

Comptes-rendus de congrès Bioderma EWMA 2023

Compte-rendus rédigés par

Dr Elena Conde Montero

Dermatologue, Espagne

Thérapie par compression

Pourquoi est-elle encore trop peu utilisée ?

Giovanni Mosti

La thérapie par compression a montré ses effets bénéfiques dans le traitement des ulcères veineux et constitue la norme de soins (niveau de preuve A). En cas d'ulcère veineux de jambe, la compression, même si elle n'atteint pas les 40 mmHg recommandés, est préférable à l'absence de compression. Le faible recours à la thérapie par compression s'explique notamment par des facteurs liés au professionnel de santé (peur de faire mal avec une pression excessive, perte de temps, manque de connaissances), mais aussi au patient (peur liée à de mauvaises expériences). C'est pourquoi il est essentiel de sensibiliser les professionnels et les patients.

Les conseils suivants peuvent contribuer à renforcer la confiance et à favoriser l'utilisation de la thérapie par compression :

- des bandages munis d'indicateurs de pression peuvent permettre de réduire les différences au niveau de la pression exercée et du mode d'application selon les praticiens (qu'ils soient spécialistes ou non) ;
- une formation à la pose de bandages à l'aide d'un dispositif de mesure de la pression permet aux praticiens de savoir quelle pression ils peuvent appliquer et de se sentir plus sûrs d'eux dans la pratique clinique ;
- l'application d'un coussinet peut prévenir l'apparition de lésions dues à l'hyperpression sur les zones à risque ;
- on peut conseiller aux patients de retirer le bandage en cas de gêne et de revenir le lendemain pour le repositionner en fonction de leurs besoins.

Les avantages de la thérapie par compression dans la pratique

Sylvie Meaume

La compression est le traitement anti-inflammatoire le plus efficace en cas d'ulcère veineux de jambe. Elle réduit non seulement l'œdème, mais également les tissus atrophiques, la charge bactérienne et favorise par conséquent la cicatrisation de la plaie. Un rembourrage en mousse permet d'homogénéiser le diamètre des jambes et d'accroître l'efficacité du bandage.

Pour atténuer l'échauffement, la douleur et l'érythème des jambes enflées par le phlébolympoœdème, on n'a pas recours aux antibiotiques, mais à la thérapie par compression. Il s'agit d'une pathologie inflammatoire et non infectieuse.

Si le dispositif de compression est inconfortable, on peut diminuer la pression, envisager l'utilisation d'un coussinet ou d'un autre dispositif de compression.

L'efficacité, la tolérance et l'observance sont les piliers d'une thérapie par compression réussie.

Le dispositif de compression doit préserver la mobilité de la cheville et permettre le port de chaussures. Les manchons de compression auto-ajustables sont une bonne option pour préserver la mobilité de la cheville.

La compression est également essentielle pour éviter les récives, au moyen de manchons de compression auto-ajustables et de bas de contention. Une superposition des contentions peut faciliter l'enfilage et le retrait et permettre d'exercer la pression nécessaire (30 à 40 mmHg). Par exemple, au lieu d'utiliser un bas de classe 3, qui est difficile à enfiler, on peut utiliser un bas de classe 1 (avec embout fermé) ou 2 (avec embout ouvert).

Plaies oncologiques

Le concept de soins palliatifs des plaies

Georgina Gethin

Les soins palliatifs sont d'une importance cruciale pour les populations vieillissantes du monde entier. Ils sont susceptibles de modifier la trajectoire de la maladie et de faire progresser les soins de santé. Toutefois, des conceptions erronées au sujet des patients nécessitant des soins palliatifs peuvent constituer un obstacle à la satisfaction des besoins de ces patients en matière de soins palliatifs. Une revue regroupant quatre études d'analyses conceptuelles sur les soins palliatifs a été publiée récemment. Dans cette revue, les soins palliatifs sont décrits comme une approche visant à atténuer la souffrance physique et psychologique et à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, aux premiers stades d'une maladie diagnostiquée. Les maladies en phase terminale, les maladies aiguës ou chroniques et les maladies réelles ou potentiellement mortelles ont été considérées comme des événements précédant les soins palliatifs. Les soins palliatifs se caractérisent par des soins holistiques, un travail d'équipe interdisciplinaire et des soins empreints de compassion, centrés sur le patient et sa famille. Ces soins contribuent à améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille, à renforcer la dignité humaine, à favoriser l'autosoin et à développer les capacités d'adaptation.

Le nouveau concept qui consiste à envisager les soins palliatifs comme des soins holistiques actifs peut renforcer les ressources et l'offre de soins, sensibiliser l'opinion et soutenir la recherche en vue d'améliorer les soins.

En incluant la terminologie des soins palliatifs dans l'enseignement et la formation des infirmières et en développant des modèles de soins palliatifs dans la pratique clinique, les infirmières seront mieux à même de comprendre les besoins des patients et de leurs familles en matière de soins palliatifs. De nouvelles revues sont nécessaires, notamment des études qualitatives basées sur le concept de soins palliatifs.

Les plaies oncologiques et leur diagnostic différentiel

Elena Conde Montero

En ce qui concerne les ulcères malins, la pratique clinique fait apparaître deux situations cliniques différentes :

1. tumeur primaire ulcérée (ou métastase) ;

2. tumeur maligne secondaire à un ulcère de longue durée (ulcère de Marjolin).

Même s'ils peuvent évoquer des plaies typiques telles qu'un ulcère veineux ou un ulcère de pression, ils ne répondent pas au traitement. Jusqu'à 10 % des ulcères traités comme des plaies vasculaires sont en fait des tumeurs, c'est pourquoi il est recommandé de pratiquer une biopsie après 3 mois de traitement d'un ulcère stagnant.

Parmi les tumeurs primaires ulcérées, le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde sont les tumeurs cutanées les plus fréquentes.

L'ulcère de Marjolin correspond à la transformation d'un ulcère malin secondaire (carcinome épidermoïde) qui survient généralement sur des ulcères de longue durée et des cicatrices de brûlures, avec une période de latence de plus de 10 ans. On ignore les causes exactes de l'apparition des ulcères de Marjolin. La plupart des théories suggèrent que la lésion et la formation de la cicatrice entraînent la destruction des vaisseaux sanguins et lymphatiques locaux, créant ainsi un site immun privilégié. Cela protège la cicatrice des anticorps anti-tumoraux et favorise la transformation et la dégénérescence maligne de la peau. On pense également qu'une inflammation chronique, une irritation ou un traumatisme de la zone contribuent au processus.

Afin de diagnostiquer les plaies malignes, il est nécessaire de procéder à une biopsie de la plaie en vue d'une analyse histologique. Il est recommandé d'effectuer une excision étroite et profonde en biseau ou une biopsie à l'emporte-pièce (5-6 mm). Afin d'éviter les faux négatifs, il convient de réaliser au moins deux biopsies sur des zones différentes.

En fonction de la tumeur, une imagerie radiologique et d'autres examens de stadification peuvent être nécessaires

Une plaie maligne pouvant évoquer d'autres causes, la présence des signes suivants doit éveiller les soupçons : bords surélevés, localisation atypique, plaie aux bords irréguliers, granulation excessive, douleur, mauvaise odeur, saignement de tissus fragiles. Toutefois, ces signes ne sont pas spécifiques.

Outre la malignité, la granulation excessive des tissus doit permettre d'écartier l'infection (y compris les abcès et l'ostéomyélite), l'occlusion, l'exsudat excessif, les corps étrangers ou les frottements soutenus.

Comme pour n'importe quelle plaie, les ulcères tumoraux bénéficieront du même traitement local que les autres plaies chroniques, après un traitement étiologique, généralement l'excision chirurgicale.

Évaluation clinique et nouveaux traitements systémiques des plaies oncologiques

Agata Janowska

Afin d'optimiser les soins locaux et les pansements des plaies fongiques malignes, une approche standardisée en 4 étapes a été mise au point, et repose sur la prise en charge de la douleur, de l'exsudat, du saignement et de l'odeur. Cette approche, dont l'utilité a été évaluée sur une série de 24 patients, a été baptisée « PEBO » (Pain, Exsudate, Bleeding, Odor). Les ulcères ont été évalués au départ, après deux semaines et après un mois. Dans le cadre de l'étude, on a constaté chez la plupart des patients une amélioration de la qualité de vie grâce à l'approche PEBO, bien que certains aient connu une détérioration de leur état clinique général. Un nettoyage non agressif et des pansements atraumatiques ont été appliqués pour soulager la douleur. Des pansements non adhérents ont été associés à un pansement secondaire en cas d'exsudat. La priorité dans la prise en charge de ces ulcères consiste à assurer l'hémostase à l'aide de pansements ou de médicaments (collagène, alginate, acide tranexamique). Des pansements antibactériens et des pansements anti-odeurs ont été utilisés pour absorber les odeurs. Le débridement chirurgical, les pansements adhérents et les pansements occlusifs ont été évités. Les changements de pansements ont été programmés deux fois par semaine pendant quatre semaines. L'approche PEBO a simplifié les aspects complexes de ce type d'ulcère et pourrait également aider les médecins, les infirmières et le reste de l'équipe, y compris les patients eux-mêmes et leur famille, dans le cadre de soins palliatifs multidisciplinaires.

Aperçu de la prise en charge et du traitement des plaies oncologiques

Sebastian Probst

Il est essentiel d'avoir une vision multidisciplinaire du traitement des plaies oncologiques.

Les pansements utilisés pour les plaies fongiques malignes sont très variés, mais les plus utilisés sont les super absorbants.

Cette présentation propose plusieurs conseils pratiques pour faire face aux défis les plus courants dans le traitement des plaies malignes.

En ce qui concerne la douleur (le symptôme le plus fréquent chez ces patients), deux stratégies topiques ont été suggérées :

- huile de cannabis à raison de 0,5 à 1 ml deux fois par jour, recouverte d'un pansement non adhésif ;
- hydrogel de morphine (10 mg pour 8 g d'hydrogel) ;
- capsaïcine de 0,025 à 0,075 %, en particulier pour les douleurs neuropathiques.

En cas de saignement, l'acide tranexamique topique ou l'adrénaline (gaze imbibée d'adrénaline 1:1000) peuvent être utiles.

En ce qui concerne les mauvaises odeurs, outre l'application locale bien connue de métronidazole, l'argent, le polyhexanide et le miel peuvent aider. En outre, des stratégies telles que l'introduction dans la chambre de litière pour chat, de café, d'huiles aromatiques ou d'un verre contenant de la mousse à raser sont couramment utilisées et peuvent s'avérer efficaces.

La thérapie par pression négative peut améliorer le confort du patient dans certains cas, et donc être utilisée dans le cadre des soins palliatifs.

Dans le cas de plaies faciales malignes, les poches de stomie ont été décrites comme efficaces pour contrôler l'exsudat.

Soin des plaies et fragilité

Identification, prise en charge et impact de la fragilité sur la cicatrisation des plaies

Bijan Najafi

La fragilité est très répandue chez les personnes atteintes de diabète et elle est associée à de mauvais résultats, notamment un retard dans la granulation de la plaie chez les personnes souffrant d'un ulcère profond du pied diabétique. L'évaluation à distance de la fragilité peut permettre d'orienter de façon plus judicieuse les patients souffrant d'ulcères du pied diabétique vers une clinique pluridisciplinaire de traitement des plaies. Les personnes fragiles sont susceptibles de souffrir de plaies plus graves.

L'épuisement (faible endurance) est associé à une mauvaise perfusion de la peau, à une plus faible saturation en oxygène des tissus, à un risque plus élevé de malnutrition et, par conséquent, à une plus grande complexité des plaies. Ces patients sont donc de bons candidats à une orientation judicieuse vers des centres pluridisciplinaires de traitement des plaies.

Fragilité et soin des plaies - Réalités issues de la pratique clinique

Catherine Ludwig

La fragilité correspond à un état d'extrême vulnérabilité où le moindre stress peut entraîner une déficience fonctionnelle.

Il existe trois modèles de fragilité : le phénotype (perte de ressources physiques), l'accumulation de déficits (sénescence) et le modèle intégral (perte de ressources biopsychosociales).

Un instrument d'évaluation de la complexité multidimensionnelle pour la pratique des soins infirmiers à domicile a vu le jour : le COMID. Actuellement, les infirmières utilisent le COMID en complément de l'évaluation systématique de la santé globale. Plus précisément, le COMID consiste en une liste de contrôle de 30 éléments codifiant la présence ou l'absence de caractéristiques de « complexité du cas » (circonstances médicales, circonstances socio-économiques, circonstances mentales aggravantes et comportement aggravant), de « complexité des soins » (circonstances de la prestation des soins) et d'« instabilité ». Les infirmières de soins à domicile, qui interviennent régulièrement au domicile des patients, sont les mieux placées pour évaluer la situation globale de ces patients et leurs besoins en fonction du contexte afin de planifier et de coordonner les soins. Compte tenu de la quantité d'informations que l'infirmière doit prendre en compte pour établir un plan d'intervention, certains instruments ont été développés dans la pratique clinique afin d'évaluer les besoins du patient et d'étayer le raisonnement clinique. L'un de ces instruments normalisés est le Resident Assessment Instrument-Home Care (interRAI-HC), largement utilisé pour évaluer les besoins des patients nécessitant des soins à domicile dans divers domaines de la santé (par exemple, la douleur et les troubles du comportement). Le système d'évaluation interRAI Home Care (HC) est conçu comme un outil convivial, fiable et centré sur la personne, qui éclaire et oriente la planification globale des soins et des services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées en collectivité partout dans le monde. Il met l'accent sur le fonctionnement et la qualité de vie de la personne en évaluant ses besoins, ses points forts et ses préférences. Il facilite également l'orientation des patients, le cas échéant. Utilisé régulièrement, il constitue la base d'une évaluation de la réponse de la personne aux soins ou aux services, fondée sur les résultats. Le système d'évaluation interRAI-HC permet d'évaluer les personnes présentant des besoins chroniques en matière de soins, ainsi que des besoins en matière de soins post-aigus (par exemple, après une hospitalisation ou en contexte ambulatoire). Une étude observationnelle descriptive rétrospective utilisant les évaluations complètes interRAI-HC et les indices cliniques a été réalisée à Genève par des infirmières à domicile, dans le cadre de leur pratique courante. L'échantillon était de n=5152. Les patients nécessitant un soin des plaies présentent un score de fragilité, de complexité et de risque d'escarre significativement plus élevé. Les conclusions de cette étude indiquent que l'interRAI-HC permet d'identifier les individus dont l'état cutané est altéré (sensibilité), sans toutefois être spécifique aux types de plaies, de sorte qu'il nécessite une évaluation supplémentaire effectuée par le personnel infirmier. Cela signifie que l'évaluation interRAI-HC a l'intérêt d'offrir une vision globale pour mieux appréhender la situation du patient, mais qu'elle n'est pas assez précise pour évaluer une plaie.

Fragilité : le point de vue d'un gériatre

Sylvie Meaume

Le concept gériatrique englobe différentes trajectoires de vieillissement, de sorte que seul un pourcentage de personnes âgées peut être considéré comme fragile. 50 % des personnes âgées de plus de 80 ans font au moins une chute dans l'année et 25 % sont victimes de chutes à répétition. Pour évaluer ce risque, il est possible d'utiliser les outils suivants : le test d'appui unipodal, le test du lever et le test de marche sur 3 mètres.

Une évaluation de l'autonomie doit être effectuée de manière à mettre en place des aides techniques si nécessaire. Le Mini IADL (Instrumental Activities of Daily Living) est un test pratique et rapide permettant de l'évaluer.

L'évaluation cognitive peut être réalisée grâce au test de l'horloge, au test des 5 mots de Dubois, au MMSE (Mini Mental State Examination). Le patient peut intégrer une filière gériatrique, avec renforcement de l'aide à domicile, traitement sécurisé (infirmière, aide ménagère), inscription à des activités sociales, tutelle, orthophoniste.

La dépression est un autre critère important à évaluer. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, 14 % présentent des signes de dépression légère. Le Mini GDS est un outil de dépistage simple. Le GDS 15 (Geriatric Depression scale) est l'outil de diagnostic.

L'évaluation sensorielle est également importante, car des problèmes de vue et d'audition peuvent contribuer à l'isolement du patient.

En matière de nutrition, la dénutrition est le plus souvent multifactorielle chez les personnes âgées, ce qui nécessite un bilan étiologique complet et la mise en place d'actions correctives (compléments alimentaires, appareils dentaires si nécessaire, portage de repas, etc.).

Il est essentiel de tenir compte du fait que la polymédication est associée à des interactions médicamenteuses et que les médicaments superflus doivent être arrêtés.

Pour prévenir la douleur lors des changements de pansements, il faut prémédiquer, être rapide et utiliser des techniques de distraction (montrer de vieilles photos et poser des questions, donner un morceau de pain au patient) ou utiliser la réalité virtuelle.

Le message clé à retenir est le suivant : les gens devraient rester chez eux le plus longtemps possible.

Compte-rendus rédigés par

Dr Hester Colboc

Dermatologue, France

Escarre (Communications orales libres)

Prise en charge des escarres chez les patients ambulatoires

La session commence avec une communication sur la prise en charge des escarres chez les patients ambulatoires.

Il est rappelé que les escarres ont une prévalence bien décrite chez les patients hospitalisés, avec une prévention et prise en charge bien standardisée dans ce contexte. Dans le contexte extra hospitalier en revanche, les données sont moins nombreuses. Le but de cette étude était d'évaluer la proportion de patients ambulatoires présentant des escarres parmi les patients pris en charge par des professionnels de santé ainsi que de décrire la prise en charge de ces escarres. Des professionnels de santé (médecin ou infirmier) de trois pays européens (Royaume-Uni, France et Allemagne) ont répondu à une enquête en ligne en deux parties. La première partie s'intéressait aux nombres de patients pris en charge par ses professionnels et la deuxième partie a collecté les données cliniques des 4 derniers patients de plus de 75 ans avec escarre de stade 2 et 3 traités par ces professionnels. 340 professionnels ont participé, suivant en moyenne 39 patients (14,7% de leur patientèle) porteurs d'escarre par mois. Les données cliniques de 1043 patients de plus de 75 ans porteurs d'escarre stade 2 ou 3 étaient rapportées. Ces patients avaient un âge moyen de 83 ans, 68 % avaient une dépendance majeure à complète selon le score ADL, 46 % étaient incontinents et 40% étaient qualifiés de dénutris par le professionnel. Concernant la prise en charge, les résultats les plus étonnant était que seuls 37% de ces patients se voyaient prescrire un support anti-escarre et seul 26% une prise en charge nutritionnelle adaptée. L'étude interrogeait également les professionnels sur leur formation et connaissance sur le domaine des escarres, que la grande majorité trouvait insuffisante. Cette étude illustre le besoin accru de formation des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge de ces plaies.

Diagnostic des escarres chez les patients ayant un phototype foncé

La deuxième communication traite du diagnostic des escarres chez les patients ayant un phototype foncé.

Cette communication est le fruit du travail d'une équipe Suédoise, qui a effectué un premier constat : dans les deux ouvrages pédagogiques de référence en dermatologie en Suède, aucune photo d'escarre chez un patient de phototype foncé n'est présentée. Chez ces patients, le diagnostic d'escarre aux stades 1 et 2 est souvent non fait, conduisant à un risque accru pour ces derniers de développer des escarres stades 3 et 4. Cette équipe a ainsi publié un article didactique, avec des photos cliniques permettant de palier à ce manque de formation, et dans l'objectif de palier à cette inégalité de prise en charge.

Mesure de l'hydratation sous épidermique

La troisième communication aborde le concept de mesure de l'hydratation sous épidermique (subepidermal moisture, ou SEM). Cette mesure est utilisée pour évaluer la fonctionnalité d'une couche cornée intactes ou lésées, et permet ainsi pour certains auteurs de prédire la survenue d'une escarre avant que celle-ci ne soit cliniquement évidente. Il pourrait donc s'agir d'un outil de dépistage intéressant. L'étude présentée avait pour objectif d'évaluer les effets sur la SEM de l'application en préventif de pansement sur la zone sacrée. 392 patients ont été inclus et séparé en deux groupes, un avec et un sans pansement sacré en prévention de la survenue d'escarre. La SEM était mesurée sur 5 jours consécutifs. Au total, les mesures étaient comparables entre les deux groupes. Ces résultats posent à nouveau la question de l'utilisation de pansements de type hydrocellulaire en prévention de la survenue d'escarre. Ces pansements préventifs sont recommandés par certaines sociétés savantes, mais il convient de rappeler qu'il n'existe aucune étude sérieuse prouvant leur réelle efficacité dans la survenue des escarres.

La dernière communication est une étude qualitative sur la qualité de vie des patients blessés médullaires porteurs d'escarre. Il s'agit d'un retour d'expérience de 10 patients, racontant leur vécu avec leur escarre, mais aussi les traitements entrepris. Le récit des 10 patients présente de nombreuses similitudes, comme une grande difficulté à allier traitement optimum pour l'escarre et maintien d'une bonne qualité de vie (en particulier en cas d'indication à une décharge stricte au lit), une difficulté à être parfaitement observant sur la mise en décharge de la plaie et finalement, un traitement souvent ressenti par le patient comme plus délétère en soit que la plaie elle-même. Ces considérations doivent faire réfléchir aux différentes options thérapeutiques proposées aux patients et inciter le soignant à se recentrer sur la qualité de vie du patient.

Nouvelles technologies dans le remplacement tissulaire

Introduction

Alberto Piaggese

Cette session est modérée par le Dr Alberto Piaggese et le Dr Luc Teot.

Le Dr Piaggese commence par citer un consensus d'expert paru dans le Journal of Wound Management en 2023 sur le sujet, et consultable librement (Piaggese et al., New Technologies for Tissue Replacement, Journal of Wound Management, 2023). Ces recommandations sont le travail d'un groupe de 12 experts internationaux : chirurgiens plasticiens, vasculaires..., comprend 120 pages, 60 figures et prêt de 400 références.

Ces dernières années, de plus en plus de techniques de remplacement tissulaires se sont développer avec de nouvelles indications, notamment dans le domaine des plaies chroniques, et ont ainsi modifié la prise en charge et le pronostic de nombreuses plaies.

Apport des technologies utilisant des biomatériaux dans la cicatrisation

Alexandra P. Marques

La session se poursuit avec l'intervention du Dr Alexandra P. Marques, qui aborde les différents types d'ingénierie tissulaire au service de la cicatrisation. Elle explique que ces matrices sont dynamiques, pouvant contenir de nombreux éléments essentiels à la régénération tissulaire. Certaines de ces matrices ont ainsi été conçues pour la prise en charge des plaies avec exposition osseuse, et contiennent ainsi des protéines favorisant l'ostéogenèse. Elles permettent la survenue de phénomène de re-épithélialisation, néo-vascularisation... Il existe différents types de matrice de remplacement tissulaire : des matrices acellulaires, comportant uniquement des protéines (collagène, glycosaminoglycane, acide hyaluronique...) et des matrices cellulaires. Certaines sont issues d'animaux, contenant par exemple du collagène bovin ou de la chondroïtine sulfate de requin. Des études récentes ont étudié les effets de ces tissus de remplacement par rapport aux soins usuels. Certaines études contrôlées randomisées ont en particulier montré l'intérêt de ces outils dans la prise en charge des plaies du pied diabétique.

Ces technologies peuvent désormais être couplées à l'impression 3D, permettant de proposer des structures parfaitement adaptées sur le plan anatomique à la plaie du patient. Elles peuvent également être couplées à l'utilisation de thérapie par pression négative.

Classification des nouveaux substituts dermiques

Franco Bassetto

Le Pr Franco Bassetto, chirurgien plasticien, poursuit cette session avec les substituts dermiques. Ils se distinguent en deux catégories : les permanents et les résorbables (se dégradant en 1 à 2 semaines, par exemple composés de membranes amniotiques). Il illustre ses utilisations par des cas cliniques. Ainsi, dans le cas d'une vaste perte de substance en regard du genou, l'utilisation d'Integra® couplé à une greffe de peau a permis de garder une bonne mobilité articulaire après cicatrisation. Un autre exemple est cité après exérèse d'un sarcome de jambe, pour lequel la perte de substance a été comblée par le substitut dermique Matridem® associé à un lambeau de couverture partielle.

Dispositifs vasculaires

Jean Pierre Becquemin

Pr Becquemin, de Paris (Hôpital Henri Mondor), termine cette session et en abordant les nouvelles technologies dans le cadre de la chirurgie vasculaire. Il existe ainsi des tissus artificiels (composés entre autres de Gore Tex®) permettant des revascularisations, en particulier en cas d'impossibilité d'utiliser la veine saphène pour pontage du patient. D'autres outils se développent également, permettant de littéralement « forer » les sténoses vasculaires calcifiées, comme le Rotablator®, ou des outils permettant d'effectuer des lithotripsies intra vasculaire. Ces outils permettent de franchir des sténoses auparavant non franchissables.

Stratégies holistiques pour promouvoir et maintenir l'intégrité cutanée

Samantha Holloway

Samantha Holloway commence cette session en rappelant que la peau est un organe barrière, devant donc présenter une certaine résistance aux agressions mécaniques, chimiques, infectieuses. Dans certaines situations, cet organe présente une certaine fragilité, comme en particulier chez certains patients âgés, chez les patients présentant une mobilité réduite, chez les patients en

surpoids ou chez les nouveaux nés prématurés. Pour tous ces patients, et pour des raisons différentes, l'intégrité cutanée est menacée.

Au cours du vieillissement cutané, la peau connaît une perte d'élasticité, une fonte de l'hypoderme ainsi qu'une xérose. A l'extrême, la peau devient extrêmement fragile, avec purpura de Bateman, pseudo-cicatrices stellaires et atrophie cutanée. Lorsque ces signes sont présents, on parle de dermatoporose, dont les principales complications sont les déchirures cutanées et les hématomes disséquant.

Chez les nouveaux nés et en particulier chez les prématurés, la peau présente une fragilité excessive liée à son immaturité. Ces patients sont à risque de développer des plaies induites par les dispositifs médicaux, en particulier en cas d'hospitalisation en réanimation néo-natale : ces lésions cutanées correspondent aux MARSI, pour medical adhesive related skin injury, liées aux adhésifs et aux lésions induites à leur retrait, et au DrPUs, pour device related pressure ulcers, qui correspondent aux escarres induites par les dispositifs médicaux.

Dans le cas des patients présentant une mobilité réduite, ceux-ci sont bien entendus à risque d'escarre. La pathologie induisant les troubles moteurs pouvant également être associée à une incontinence, ces patients sont également à risque de dermatite associée à l'incontinence, pouvant, dans les stades les plus évoluées, être à l'origine d'authentique rupture de l'intégrité cutanée. Dans le cas des patients obèses, ceux-ci présentent souvent des comorbidités pouvant porter à l'intégrité cutanée : insuffisance veineuse et artériopathie pouvant des ulcères de jambe, maladie de Verneuil... Après avoir abordé ces différentes situations, la notion d'évaluation holistique du patient est évoquée. Elle a pour objectif de cibler les patients à risque de rupture de la barrière cutanée pour mieux prévenir cette dernière. Enfin, les règles générales permettant de maintenir au mieux l'homéostasie cutanée chez ces patients à risque sont rappelées : émollient, protection solaire, sécher la peau par tamponnement et non par frottement, optimisation de l'état nutritionnelle et de l'hydratation.

La session se poursuit avec Steven Smet, infirmier, qui aborde la prise en charge spécifique des déchirures cutanées, survenant en particulier chez le sujet âgé. Il rappelle qu'il est essentiel de former toute personne intervenant auprès de personnes âgées à la prise en charge basique de ces déchirures. Celles-ci surviennent en effet souvent au cours de transfert lit-fauteuil, au cours de la toilette/habillage, et en présence donc d'auxiliaire de vie ou de la famille du patient, et non d'infirmiers ou de médecins.

Récemment, l'ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel) a émis des recommandations sur la classification, la prise en charge et les moyens de prévention des déchirures cutanées (consultables sur <https://www.skintears.org/resources>). La classification retenue par l'ISTAP est la suivante :

- Type 1 : déchirure cutanée sans perte de substance où le lambeau peut être repositionné pour couvrir le lit de la plaie ;
- Type 2 : Perte partielle de substance avec un lambeau ne pouvant pas être repositionné pour couvrir le lit de la plaie ;
- Type 3 : Perte totale de substance exposant tout le lit de la plaie

Dans tous les cas, il convient en priorité de prendre en charge le saignement, pouvant être conséquent chez des patients volontiers sous anticoagulant et/ou antiagrégant. Par la suite, dans les types 1 et 2, le lambeau doit être repositionné au mieux.

Après ré-approximation du lambeau, il faut utiliser un pansement non traumatique lors du retrait, comme une interface siliconée. Le pansement secondaire est généralement une compresse (plaie en règle peu exsudative), maintenu par un pansement tubulaire ou une simple bande. Il est également recommandé de dessiner une flèche sur les pansements pour indiquer le bon sens de retrait du pansement.

Ces plaies survenant volontiers sur les membres inférieurs, il convient de rechercher une insuffisance veineuse et/ou artérielle sous-jacente pouvant conduire à une chronicisation de la plaie si non traitées.

Les sutures sont à éviter devant la grande fragilité de la peau, le repositionnement simple du lambeau étant suffisant. Dans certaines situations, il peut être maintenu par quelques Stéri-strips.

Mr Smet termine sa présentation en rappelant que devant toutes déchirures cutanées, il faut penser à rechercher des lésions traumatiques associées. En effet, certaines déchirures cutanées surviennent dans un contexte de chute, et peuvent donc être associée à des fractures ou des hématomes disséquants.

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*