

Actualité sur la prise en charge des plaies chroniques

Dr Damien Pastor, Dermatologie

Définition d'une plaie chronique

- Non cicatrisée après 6 semaines
- Qui ne diminue pas de taille (20-40%) en 2-4 sem, malgré un traitement approprié
- État inflammatoire persistant et pathologique

En Europe, la prévalence est de 1.51 pour 1000 habitants et elle monte à 3% pour les ulcères veineux chez les >65 ans.

L'impact financier représente 2-4% des dépenses de la santé en Europe. La qualité de vie est altérée par des douleurs, des troubles anxieux et de l'isolement.

Une étude récente incite à cette présentation. Publiée en 2022, elle analyse le retard diagnostic des plaies chroniques dans les soins de premier recours.

Elle montre que le retard n'est pas dû au patient (2j depuis l'apparition pour prendre RDV) ni à l'accès (8J pour avoir un RDV), mais qu'il est lié au temps jusqu'à la délégation à une équipe spécialisée pour le diagnostic (57J)

Évaluation systématisée d'une plaie - **CASE**

- **Cause:** diagnostic étiologique, facteurs de retard de cicatrisation (patient)
- **Asses:** Facteurs de retard de cicatrisation (plaie), TIMERS
- **Select:** Plan de traitement et soins de plaie
- (re-) **Evaluate:** Évolution dans le temps ± modification du plan de traitement

Diagnostiques étiologiques des ulcères de jambe

Pour les ulcères des membres inférieurs, 80% sont vasculaires (Veineux > artériels > mixtes) et 20% proviennent d'autres causes comme: Neuropathique, lymphatique, traumatique, infectieux, inflammatoire, tumoral,...



L'ulcère veineux provient d'une hyperpression sur un terrain à risque (TVP, varices, obésité..). Il est accompagné d'oedèmes alourdissant les jambes en fin de journée. Généralement localisé en péri-malléolaire, il est d'aspect superficiel, avec des bords réguliers, une taille variable, un fond fibrineux avec du tissu de granulation et un exsudat marqué.

La peau péri-lésionnelle présente des signes d'insuffisance veineuse chronique: télangiectasies, oedèmes, pigmentation, atrophie... Les pouls sont usuellement palpables et un US doppler permet de préciser l'étiologie et le plan de traitement.

L'ulcère artériel provient de l'ischémie tissulaire provoquée par de l'athérombose, sur un terrain de facteurs de risque cardiovasculaires. Il est accompagné de claudication intermittente, de douleurs en décubitus et en regard de l'ulcère.



Il est souvent retrouvé sur la face antéro-externe de la jambe, sur le talon ou le dos du pied, et en regard des proéminences osseuses. L'ulcère est creusant, exposant l'os et les tendons, avec des bords abrupts, de petite taille, nécrotique et sec.

La peau péri-lésionnelle peut donner des signes d'insuffisance artérielle: froide, dépilée, pâle en déclive...Le pouls est diminué ou absent, et l'index de pression systolique est abaissé. L'US doppler permet de poser le diagnostic.

Traitement

La thérapie compressive est la première ligne de traitement des ulcères veineux et mixtes. Les bandages multicouches sont équivalents à deux bas de contentions en termes de temps de cicatrisation et de récurrence. En aigu, il est possible de placer une compression ajustable à Velcro.

La compression accélère le temps de cicatrisation, diminue le taux de récurrence et est aussi recommandé pour les ulcères non veineux.

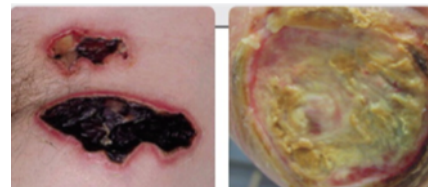
Facteurs de retard de cicatrisation (patient)

Très nombreux, il faut absolument les rechercher et les traiter au maximum

- FRCV: tabac, alcool, diabète...
- Comorbidités: malnutrition, anémie, maladies inflammatoires chroniques...
- Etat vasculaire/sensoriel: insuffisances des vaisseaux, oedème, neuropathie..
- Iatrogénie: Immunosuppresseurs, anti-inflammatoires, chimio, radiothérapie...
- Social: Finances, isolements, peine à suivre les instructions..

Facteurs de retard de cicatrisation (plaie) - **TIMES**

- **Tissue**
- **Infection/inflammation**
- **Moisture imbalance**
- **Edge of wound non-advancing**
- **Social and patient related**



Tissue

Débridement des zones nécrotiques et hautement fibrineuses pour accélérer la cicatrisation
Avant tout, doucher la plaie.

Du simple au complexe: Autolytique > >> chirurgical

Types	Description
Autolytique	Pansements milieu hydrorégulé (hydrocellulaire, alginate, hydrofibre)
Enzymatique	Enzymes (bromelain et collagenase)
Mécanique	Compresse avec fibres monofilaments
Biologique	Larvothérapie (mouche verte)
Hydrochirurgie	Jet eau haute pression
Curettage	Curette (coupant)
Chirurgical	Scalpel ± bloc opératoire

CAVE:

- Ischémie: le débridement provoque de l'inflammation qui étend la zone de nécrose
- Anticoagulation: + saignements = + de cautérisation = + dommages tissulaires
- Plaies atypiques et pathergie: *pyoderma gangrenosum*

Infection vs inflammation

Toute plaie chronique va d'abord être contaminée puis colonisée sans impact sur la cicatrisation, puis, selon la réponse du patient, il peut y avoir une infection locale à chronique.



La partie difficile est la détermination entre l'infection localisée ou en propagation, comme ici.

Le TILI score de 2021 comporte 6 signes cliniques indirects et 3 signes directs.

- ≤ 5 signes indirects ou 0 directs: contamination
→ pas d'antimicrobien → suivi clinique
- > 5 ou 1 direct: infection locale → antiseptiques (PVI, Ag+, PHMB) post débridement 1x/j pdt 2 sem et ré-évaluer à 2 semaines. PAS d'antibiotiques systémiques!
- Signes de sepsis, ADP, lymphangite...: propagation/infection systémique → antibiotiques systémiques et antiseptiques locaux.

Non-direct indication
Erythema to surrounding skin
Heat
Oedema, induration or swelling
Spontaneous pain or pressure pain
Stalled wound healing
Increased and/or change of colour or smell of exudate
Direct indication
Presence of wound pathogens
Surgical septic wound
Presence of free pus

Le frottis bactériologique se fait en cas de suspicion de bactéries multirésistantes ou pour guider l'antibiothérapie.

Moisture

Depuis 1962 il est connu qu'une plaie cicatrise plus vite sous pansement. Un environnement humide est favorable, mais trop d'humidité ralentit aussi la cicatrisation... il faut donc un milieu hygrorégulé.

Si la plaie est sèche, ajouter de l'hydrogel, si elle est trop humide, utiliser un pansement absorbant (hydrocellulaire > alginate > hydrofibre) ou hyperabsorbant.

Edges

Les bords de plaie sont un bon indicateur pour l'avancement de la cicatrisation.

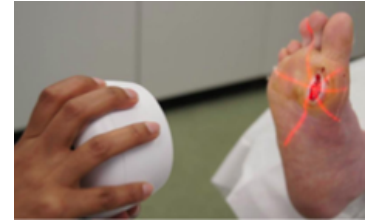
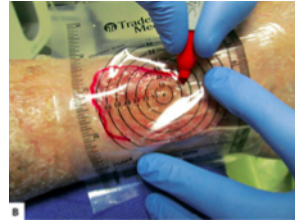
- Calleuses → débrider au scalpel
- Abruptes ou creusées → atones, ne guérissent pas
- A niveau → bon pronostic
- Surélevée → transformation maligne?



(re)-Evaluate

Mesurer la plaie, sa surface et profondeur, est essentiel pour le suivi. A la main, utiliser une règle et un coton-tige stérile comprend un biais de surestimation..

Dans les centres spécialisés, une planimétrie peut être faite à l'aide de calques, à travers des photos ou encore avec un appareil avec intelligence artificielle embarquée.



- Bon pronostic: - 20% à 2 sem ou - 40-50% à 4 sem → → cicatrisation à 12 sem.
- Mauvais pronostic: en dehors de ces paramètres, ré-évaluer les facteurs de retard, changer éventuellement de traitement et référer à un centre spécialisé.

Pour en savoir plus

Guidelines

- European Wound Management Association (EWMA)
- International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)
- International Wound Infection Institute (IWII)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)
- Association Suisse pour les soins de plaie (SAfW)

Formations

- HEdS-Genève: CAS/DAS Expertise en Soins de plaie
- European Association of Fellows in Wound Healing

Référez

Consultation plaie et cicatrisation
en Dermatologie (lu, Ma, Me, Je)

Avis urgent: garde 34491

dermatologie@hcuge.ch

dpao@hcuge.ch

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch

