

BIODERMA

CONGRESS REPORTS



EWMA 2025

Comptes rendus rédigés par le Dr Elena Conde Montero (dermatologue, Espagne)

Excellence dans le traitement des plaies : gestion des antimicrobiens

Intervenant : Hadar Lev-tov (États-Unis)

De nombreux patients reçoivent plusieurs séries d'antibiotiques sans que cela ait un impact sur la charge bactérienne.

La gestion des antimicrobiens fait référence à leur utilisation appropriée, un aspect essentiel compte tenu de l'impact de la résistance aux antimicrobiens. Selon une étude publiée l'année dernière dans la revue *Lancet*, les décès attribuables et associés à la résistance aux antimicrobiens ne cessent de progresser.

Les mécanismes de résistance des bactéries aux antimicrobiens sont nombreux : efflux actif ou diminution de l'influx à travers la membrane cellulaire, protection de la cible, modification du site cible, inactivation de l'antibiotique, contournement de la cible (nouvelle protéine ayant la même capacité métabolique que la protéine cible de l'antibiotique).

Il faut s'efforcer de réduire l'utilisation des antibiotiques à large spectre. La modification du microbiome n'est pas bénéfique si l'utilisation d'antibiotiques n'est pas appropriée. La charge bactérienne est plus élevée et la diversité du microbiome réduite chez les patients âgés de plus de 65 ans.

Dans les ulcères veineux de jambe chroniques, on a constaté un taux élevé de résistance à la méthicilline et une résistance alarmante à la mupirocine, supérieure à 80 %.

Il est essentiel d'évaluer précisément les signes cliniques et les symptômes de l'infection pour un traitement précoce. La sensibilisation du public doit être renforcée et les organisations nationales et internationales jouent un rôle important à cet égard.

Comment faire la différence ? Utilisation de pansements à mode d'action physique. Par exemple, la technologie DAAC (Dialkyl Carbamoyl Chloride), connue depuis longtemps, a permis d'accroître la diversité globale par rapport à l'argent. En outre, l'élimination physique, mais sans action bactéricide, a permis de transformer des ulcères de jambe « non guérissables » en ulcères qui guérissent.

Il est également possible d'opter pour l'électricité, avec des pansements électrocinétiques, ce qui est plus novateur. Il a été démontré qu'il y a moins de récurrences chez les patients atteints d'hidradénite suppurée.

En conclusion, il est nécessaire d'innover en matière de nouveaux agents antimicrobiens.

Faire la différence dans la pratique clinique

Intervenant : José Luis Lazaro (Espagne)

En Europe, le profil le plus courant des ulcères du pied diabétique (UPD) correspond à un petit ulcère (moins de 5 cm²), situé à l'avant du pied, compliqué par une maladie artérielle périphérique (70 %) et une probable infection osseuse (40 %). Ces « petits » ulcères neuro-ischémiques du pied représentent parfois un danger de mort.

Il est essentiel pour la prévention des plaies de procéder à un examen précis de la biomécanique du pied et de ses déformations, ainsi qu'à une intervention précoce sur les lésions primaires (callosités et hyperkératose).

Le risque d'ulcère de l'avant-pied est lié au type de pied, la pronation du pied étant associée à un risque plus élevé d'ulcères.

Les trois observations suivantes doivent vous faire suspecter un pied à risque d'infection :

- pâleur ou décoloration du lit de l'ulcère de la plaie ;
- augmentation de l'exsudat ;
- bords décollés ou épaissis.

Le diagnostic de l'infection du pied dans les ulcères du pied diabétique est basé sur :

- le diagnostic clinique ;
- les biomarqueurs inflammatoires ;
- les examens d'imagerie recommandés ;
- les cultures.

Les trois étapes du diagnostic de l'ostéomyélite du pied diabétique sont les suivantes :

1. Effectuer ou prescrire chacun des éléments suivants :
 - scintigraphie osseuse ;
 - vitesse de sédimentation des érythrocytes (prendre en compte la protéine C-réactive et éventuellement la procalcitonine) ;
 - radiographies simples.
2. Si les résultats suggèrent une ostéomyélite, il est fortement recommandé d'envisager un prélèvement aseptique de l'os touché (par voie percutanée ou chirurgicale, mais pas par blessure) pour mise en culture et histopathologie (si possible).
3. En l'absence de signes d'ostéomyélite, mais que l'on suspecte toujours la présence d'une OPD, on envisagera de demander l'un des examens suivants :
 - imagerie par résonance magnétique ;
 - tomographie par émission de positons/tomographie informatisée (CT) ;
 - scintigraphie leucocytaire (avec ou sans tomodensitométrie).

Lors de l'analyse de l'efficacité de la procédure accélérée pour l'UPD, l'orientation précoce des patients a montré une augmentation des taux de guérison, une réduction de la durée de guérison, une diminution des taux d'amputation mineure et majeure, d'hospitalisation et de mortalité par rapport aux patients ayant été orientés tardivement vers la procédure accélérée.

Une classification simple pour l'orientation des soins primaires vers les équipes chargées de soins du pied diabétique est la suivante :

- ulcère sans complication (ne nécessite pas d'orientation) :
 - superficiel ;
 - non infecté ;
 - non ischémique ;
 - mise en décharge facile (pied non rigide / sans déformation majeure telle que le pied de Charcot) ;

- ulcère avec complication (orientation vers des centres spécialisés dans le PD dans les 4 jours suivant la première évaluation) :
 - profond (exposition de l'os, des muscles ou des tendons) ;
 - ischémique (sans pulsation) ;
 - infecté (ostéomyélite/infection modérée des tissus mous) ;
 - patients souffrant d'insuffisance cardiaque active ou de néphropathie terminale.

La chirurgie du pied diabétique repose sur des chirurgiens spécialisés dans le pied diabétique et n'est pas forcément synonyme d'amputation (chirurgie conservatrice du pied).

La mise en décharge de l'UPD ne laisse pas de trou, elle doit être adaptée à la localisation de l'ulcère et à l'état du patient, et les rembourrages en feutre ne sont pas suffisants pour la plupart des patients. Le port de chaussures orthopédiques personnalisées (souvent oubliées) est essentiel pour améliorer le nombre de jours de survie sans ulcère.

Les principaux obstacles et complications liés aux maladies du pied diabétique sont les suivants :

- comorbidités cardiovasculaires (associées à la mortalité) ;
- ischémie (associée à une mauvaise cicatrisation) ;
- infection (associée à l'amputation).

En conclusion, il est essentiel de se montrer proactif dans le diagnostic, l'élimination de l'infection, l'orientation vers un spécialiste et la prescription d'une mise en décharge et de chaussures orthopédiques personnalisées.

Débat d'experts : l'intégrité de la peau, un droit oublié !

Intervenants : Dimitri Beeckman (Belgique, perspective de la recherche), Guido Ciprandi (Italie, perspective pédiatrique), Stefano Volpato (Italie, perspective gériatrique), Sascha Cascu (Allemagne, perspective industrielle), Paulo Ramos (Portugal, perspective des soins à domicile)

Cette session a mis en évidence la nécessité de considérer l'intégrité de la peau comme un droit fondamental dans les soins de santé et a souligné la nécessité pour les professionnels de santé de défendre et de mettre en œuvre des pratiques qui protègent et favorisent l'intégrité de la peau dans toutes les populations de patients.

En ce qui concerne les interventions de soins cutanés fondées sur des données probantes, il existe des preuves modérées en faveur de l'utilisation de nettoyeurs doux et non alcalins et d'hydratants à faible pH contenant des humectants pour améliorer l'intégrité de la peau et prévenir les déchirures cutanées, en particulier dans les populations vulnérables. En ce qui concerne la prise en charge de l'incontinence, une toilette rapide, l'utilisation de produits topiques sans rinçage et de produits absorbants ont montré leur efficacité dans la prévention de la dermatite associée à l'incontinence dans de nombreuses études. En ce qui concerne les programmes de soins structurés, la mise en œuvre de lignes directrices, d'une formation et de « paquets » à composantes multiples a nettement amélioré les connaissances des professionnels de santé et les résultats pour les patients, ce qui se traduit par une diminution de l'incidence des lésions dues à la pression et des déchirures cutanées.

Les principales lacunes et les principaux défis en matière de recherche sont les suivants :

- disparités entre les populations : bien que les personnes âgées soient plus exposées aux problèmes d'intégrité cutanée, seules deux des 17 études de recherche originales se sont concentrées sur cette population. Une lacune similaire existe en ce qui concerne les patients souffrant de lésions de la moelle épinière et de maladies vasculaires ;
- soins de fin de vie : ils restent peu étudiés, avec peu de recherches sur les stratégies holistiques et centrées sur le patient qui respectent les préférences individuelles ;
- limites méthodologiques : l'hétérogénéité des méthodes et des mesures des résultats constitue un obstacle à la réalisation d'une méta-analyse ;
- autogestion : il y a un manque d'études portant sur les résultats cliniques et un besoin de recherche sur les techniques de changement du comportement.

En ce qui concerne les obstacles du point de vue de l'industrie, il existe plusieurs exigences réglementaires pour accéder au marché. Il existe des obstacles financiers, des problèmes de remboursement et des coûts liés aux preuves cliniques. En outre, les protocoles et les traditions établis ne facilitent pas l'introduction de nouveaux produits.

La protection de l'intégrité de la peau des nouveau-nés et des enfants peut poser des problèmes particuliers : microbiote cutané, fragilité, immaturité, éventuellement faible poids à la naissance. Par conséquent, la peau

pédiatrique, en particulier en milieu hospitalier en raison de causes iatrogènes, peut présenter des lésions consécutives à la fragilité, telles que des déchirures cutanées et des ulcères de pression, comme chez les personnes âgées. Par conséquent, il convient de mettre en place ensembles de mesures de protection et de soins de la peau dès la naissance.

La rapidité des changements histologiques cutanés liés à l'âge est très hétérogène. Le processus de vieillissement, mais également les comorbidités (notamment les médicaments tels que les corticostéroïdes) auront un impact sur la perte d'épaisseur de la peau. Il faut stratifier le risque biologique de lésions cutanées chez les personnes âgées afin d'établir des mesures de prévention adéquates.

Si nous voulons que notre système reste viable, les soins doivent être dispensés autant que possible à domicile ou au sein de la communauté. L'hospitalisation à domicile est en augmentation et les équipes de soins communautaires devraient se concentrer sur l'intégrité de la peau. Les soignants doivent être formés par des infirmières spécialisées afin de prodiguer les meilleurs soins.

En conclusion, l'intégrité de la peau doit être un aspect fondamental des soins prodigués aux patients, car les conséquences de la négligence de la santé de la peau et les obstacles au maintien de l'intégrité de la peau auront un impact négatif sur la santé globale du patient et sur sa qualité de vie. Ces lésions dues à la fragilité ne doivent jamais être considérées comme « normales ».

Mes meilleurs conseils en matière de soins palliatifs chez la personne âgée

Intervenante : Marion Delannoy (France)

Les patients âgés ne veulent pas se sentir seuls et souffrir. Elles sont plus exposées aux effets indésirables des médicaments et il est essentiel de savoir quand les arrêter. Le traitement des plaies comprend principalement les ulcères de pression, les ulcères malins et les maladies artérielles périphériques.

La douleur est l'ennemi numéro 1 des patients. Pour la douleur nociceptive, les opioïdes à courte durée d'action et à libération prolongée sont efficaces. En ce qui concerne la douleur neuropathique, il convient de prescrire des gabapentinoïdes (gabapentine > prégabaline) ou des antidépresseurs

tricycliques (amitriptyline). En outre, des approches non pharmacologiques doivent être envisagées (ergothérapie, psychologie).

L'ennemi numéro 2 est l'anxiété, qu'elle soit aiguë ou chronique. En plus des benzodiazépines, on doit envisager les antidépresseurs en cas d'anxiété chronique. L'accompagnement psychologique et l'implication des proches sont également utiles.

Pour lutter contre les mauvaises odeurs, l'utilisation de pansements à la cannelle ou de litière pour chat dans la chambre sont de bonnes solutions.

Les points à retenir en ce qui concerne les soins palliatifs des plaies chez la personne âgée sont les suivants :

- les soins palliatifs ne sont pas synonymes de fin de vie ;
- l'absence de douleurs doit toujours être la priorité absolue ;
- l'objectif du traitement des plaies doit consister à éviter d'aggraver la situation ;
- il convient d'éviter une sous-utilisation et une mauvaise utilisation des médicaments ;
- faites confiance au travail d'équipe ;
- écoutez le patient ;
- sortez des sentiers battus, soyez créatifs ;
- n'oubliez pas la famille du patient.

Quelle stratégie pour le traitement des plaies chez les patients atteints de démence ?

Intervenante : Emma Candas (France)

Les patients atteints de démence ont besoin de soins spécifiques. La démence représente un défi constant dans notre pratique clinique quotidienne. Dans le contexte de la démence, les troubles du comportement peuvent produire ou aggraver les plaies. L'aidant doit rester attentif à la prévention, qui est essentielle. Il convient de trouver un équilibre entre la protection et le respect du patient.

Il peut être utile de mettre en place des stratégies de détournement de l'attention pendant le changement des pansements, par exemple en donnant au patient un morceau de pain à tenir dans sa main.

De plus, lorsqu'il n'est pas possible d'empêcher le patient de bouger, on peut changer le pansement tout en marchant.

Soyez créatifs.

Pourquoi cette plaie présente-t-elle des calcifications ?

Intervenante : Hester Colboc (France)

Lorsque l'on retrouve un os dans le lit d'une plaie, il peut s'agir de l'os du patient (normal ou pathologique) ou de calcifications ectopiques (métastatiques ou dystrophiques).

L'auteure s'est penchée sur les calcifications dystrophiques fréquentes, en réalisant une étude rétrospective dans un seul centre, publiée en 2022 dans le Journal of the Gerontological Society of America, qui propose la description clinique, la morphologie et la caractérisation chimique des ulcères de jambe calcifiés chez les patients âgés. 143 patients ont été inclus, dont 10 (7 %) présentaient des ulcères de jambe calcifiés. Les ulcères calcifiés et non calcifiés ont été comparés (analyse structurelle et chimique) par microscopie électronique à balayage et spectroscopie infrarouge/spectrométrie de fluorescence des rayons X. On a pu constater que les ulcères de jambe calcifiés chez les patients âgés se caractérisent par la présence de calcifications dystrophiques dans le lit de l'ulcère. Sur le plan clinique, ces ulcères sont souvent associés à une insuffisance veineuse chronique et sont plus susceptibles d'être colonisés par des bactéries telles que *Pseudomonas aeruginosa*. Ils présentent généralement une guérison prolongée et peuvent s'accompagner d'une hypercalcémie. Sur le plan morphologique, les calcifications de ces ulcères sont constituées d'apatite phosphocalcique et sont souvent associées à la présence de zinc. Les dépôts calcifiés peuvent être identifiés à l'aide de la microscopie électronique à balayage, qui révèle des sphères lacunaires et des fibrilles entremêlées correspondant à des empreintes de bactéries et de biofilms. Ces résultats suggèrent l'implication de micro-organismes et d'un processus inflammatoire dans la formation des calcifications dystrophiques.

Sur le plan histopathologique, ces calcifications peuvent être confirmées par diverses techniques de coloration telles que la coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, la coloration de Von Kossa. On les retrouve généralement dans le tissu sous-cutané et elles peuvent être associées à une nécrose et à une inflammation chronique.

En ce qui concerne le traitement de ces calcifications, il convient, si possible, de les exciser pour favoriser la cicatrisation. Cependant, les calcifications

dystrophiques représentent un enjeu thérapeutique chez ces patients car, dans plusieurs cas, elles concernent de grandes surfaces.

Ulcère hypertensif de Martorell : diagnostic et traitement conservateur

Intervenante : Tanja Planinšek Ručigaj (Slovénie)

Différents cas ont été présentés afin d'illustrer les défis posés par le diagnostic et le traitement des patients atteints de l'ulcère de la jambe de Martorell.

Le diagnostic de l'ulcère de Martorell est avant tout clinique et s'appuie sur les antécédents médicaux du patient en matière d'hypertension et sur l'aspect caractéristique des ulcérations. Les lésions sont généralement bien définies, avec des bords irréguliers et une base nécrotique, souvent accompagnées d'un érythème et d'un œdème. Il est important de différencier l'ulcère de Martorell d'autres affections, telles que les ulcères veineux et le pyoderma gangrenosum, au moyen d'une évaluation clinique et, si nécessaire, d'une biopsie cutanée.

La prise en charge de l'ulcère de jambe de Martorell nécessite une approche à plusieurs niveaux, qui s'attaque à l'hypertension sous-jacente, le cas échéant. Les soins conservateurs classiques passent souvent par le contrôle de la pression artérielle, le soin des plaies et la prévention des infections.

Les cas présentés ont démontré la stratégie de l'hydrogel et de l'alginate pour favoriser le débridement des plaques nécrotiques et les avantages de l'utilisation du thiosulfate de sodium, un agent aux propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires. Il a été démontré que le thiosulfate de sodium améliore la cicatrisation des plaies en favorisant la formation de collagène et en réduisant la réponse inflammatoire dans les ulcères chroniques.

Le thiosulfate de sodium est généralement administré par voie topique ou par voie systémique. On a constaté que les applications topiques diminuent la douleur et accélèrent la guérison en réduisant le stress oxydatif dans les tissus concernés. L'administration systémique peut être envisagée dans les cas graves, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour établir la posologie optimale et les protocoles thérapeutiques.

Plaie nécrotique aiguë : couper ou ne pas couper ?

Intervenant : Jesse Karppinen (Helsinki)

Les plaies nécrotiques aiguës se développent normalement de façon rapide et le plan de traitement dépend des étiopathologies.

La première question à se poser pour évaluer la nécrose d'une plaie pourrait être la suivante : le tissu nécrosé a-t-il un contact intact avec le tissu environnant ?

- Oui, la nécrose est sèche : elle peut être conservée, comme un pansement physiologique.
- Non, il s'agit d'une nécrose de liquéfaction : elle peut être envahie par des bactéries et il faut envisager le débridement.

En ce qui concerne le diagnostic, il convient tout d'abord d'exclure les causes habituelles. La question à se poser obligatoirement pourrait être la suivante : sommes-nous en présence d'une plaie habituelle ? Est-elle due à une insuffisance artérielle ? à un diabète ? à la pression ? à une infection ? Ou, au contraire, s'agit-il d'une étiologie atypique ? Sa localisation est-elle insolite ? A-t-elle été précédée d'un livedo ? d'une réaction de pathergie ? Y a-t-il des vésicules, des bulles ou des pustules ? Il faut étudier le patient dans son ensemble. Posez des questions sur les comorbidités, l'immunosuppression, les médicaments, les voyages, les comportements à risque.

Avant de se munir d'un couteau, il faut s'arrêter, écouter, interroger le patient, regarder, toucher, établir un diagnostic de suspicion et mettre en place un plan de traitement.

Cas cliniques complexes : le rôle de l'approche interdisciplinaire

Intervenante : Alessandra Michelucci (Italie)

La prise en charge du syndrome de pyoderma gangrenosum-acné-hidradénite suppurée (PASH) est complexe et nécessite souvent une approche multimodale. Les principales modalités thérapeutiques reposent sur l'utilisation de produits biologiques, de corticostéroïdes et d'antibiotiques. Un cas de syndrome PASH complexe a été présenté, soulignant son impact important sur la qualité de vie.

Un algorithme de l'approche combinée des dermatologues pour cette maladie a été présenté.

Le traitement local dépend de l'activité de la maladie :

- HS active : corticostéroïdes, clindamycine, pansements antimicrobiens, pansements absorbants, traitement de la peau périlésionnelle ;
- PG actif : corticostéroïdes, débridement enzymatique, pansements absorbants, pansements non adhérents.

En ce qui concerne la prise en charge systémique, pour les lésions actives, il est recommandé de recourir à une thérapie biologique (anti-TNF α , anti-IL-23-17, anti-IL-1) associée à des médicaments immunosuppresseurs (corticostéroïdes, cyclosporine) et à des antibiotiques (doxycycline, dapsons). Les antibiotiques, en particulier ceux qui ont des propriétés anti-inflammatoires, peuvent être bénéfiques. Une antibiothérapie ciblée a permis d'induire une rémission dans des cas réfractaires de syndrome PASH.

Dans certains cas, le traitement des affections sous-jacentes ou des comorbidités peut conduire à une amélioration du syndrome PASH.

Globalement, la prise en charge du syndrome PASH doit être individualisée, en tenant compte de la sévérité de la maladie, des comorbidités du patient et de la réponse aux traitements antérieurs. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir des directives thérapeutiques standardisées pour cette maladie rare.

L'intervenante a souligné la nécessité d'une approche multidisciplinaire impliquant spécialistes de la douleur, nutritionnistes, psychologues, spécialistes des maladies infectieuses, gastro-entérologues, rhumatologues et chirurgiens.

Greffe à l'emporte-pièce : sélection des patients pour d'excellents résultats

Intervenante : Elena Conde (Espagne)

La greffe à l'emporte-pièce est une technique simple et efficace, réalisable en ambulatoire, pour favoriser l'épithélialisation.

La présentation s'est concentrée sur les cas où la greffe à l'emporte-pièce est particulièrement indiquée, en soulignant tout d'abord que cette technique ne nécessite pas un lit de plaie optimal et qu'elle aura un effet analgésique rapide, en plus de favoriser la fermeture de la plaie. L'accent a été mis sur le

fait d'espacer les changements de pansements et l'importance d'éviter le nettoyage afin de ne pas endommager le micro-environnement favorisant l'épithélialisation.

La greffe à l'emporte-pièce sera indiquée pour favoriser l'épithélialisation d'une plaie une fois son traitement étiologique initié. Cependant, dans les cas palliatifs, tels que les ulcères artériels qui ne peuvent pas être revascularisés ou qui ne sont pas candidats à l'amputation, il peut s'agir d'une alternative, en particulier pour réduire la douleur.

Les cas dans lesquels la greffe à l'emporte-pièce est particulièrement indiquée, en tant que traitement précoce, sont les ulcères dus à l'artériolosclérose, l'ulcère « mixte » (ulcère de jambe à prédominance veineuse avec un certain degré d'artériopathie), les ulcères de jambe veineux stagnants, l'atrophie blanche, les ulcères de jambe veineux récurrents, les ulcères avec tendon exposé qui ne sont pas candidats à un lambeau, les ulcères atypiques tels que le pyoderma gangrenosum ou la vascularite qui ne présentent plus de signes d'inflammation.

Pour favoriser l'attachement du greffon dans les lits de plaies préparés, avec un lit de plaie sous-optimal ou sur un tendon, le traitement par pression négative est recommandé. C'est également le cas lors de la greffe de plaies situées à d'autres endroits que la jambe, comme l'abdomen.

Il peut être nécessaire de répéter la procédure plusieurs fois jusqu'à ce que l'épithélialisation soit complète. Même si le greffon n'est pas attaché au lit de la plaie, il sera bénéfique en raison de la libération de facteurs de croissance et de cellules.

Que faire lorsque les patients atteints de pyoderma gangrenosum ont besoin d'une intervention chirurgicale ?

Intervenante : Iulia Negulet (Roumanie)

Dans le cas du pyoderma gangrenosum, un diagnostic précoce est essentiel pour éviter le recours inutile aux antibiotiques et des interventions chirurgicales délétères. En outre, une approche multidisciplinaire permet d'optimiser les résultats.

Deux questions controversées ont été abordées au cours de l'exposé :

- La décision de prescrire un traitement immunosuppresseur prophylactique avant une intervention chirurgicale chez un patient ayant des antécédents de pyoderma gangrenosum (PG) : le PG est connu pour son phénomène de pathergie, où des traumatismes mineurs, y compris des interventions chirurgicales, peuvent déclencher de nouvelles lésions ou exacerber des lésions existantes.

Plusieurs rapports de cas et revues étayaient l'utilisation de corticostéroïdes prophylactiques pour réduire ce risque. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la prise en charge périopératoire optimale, les corticostéroïdes prophylactiques sont souvent utilisés pour prévenir la progression de la maladie après l'opération. La dose prophylactique optimale n'a pas été étudiée.

- Le moment de l'arrêt de l'immunosuppression après l'épithélialisation complète du pyoderma gangrenosum : bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la durée du traitement, pour éviter la précipitation liée à une poussée soudaine de PG, les corticostéroïdes/la ciclosporine peuvent être diminués lentement sur plusieurs mois, sous surveillance étroite.

Compression et pathologies dermatologiques et compression dans le pyoderma gangrenosum

Intervenant·e·s : Joachim Dissemond (Allemagne) et Valentina Dini (Italie)

L'hypothèse est que l'effet de la thérapie par compression sur la microcirculation, le drainage veineux et lymphatique et l'inflammation est l'élément qui justifierait son indication dans diverses pathologies dermatologiques inflammatoires. En effet, en prévenant l'hypertension capillaire et en réduisant par conséquent les médiateurs inflammatoires, la thérapie par compression peut permettre de traiter et de prévenir les complications cutanées consécutives à l'œdème.

Bien qu'il existe très peu de publications sur la thérapie par compression dans les dermatoses inflammatoires des jambes, de nombreux experts recommandent son utilisation dans différentes pathologies inflammatoires.

Dans la pratique clinique quotidienne, nous observons que certaines dermatoses inflammatoires généralisées sont beaucoup plus persistantes et

prononcées au niveau des jambes que dans d'autres régions anatomiques. Par exemple, les plaques de psoriasis sont souvent particulièrement réfractaires au traitement par rapport à d'autres zones du corps touchées. Bien que la cause ne soit pas claire, l'hypothèse a été émise selon laquelle l'inflammation entraîne une tendance accrue à l'œdème, de sorte que la résolution de la réaction inflammatoire serait ralentie par la stase veineuse. Cependant, le bénéfice de la thérapie par compression n'a pas été prouvé.

En ce qui concerne la vascularite, la thérapie par compression peut améliorer la réponse thérapeutique et la réduction de l'immunosuppression systémique.

En ce qui concerne la vasculopathie livédoïde, compte tenu de l'occlusion thrombotique des vaisseaux cutanés qui se produit, elle pourrait, en plus de favoriser la cicatrisation, prévenir les récives, selon les recommandations des experts. En ce qui concerne le pyoderma gangrenosum, malgré le peu d'études réalisées, les experts s'accordent à dire que les patients tirent un bénéfice de la thérapie par compression en raison de son action anti-inflammatoire. Elle peut réduire la douleur, atténuer les odeurs et favoriser la diminution des corticostéroïdes. Des conseils continus et l'adhésion au traitement sont essentiels, ainsi que le fait de débiter avec une faible pression afin de favoriser l'adhésion. Il faut commencer la thérapie par compression avant que l'apparition de l'inflammation cutanée.

Les experts recommandent également la thérapie par compression dans la nécrobiose lipoïdique, et des cas ont été publiés pour illustrer ses bénéfices dans d'autres pathologies, telles que l'érythème noueux.

Quelle est la pression recommandée par les experts pour ces affections cutanées ? Souvent, 20 mmHg suffisent pour réduire l'œdème et, comme ce niveau de pression est moins douloureux, cela peut favoriser l'adhésion.

Deux articles de synthèse intitulés « Compression therapy in Dermatology » (en anglais et en espagnol) viennent d'être publiés.

Au cours de la discussion, il a été indiqué que certaines maladies inflammatoires de la peau, telles que la pemphigoïde bulleuse, peuvent se manifester par un phlébolympheœdème dans un environnement local altéré. La pathogénie peut impliquer des facteurs tels qu'une circulation lymphatique lente, une perméabilité capillaire accrue et un dépôt d'anticorps localisé, bien que le mécanisme exact reste flou.

Panel : le nettoyage des plaies et son importance

Intervenant·e·s : Elena Conde (Espagne) et Julian-Dario Rembe (Allemagne)

Le nettoyage est considéré comme une étape fondamentale dans le traitement des plaies afin d'éliminer les débris, les bactéries et autres contaminants qui peuvent entraver la cicatrisation et augmenter le risque d'infection. Même s'il existe un débat sur les solutions et les techniques de nettoyage optimales, le consensus s'établit sur le fait que le nettoyage est essentiel pour tous les types de plaies afin de favoriser la cicatrisation et de prévenir l'infection. Toutefois, cette recommandation est-elle fondée sur des preuves ou s'agit-il d'un simple rituel ?

Elena Conde, qui vient de publier un article sur les rituels dans la cicatrisation des plaies dans l'International Wound Journal, soutient que les plaies ayant une évolution favorable n'ont peut-être pas besoin d'être nettoyées et débridées lors des changements de pansement, et que ces derniers doivent être espacés afin de ne pas altérer le micro-environnement favorable à la cicatrisation. De plus, les croûtes font partie de l'épithélialisation physiologique, et non de la saleté, et doivent être conservées en l'absence de signes d'infection, afin de protéger le nouvel épiderme. En outre, les mucosités comprennent non seulement des tissus dénaturés, mais aussi des protéines viables, et il n'existe aucune preuve dans les ulcères de jambe en faveur d'un débridement pour accélérer la cicatrisation des plaies. Un nettoyage et un débridement excessifs peuvent altérer le processus de cicatrisation.

D'autre part, M. Rembe a affirmé que le nettoyage et le débridement étaient essentiels en présence de tissu nécrotique et de biofilm et que l'hygiène des plaies devait être considérée comme la première étape du traitement en vue de prévenir l'infection et favoriser la cicatrisation.

Les deux intervenants ont convenu de la nécessité d'adapter la stratégie de prise en charge à chaque patient. Un traitement étiologique adéquat est essentiel et, en particulier dans le cas des ulcères de jambe veineux, peut suffire à favoriser la cicatrisation des plaies, indépendamment du traitement local. Ils ont également convenu de la nécessité de mener davantage de recherches comparant différents produits nettoyants et techniques de nettoyage afin de mieux contrôler et homogénéiser leur utilisation dans la pratique clinique.

Cette discussion a abouti à la conclusion qu'un essai clinique devrait être réalisé dans les centres des deux intervenants afin de déterminer les avantages réels du nettoyage des plaies.