts, mais aussi sur de l'ingéniosité : mettre plusieurs paires de chaussette l'une sur l'autre pour éviter au patient présentant une plaie du pied diabétique de manipuler la plaie, associer le port d'un collant au port d'un pantalon pour limiter accès à l'ulcère de jambe... Il faut également s'adapter au patient, en identifiant les situations, mais aussi lieux, soignants, environnement dans lesquels il se sent plus apaisé et où le soin se fera de façon plus favorable.

Le point de vue du patient dément sur sa plaie est ensuite abordé. La notion de schéma corporel est évoquée, celui-ci étant doublement altéré chez le patient dément présentant une plaie. Le patient âgé dément cumule ainsi des « effractions » : effraction de son enveloppe cutanée et de son enveloppe psychique, intimement liées. Ces effractions contribuent à l'angoisse du patient, elle-même contribuant aux difficultés de prise en charge des plaies (appréhension, refus de soin...).

Le Dr Candas conclue en rappelant que pour ces patients, la prise en charge multidisciplinaire, éthique et réfléchi est souvent la clef d'une approche réussie. L'objectif à garder est de conserver également autant que possible, la qualité de vie des patients, l'objectif n'étant pas toujours la cicatrisation.

Plaies domestiques de l'enfant

Anne Le Touze

Les accidents domestiques sont liés à l'environnement inadapté à l'enfant, normalement d'âge préscolaire.

Les accidents de sport et de cours d'école sont typiquement des dermabrasions.

Les morsures animales sont normalement par un chien connu de la famille considéré comme une peluche. Normalement sont des plaies délabrantes au visage.

Par rapport aux plaies de la face, quelques généralités : vaccination antitétanique, anesthésie locale +/- protoxyde d'azote ou anesthésie générale, on utilisera des fils fins, mono filaments non résorbables sur la peau, suffisamment rapprochés mais peu serrés et fondamentale ablation au 5ème jour pour éviter l'inflammation excessive. On peut utiliser des stéri-strips ou colle à usage cutané. La colle est très intéressante pour les plaies des paupières.

Par rapport aux lèvres il faut un réalignement parfait de l'arc de cupidon et un affrontement du muscle orbiculaire. Attention, l'anesthésie locale fait disparaître les reliefs et les repères.

Les plaies avec perte de substance peuvent se résoudre par cicatrisation dirigée.

Au niveau de l'oreille, s'il y a exposition du cartilage, il faut une antibiothérapie.

Les paupières normalement ont besoin d'une anesthésie générale.

Par rapport aux plaies endo-buccales, il faut les suturer pour éviter les bourrelets cicatriciels. Les sprays anesthésiques sont efficaces et on utilise des fils résorbables pas trop fins car la résorption est très rapide en milieu humide.

Chez les plaies pénétrantes de la face, il faut l'anesthésie générale, nettoyage, drainage si décollements importants, suturer ce qu'on peut suturer et penser aussi à la cicatrisation dirigée si un lambeau est compliqué.

Les doigts de porte sont typiques chez les enfants de moins de 5 ans. On peut trouver :

- L'hématome sous unguéale : l'évacuation spontanée est impossible (douleur pulsatile intense et risque infectieux). Quand l'hématome est supérieur au 50 % de la surface de la tablette, on peut l'évacuer par aiguille ou bistouri.

- Avulsion de la tablette unguéale : on peut la suturer.

- Plaies pulpo-unguéales : 50 % ont une fracture. Il faut une suture cutanée pulpaire, suture du lit unguéal et repositionner de la tablette unguéale. On prescrira une antibiothérapie et l'on enlèvera le fils de la suture unguéale jour 21.

- Amputation distale : avant 6 ans, on fait une suture simple du fragment pulpo-unguéal, après, un lambeau d'avancement pulpaire.

Les plaies du périnée peuvent présenter des corps étrangers dans le rectum ou le vagin (radio, écho). La chute à califourchon est typique, avec déchirures de la fourchette vulvaire.

Il faut toujours se poser la question d'abus sexuel si le mécanisme de production n'est pas bien expliqué.

Il faut ne pas oublier l'aspect psychologique pour l'enfant (traumatisme de l'accident, peur des soins et du soignant, image corporelle et regard des autres) et pour les parents (culpabilité, la cicatrice qui rappelle l'accident et altère l'image corporelle de l'enfant).

La maltraitance est rarement évidente. Les comportements craintifs ou trop calmes chez l'enfant doivent alarmer.

Comme conclusion :

- Les plaies domestiques de l'enfant sont de gravité inégale.

- Les techniques de réparation sont classiques

- Mais il faut toujours se souvenir que :

- o L'enfant cicatrise sur un mode hypertrophique

- o Peu de problèmes de vascularisation : tenter le traitement conservateur

- o L'enfant est un sujet en croissance

- Son approche est spécifique

- Relation en triangulation : soignant- enfant- parent

Christine Boureau

L'attitude avec l'enfant doit être adaptée. On doit réfléchir au langage verbal, non verbal (langage du corps, position du corps, les gestes, l'expression du visage, la respiration) et para verbal (rythme, timbre, volume, mélodie, débit, pauses silence). On va choisir les mots parce que le subconscient ne comprend pas la négation (il faut éviter "n'ai pas peur, ne t'inquiète pas") et il faut choisir des mots rassurants, positifs. Attention, si le langage non verbal est inadapté, le résultat est la décrédibilisation du message. Le langage non verbal est plus important que le langage verbal. On doit être ouverts à la communication avec des comportements positifs (mouvement d'avance de l'interlocuteur, visage souriant, mains ouvertes, jambes décroisées)

Il faut stimuler le sensoriel (audition, vue, olfaction, mouvement, gout) et la distraction de l'enfant avec hypnose conversationnelle (en travaillant le langage paraverbal), tablette avec dessins animés, bulles de savon.

Ces pratiques de communication sont essentielles pour faire du moment de changement de pansement (normalement associé à stress, anxiété) une expérience positive, de confort et sérénité, et éviter des antalgiques à haute dose ou même l'anesthésie générale.

Plaies en milieu à ressource réduite

Cette présentation a pour but de présenter les différentes plaies rencontrées dans les pays à ressource réduite mais aussi d'illustrer comment améliorer l'accès aux soins dans ces mêmes pays, en favorisant en particulier la formation des acteurs de santé locaux.

Lorsque l'on pense plaies en milieu à ressource réduite, on pense en priorité aux plaies satellite de maladies tropicales négligées : lèpre, ulcère de Buruli, leishmaniose... Toutefois, il ne faut pas oublier que l'on y rencontre également des plaies « classiques », parfois d'autant plus fréquente qu'elles sont associées à un environnement social et professionnelle défavorisée exposant au risque de paies post-traumatique ; les brûlures sont ainsi fréquemment rencontrées.

Par ailleurs, certaines plaies aiguës peuvent être la conséquence de l'environnement naturel spécifique : morsure de serpent par exemple. Enfin, les modifications des habitudes de vie, associées à un accès limité à la prévention concernant les règles hygiéno-diététiques, sont à l'origine, dans certaines populations, d'une forte augmentation du nombre de patients diabétiques et/ou obèse. Les plaies du pied diabétique et les ulcères de jambe sont donc observés également dans ces pays.

La présentation se poursuit en rappelant six grands principes de base de cicatrisation, applicable à toutes plaies, y compris celles survenant dans un environnement à ressource limité :

- 1/ Evaluer et corriger l'atteinte de base à l'origine de la plaie et traiter l'état général du patient
- 2/ Maintenir la plaie dans un environnement humide
- 3/ Protéger la plaie de toute atteinte traumatique
- 4/ Promouvoir la propreté du lit de la plaie propre
- 5/ Lutter contre le lymphœdème péri lésionnel
- 6/ Prévenir ou corriger toute incapacité, pour limiter tout handicap induit par la cicatrisation (en particulier dans les brûlures)

Ces principes sont plus ou moins facilement applicables selon les ressources et l'environnement du patient. Ainsi, s'il est totalement admis qu'une plaie chronique doit être nettoyée à l'eau et au savon, dans certaines régions, l'accès à de l'eau propre est une réelle difficulté. De plus, l'accès aux pansements ou dispositifs de compression n'est pas toujours possible, rendant le maintien en milieu humide ou la lutte contre l'œdème difficile voir impossible. Il faut alors pouvoir se tourner vers des

ressources locales et savoir s'adapter. Des bandes peuvent ainsi être constituées à partir de tissu, et certains pansements remplacés par des matériaux biologiques locaux.

D'autres limites se présentent dans la prise en charge dans les milieux à ressource réduite, en particulier en ce qui concerne la prévention des incapacités post brûlure. Ainsi l'accès à une rééducation efficace, avec personnel et matériel adaptés est souvent limité, empêchant la rééducation précoce et entraînant l'apparition de rétraction. Ces rétractions sont parfois à l'origine de handicap, qui aggrave la situation de précarité dans laquelle se trouve potentiellement le patient.

La deuxième partie de cette présentation est dédiée à la façon dont peuvent être transmises les connaissances relevant de la prise en charge des plaies aux acteurs de santé présents sur le terrain. Des associations œuvrent ainsi à la formation initiale mais aussi au suivi post formation des soignants. Cette formation peut également être, dans un second temps, enseignée et transmises par ces mêmes acteurs à d'autres personnels présents dans d'autres villes, régions...

Ces formations doivent être adaptées au terrain et à la réalité pratique, et reposent donc sur une compréhension initiale des problématiques auxquelles sont confrontés les patients. Il est donc important aussi d'avoir accès aux patients : voir les moyens locaux et s'éloigner de la théorie « pure et dure » pour rester dans la pratique.

La présentation se conclue en insistant sur le fait que la prise en charge de plaies représente un cout énorme pour tous les pays, y compris pour ceux ayant des ressources réduites, qui ont donc souvent de grande difficulté à proposer des soins optimums aux patients mais aussi des formations adaptées aux soignants.

Il est donc essentiel de proposer des formations adaptées aux soignants, en proposant une prise en charge pluridisciplinaire, incluant dans certaines situations la médecine traditionnelle et les tradipraticiens, souvent premier recours des patients.

Plaies et dispositifs médicaux

Cette présentation est faite conjointement par les Dr Faure et Dr Meaume. Elle a pour but de présenter les plaies induites par les dispositifs médicaux, qui peuvent être distinguées en deux grands types, décrits dans la littérature :

- Les MARSI, pour medical adhesive related skin injury, qui sont liés aux adhésifs présents sur de nombreux dispositifs médicaux (pansement, champs stériles, électrodes...), et qui peuvent être à l'origine de plaie ou non.
- Les DrPUs (device related pressure ulcers), qui correspondent aux escarres induites par les dispositifs médicaux.

Le Dr Faure commence par parler des MARSI. Celles-ci peuvent correspondre à des plaies ou à des dermatoses irritatives ou allergiques.

Les plaies induites par les MARSI vont être la conséquence de différents mécanismes, parfois associés, correspondant à des phénomènes d'avulsion survenant à l'ablation de l'adhésif (retrait d'une ou plusieurs couches de l'épiderme), de tension, causant traction et cisaillement sur le tégument et de déchirures cutanées pouvant être plus ou moins profonde.

Il existe des facteurs de risque identifiés de développer une MARSI, comme les âges extrêmes de la vie (nouveau-né en particulier prématuré et sujet âgé avec dermatoporose), la xérose, l'existence d'une dermatose irritative ou inflammatoire sous-jacente (eczéma), la dénutrition...

Des outils de prévention existent, et reposent sur les principes suivants :

- Un entretien cutané adapté : éviter les savons traditionnels, préférer nettoyant doux, hydrater la peau, favoriser la photo-protection,
- Favoriser le retrait de l'adhésif de façon non traumatique en utilisation des solvants pouvant être à base d'alcool ou de silicone (préférer ces derniers en cas d'altérations épidermiques, l'alcool étant alors douloureux),
Utiliser des protecteurs cutanés, comme les barrières à base de silicone, formant un film transparent (type Aldanex, Cavilon...). Ils sont disponibles sous différentes formes (lingettes, spray...) et n'empêche pas l'adhérence secondaire du produit adhésif.
- Choisir le bon pansement : éviter les adhésifs classiques et favoriser les rubans adhésifs en silicone chez les patients à risque, ainsi que les pansements avec bordure siliconé à retrait peu traumatique, utiliser des bandes cohésives plutôt que adhésives, des bandages tubulaires (Tubifast)...
- Apprendre les techniques d'application limitant les traumatismes : sur peau sèche et propre, en choisissant l'orientation la moins sous tension lorsque le dispositif est appliqué en regard d'une articulation, faire tenir les pansements en caressant les zones adhésives, et non en frottant fortement...
- Apprendre les techniques de retrait limitant les traumatismes : soutenir la peau entourant l'adhésif au moment du retrait, le retirer en tangentiel...

La présentation se poursuit avec le Dr Meaume, qui aborde le concept de DrPUs. Ceux-ci sont décrits depuis 2018, peuvent toucher la peau ou les muqueuses et ont été très particulièrement observés pendant la pandémie à COVID 19.

Il est rappelé que tous les patients porteurs de dispositifs médicaux (DM), quels qu'ils soient, sont à risque de développer ce type de plaie : patient porteur de collier cervical, de masque de ventilation non invasive, de sonde urinaire, de sonde d'oxymétrie, de cathéter, de canule nasale, de lunette à oxygène.... Ces plaies ont pour aspect commun d'épouser la forme du DM et d'avoir des localisations non classiquement observées : oreilles, nez, lèvre, méat urinaire et non sacrum, talon. Leur survenue est d'autant plus difficile à prévenir pour les soignants qu'elles disposent de peu d'outils de prévention, contrairement aux escarres de topographie plus classique.

Là encore, des facteurs de risque de survenue sont identifiés : œdème cutané sévère (un troisième secteur étant souvent observé chez les patients en réanimation), diminution du score de Glasgow, séjour en réanimation prolongé...

Ces plaies peuvent toutefois être prévenues : il se développe maintenant des dispositifs permettant par exemple de maintenir les sondes d'intubation orotrachéale sans que celles-ci n'appuient sur les lèvres du patient. Par ailleurs, il convient, chez les patients à risque, de repérer toutes les zones d'appuis entre le DM et le tégument et de les protéger, en appliquant par exemple un pansement hydro-colloïde voir hydro-cellulaire. Enfin, il convient de limiter au maximum l'utilisation de ces DM lorsque cela est possible, et lorsque cela est nécessaire d'en changer la localisation aussi souvent que nécessaire (changement de côté, de site anatomique si possible...).

Ne manquez aucun comptes-rendus de congrès





ECOBIOLOGY AT THE SERVICE OF DERMATOLOGY

*Learn more about NAOS, French ecobiology company
founder of BIODERMA, on www.naos.com*