



Journées CICATRISATIONS

2026

Comptes rendus rédigés par Dr Hester Colboc, dermatologue, Hôpital Rothschild Paris

PLAIES ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : UNE APPROCHE HOLISTIQUE CENTREE SUR LE PATIENT

La douleur liée aux plaies constitue un enjeu majeur de santé, encore trop souvent sous-évalué et insuffisamment pris en charge. Nathalie Colin, infirmière diplômée d'État, et Marion Delannoy, médecin, toutes deux exerçant au sein de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris, proposent une réflexion approfondie sur la prise en charge de cette douleur, en s'appuyant sur une approche globale, multimodale et centrée sur le patient. Les objectifs de cette présentation sont de redécouvrir la nature multidimensionnelle de la douleur liée aux plaies, de savoir l'évaluer de manière adaptée et d'intégrer des stratégies de prise en charge holistiques, fondées sur les données de la littérature.

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. Elle ne se limite pas à une simple sensation physique, mais comporte des dimensions sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales. La douleur est également influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ce qui en fait une expérience profondément subjective. Cette complexité explique la grande variabilité interindividuelle et justifie l'absence de réponse standardisée unique dans sa prise en charge.

La douleur liée aux plaies est très fréquente : environ 74 % des patients rapportent une douleur modérée à sévère lors des soins. Pourtant, elle reste largement sous-évaluée et sous-traitée. Ses conséquences sont multiples :

altération de la qualité de vie, troubles du sommeil, limitation de la mobilité, isolement social et retentissement important sur la santé mentale. Par ailleurs, la douleur n'est pas seulement une conséquence de la plaie, elle peut également en retarder la cicatrisation. Une prise en charge antalgique adaptée permet ainsi d'améliorer la qualité de vie, l'adhésion du patient aux soins et l'efficacité des gestes de nettoyage et de détersions, favorisant indirectement la cicatrisation.

L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à toute prise en charge efficace. Elle commence dès la première rencontre, avant même l'examen de la plaie. Il est essentiel d'interroger le patient sur son histoire, ses besoins, ses craintes et ses souffrances. La douleur doit ensuite être analysée de façon précise : moment d'apparition, caractère constant ou paroxystique, lien avec les soins, intensité, fréquence, facteurs déclenchants ou soulageant. Sa nature doit être caractérisée (nociceptive, neuropathique, procédurale), en éliminant notamment une cause infectieuse ou inflammatoire.

L'évaluation doit être systématique et répétée avant, pendant et après les soins, en adaptant l'outil au patient et à la situation clinique. Les échelles unidimensionnelles (EVA, échelle numérique, échelle verbale), le DN4 pour la douleur neuropathique, l'Algoplus chez les patients non communicants peuvent être utilisés.

La World Union of Wound Healing Societies distingue plusieurs types de douleurs associées aux plaies : douleur de fond, douleur procédurale, douleur incidente, douleur neuropathique et douleur influencée par des facteurs psychosociaux. Chaque type de douleur nécessite des stratégies spécifiques.

La douleur nociceptive est liée à la stimulation des nocicepteurs en réponse à une lésion tissulaire. Elle est fréquente dans les plaies aiguës et chroniques inflammatoires, et peut être majorée par l'infection, l'ischémie, l'oedème ou la macération. La douleur neuropathique résulte d'une atteinte des fibres nerveuses périphériques, notamment en cas de diabète, d'ischémie ou d'inflammation chronique. Elle est souvent indépendante de l'aspect visible de la plaie, sous-diagnostiquée et peu sensible aux antalgiques classiques, nécessitant des traitements spécifiques. La douleur procédurale, liée aux soins eux-mêmes, doit être prise en charge de façon optimum pour permettre la réalisation de soins de qualité.

La prise en charge de la douleur repose sur une planification rigoureuse des soins, une coordination de l'équipe et une installation adaptée du patient. La pré-médication doit être anticipée en tenant compte du délai d'action des différents traitements (antalgiques per os, IV, SC, MEOPA, anesthésiques locaux). Le choix des traitements médicamenteux dépend du type de douleur. Les antalgiques non opioïdes, les opioïdes faibles ou forts, les traitements adjuvants (antidépresseurs, antiépileptiques, antagonistes NMDA) doivent être utilisés de manière raisonnée, en tenant compte des interactions médicamenteuses, notamment via les cytochromes hépatiques. L'anxiété joue un rôle majeur dans l'intensité de la douleur. Les benzodiazépines peuvent être utilisées, en

privilégiant la voie orale, et les demi vie courte, dans une approche visant à réduire l'angoisse associée aux soins.

Le pansement constitue la « touche finale » du soin. Son choix doit prendre en compte la gestion des exsudats, la colonisation bactérienne, le confort au port et au retrait, ainsi que la protection de la peau péri-lésionnelle. Enfin, au-delà des médicaments, de nombreuses approches non médicamenteuses peuvent compléter la prise en charge : hypnose thérapeutique, toucher-massage, utilisation du chaud ou du froid, musique, casque de réalité virtuelle.

En conclusion, la prise en charge de la douleur liée aux plaies doit être globale, régulière et centrée sur le patient. Une approche holistique améliore non seulement la qualité de vie, mais aussi la qualité des soins et parfois la cicatrisation elle-même. Il est essentiel de ne pas négliger les dimensions éducatives, psychosociales et relationnelles, tant pour les patients que pour les proches et les soignants. L'intégration systématique de la douleur dans les parcours de soins des plaies constitue un enjeu majeur.

GESTES CHIRURGICAUX REALISES PAR DES NON-CHIRURGIENS

Intervenants :

Dr Chloé GERI (Cicat-Occitanie)

Océane PAGNI (AP-HP)

Cette présentation porte sur la réalisation de gestes chirurgicaux dans le champ des plaies et de la cicatrisation par des professionnels non-chirurgiens.

Dès l'introduction, le Dr Chloé GERI insiste sur un principe clé : l'absence de chirurgien ne signifie pas l'absence d'exigence chirurgicale. Ainsi, même lorsque les gestes sont réalisés hors bloc opératoire, les règles fondamentales doivent être respectées. Cela inclut le respect strict des indications, la reconnaissance des urgences chirurgicales, l'utilisation d'un matériel adapté, le respect des règles de stérilité, ainsi qu'une prise en charge antalgique appropriée (prémédication, anesthésie locale, MEOPA).

Il est rappelé que ces pratiques répondent à plusieurs objectifs majeurs. Elles permettent de réduire les délais de prise en charge, ce qui a un impact direct sur la cicatrisation, d'éviter certaines interventions au bloc opératoire (et donc des anesthésies générales ou des déplacements lourds), et de favoriser l'acceptation des soins par le patient, notamment les plus fragiles ou dépendants. Ces gestes doivent cependant s'inscrire dans un cadre organisé, anticipé et sécurisé.

La détersioration, qui consiste à retirer les tissus fibrino-nécrotiques, occupe une place centrale. Il est expliqué que ce geste permet d'évaluer le contexte global, de stabiliser la situation clinique et d'apprécier le bénéfice-risque d'un éventuel recours chirurgical. Concernant la place de l'IDE, il est souligné l'importance du travail en amont : orientation du patient vers une consultation spécialisée, recours à la télé-expertise, et parfois réalisation du geste en télé-assistance. Une prescription médicale est nécessaire, notamment pour les membres inférieurs où une évaluation vasculaire préalable est indispensable. La détersioration n'est le plus souvent pas une urgence et doit être réalisée au bon moment, parfois en plusieurs temps, avec une attention particulière portée à la douleur et à l'adaptation des pansements.

La greffe en pastilles est présentée comme un geste pouvant être proposé par l'IDE dans le cadre d'une indication validée médicalement. Le rôle infirmier comprend la préparation du site, la réfection et la surveillance des pansements, ainsi que le suivi de la prise de greffe. Les intervenantes insistent sur l'utilisation de pansements non secs et non collants, laissés en place plusieurs jours, et sur la vigilance lors de l'ouverture de la greffe afin de ne pas altérer les greffons. La surveillance du saignement et l'utilisation de pansements hémostatiques sont également essentielles.

La présentation se poursuit sur la prise en charge des hématomes disséquant, qui repose sur une évaluation rigoureuse de l'urgence, du volume, de la perte sanguine et du contexte de coagulation. Il est rappelé qu'en l'absence de prise en charge chirurgicale immédiate, il faut parfois savoir attendre et réévaluer l'aspect cutané et le volume régulièrement, avant de proposer une mise à plat « au bon moment ». L'IDE intervient dans la surveillance de l'évolution, l'orientation du patient, la participation en binôme à l'évacuation lorsque celle-ci est indiquée, et la réfection des pansements. La détersioration des caillots doit être progressive, avec parfois un recours secondaire à la thérapie par pression négative.

L'évacuation d'un abcès ne doit pas être différée afin d'éviter la diffusion septique. Le geste doit être bien organisé, encadré médicalement, avec une antibiothérapie adaptée et une surveillance clinique rapprochée. L'IDE joue un rôle clé dans l'évaluation initiale, la participation à la mise à plat, la gestion des pansements, l'irrigation si nécessaire et la surveillance de l'efficacité et de la tolérance des antibiotiques.

La présentation se poursuit sur les gestes de biopsie osseuse. Il est rappelé que, sauf cas particuliers, la prise en charge d'une ostéite doit se faire au bloc opératoire selon une séquence précise. Il n'y a pas d'intérêt à documenter une ostéite sans projet de couverture chirurgicale. Les prélèvements doivent être réalisés après un arrêt des antibiotiques d'au moins quinze jours. Le travail en

binôme IDE/médecin intervient dans l'évaluation de la plaie, le repérage du contact osseux, la réalisation du geste et la surveillance post-geste.

Par la suite, les gestes d'arthrectomie, de ténotomie et de retrait de calcifications ectopiques sont décrits. Ces gestes visent notamment à éviter certaines amputations, en particulier chez les patients présentant un pied neuropathique non ischémique. Ils nécessitent une évaluation précise du contexte, du projet de vie du patient et une observance stricte des consignes post-opératoires (immobilisation, décharge, chaussage adapté).

En conclusion, cette présentation rappelle que la clé réside dans la stabilisation de la situation, l'évaluation rigoureuse des indications, la préparation du geste et surtout le respect du bon timing. En l'absence de chirurgien, il est essentiel de savoir évaluer, s'entourer des bons acteurs... et ne pas se presser

PLAIES DU VISAGE : REGARDS CROISES ET PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES

Les plaies du visage représentent un enjeu médical majeur, en raison de la complexité anatomique de cette région, de la présence de structures nobles et de l'impact fonctionnel, esthétique et psychologique qu'elles impliquent. Leur prise en charge nécessite une approche pluridisciplinaire, mobilisant des compétences issues de la gériatrie, de la chirurgie plastique, de l'ORL, des soins infirmiers spécialisés, de la médecine vasculaire et de la traumatologie maxillo-faciale.

Plaies du visage liées aux dispositifs médicaux

Dr Nathalie Faucher – Gériatrie, Hôpital Bichat (Paris)

Les plaies du visage liées à l'intubation orotrachéale (IOT) sont particulièrement fréquentes chez les patients hospitalisés en réanimation. Le Dr Nathalie Faucher a présenté les résultats d'une étude chinoise portant sur 420 patients intubés, montrant que 43 % d'entre eux développaient une escarre de stade 2. Ces lésions touchaient principalement la lèvre supérieure ou inférieure, la langue ou les commissures labiales, avec parfois des atteintes multiples. Le délai d'apparition était relativement court, compris entre 4 et 6 jours.

Parmi les facteurs de risque identifiés figuraient la présence d'une bactériémie et

l'utilisation de blocs de morsure rigides. La prévention repose essentiellement sur la formation renforcée des soignants de réanimation, avec une attention particulière portée à l'inspection régulière de la cavité buccale et du tégument. Il est recommandé de mettre en place des soins de bouche adaptés, de positionner les dispositifs avec précaution et de privilégier des blocs de morsure en silicone ou en compresses plutôt que rigides. L'utilisation de pansements protecteurs ou prophylactiques, tels que les mousses de polyuréthane ou les hydrocolloïdes, est également encouragée. Ces mesures s'inscrivent dans les recommandations de la NPIAP 2024 concernant les bonnes pratiques de prévention des lésions de pression liées aux dispositifs médicaux (MRPU).

Brûlures de la face : urgence vitale et suivi au long cours

Pr Franck Duteille – Chirurgie plastique, CHU de Nantes

Le Pr Franck Duteille a rappelé que les brûlures de la face sont fréquentes, potentiellement mortelles en phase aiguë et souvent responsables de séquelles importantes. Leur prise en charge doit être spécialisée, et il est essentiel de ne jamais faire de promesse quant au résultat esthétique final.

L'évaluation initiale doit systématiquement inclure un avis ophtalmologique ainsi qu'une analyse de l'atteinte respiratoire, en raison du risque de dyspnée secondaire lié à l'oedème et aux brûlures des voies aériennes supérieures. Il est également indispensable d'examiner le conduit auditif externe à la recherche d'un saignement, pouvant évoquer un blast associé à la brûlure, avec un risque concomitant de pneumothorax.

Au-delà des aspects somatiques, ces brûlures sont associées à une peur majeure chez les patients : le syndrome de défiguration. La prise en charge est globalement similaire à celle des brûlures d'autres localisations, mais chez les grands brûlés, le visage et les mains sont toujours prioritaires. L'utilisation de substituts dermiques permet d'éviter que la greffe cutanée n'adhère directement aux plans profonds. Un suivi prolongé est indispensable afin d'évaluer l'évolution des séquelles fonctionnelles et esthétiques.

Tumeurs de la tête et du cou : reconstruction et cicatrisation

Dr Nathalie Badois – Chirurgie ORL, Institut Curie (Paris)

Les tumeurs de la tête et du cou soulèvent des enjeux fonctionnels majeurs, notamment en raison de l'atteinte possible des voies aérodigestives supérieures (VADS), mais aussi des problématiques esthétiques, en particulier pour les tumeurs cutanées. Le Dr Nathalie Badois a évoqué différentes localisations tumorales : tumeurs orbitaires, thyroïdiennes, des glandes salivaires, ainsi que les tumeurs des VADS, majoritairement des carcinomes épidermoïdes. Les principaux facteurs de risque sont l'alcool et le tabac, avec un rôle de plus en plus identifié du HPV. Ces tumeurs peuvent être localisées dans la cavité buccale et poser des défis reconstructifs variables selon la localisation.

La reconstruction peut faire appel à des lambeaux locaux, pédiculés ou libres. Le choix dépend de plusieurs critères : nécessité ou non de reconstruire de l'os

(avec recours à la fibula), volume et surface à reconstruire, ainsi que la qualité des vaisseaux, notamment chez ces patients, souvent tabagiques. Les complications cicatricielles sont fréquentes et incluent l'échec de lambeau d'origine vasculaire, les désunions ou nécroses, les fuites salivaires (pharyngostomes, orostomes). En chirurgie onco-dermatologique, une attention particulière doit être portée à l'absence de traction, notamment sur la région palpébrale.

Pansements du visage et du cou : contraintes pratiques

Maxime Chéron – Infirmier Diplômé d’État, Institut Curie (Paris)

Les pansements du visage et du cou présentent de nombreuses contraintes mécaniques liées à la parole, la mastication, la déglutition et l'expression faciale. Une fois le pansement réalisé, il est essentiel de faire parler et manger le patient afin d'évaluer sa tolérance fonctionnelle.

La présence de poils, notamment de barbe, peut gêner l'adhérence des pansements et augmenter le risque infectieux. Il est recommandé de toujours laver la zone au préalable et de privilégier une tondeuse électrique plutôt qu'un rasoir, afin d'éviter les microcoupures. L'humidité, liée à la sueur et à la salive, est fréquente et peut rapidement saturer les pansements, imposant parfois plusieurs réfections quotidiennes. Les soins de la cavité buccale ne doivent pas être négligés, avec l'utilisation de bains de bouche réguliers. Pour limiter le risque hémorragique, des pansements hémostatiques peuvent être utilisés, associés à l'application de froid lors des soins (casque réfrigéré) et à un espacement des réfections. Enfin, certaines situations rendent la pose de pansement impossible (inconfort, gêne respiratoire, troubles neurocognitifs), rappelant que la perception du soin par le patient doit toujours primer, et conduisant parfois à laisser la plaie exposée.

Lésions vasculaires de la face et du cou

Dr Sandrine Mestre – Médecine vasculaire, Montpellier

Les lésions vasculaires de la face et du cou sont majoritairement bénignes. L'hémangiome est la tumeur vasculaire la plus fréquente, touchant environ 5 % des nouveau-nés, avec une régression spontanée dans 90 % des cas.

L'abstention thérapeutique est le plus souvent recommandée, sauf en cas de gêne fonctionnelle (oeil, bouche), où le propranolol constitue alors un traitement de référence, mieux toléré et plus efficace que les corticoïdes per os.

Les malformations veineuses sont les plus fréquentes des malformations vasculaires, se présentant sous forme tronculaire ou extratronculaire. Lorsqu'elles touchent la lèvre, le risque de plaie est élevé en raison de l'augmentation de volume et des traumatismes répétés avec les dents. La compression est souvent difficile, mais des options comme l'embolisation ou, plus récemment, des thérapies ciblées telles que le sirolimus peuvent être envisagées. L'angiome plan, souvent médio-frontal, peut s'épaissir à l'âge adulte et devenir source de

préjudice esthétique, justifiant un traitement par laser à colorant pulsé. Les anomalies lymphatiques, fréquemment localisées à la tête et au cou, sont particulièrement complexes à prendre en charge dans leurs formes microkystiques, avec un intérêt croissant, là aussi, pour les thérapies ciblées.

Pièges en traumatologie de la face

Dr Alicia Nuffer – Chirurgie maxillo-faciale, Caen

En traumatologie de la face, certaines plaies peuvent paraître impressionnantes tout en suscitant une crainte majeure de cicatrice visible chez le patient. Le Dr Alicia Nuffer insiste sur la vigilance nécessaire face aux plaies apparemment superficielles, qui peuvent masquer des atteintes profondes, notamment des lésions du nerf facial responsables de paralysies.

Les atteintes des voies lacrymales doivent être systématiquement recherchées par cathétérisme. Les plaies labiales nécessitent un réalignement précis entre lèvre blanche et lèvre rouge pour éviter les « marches d'escalier », inacceptables sur le plan esthétique. Il convient également de se méfier des fausses pertes de substance, parfois uniquement liées à des phénomènes de rétraction du lambeau traumatique. Enfin, les morsures exposent à un risque important de décollement sous-cutané, même lorsque la plaie paraît de petite taille, et d'inoculum bactérien, favorisant cellulites et complications infectieuses.

En conclusion, la prise en charge des plaies du visage exige une connaissance fine de l'anatomie, le respect des reliefs naturels et une vigilance constante face aux risques de rétraction cicatricielle et d'atteinte des structures profondes. Un suivi à long terme est indispensable, tant pour prévenir les complications que pour accompagner le patient dans les dimensions fonctionnelles, esthétiques et psychologiques de sa reconstruction.