



# La plaie en cancérologie

Emmanuelle Ducarouge-Nogueira  
Aurélie Grau

- La cicatrisation en cancérologie est étroitement liée à l'état général du patient, à ses antécédents et aux traitements dont il a bénéficié (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, multiples chirurgies)
- L'évolution de la cicatrisation de la plaie sera étroitement liée aux impératifs des divers traitements.

## I- La plaie chirurgicale

1. La plaie sèche et aseptique
2. La plaie drainée par un ou plusieurs drains de redon
3. Les complications post-opératoires
  - ✓ Le lymphocèle
  - ✓ L'hématome
  - ✓ L'infection
  - ✓ Les retards de cicatrisation

## II-La plaie tumorale et nodule de perméation

1. Définitions
2. La prise en charge

## III-La plaie radio-induite

1. Définitions
2. Mesures préventives
3. La radiodermite aiguë
4. La radiodermite chronique

# LA PLAIE CHIRURGICALE

# La plaie sèche aseptique

C'est une plaie fermée, stérile, sans sécrétion.



Mastectomie



Tumorectomie



Oncoplastie

Mastectomie  
reconstruction  
par LGD





Mastectomie Reconstruction Immédiate (MRI)

Les cicatrices peuvent être fermées par

- des fils résorbables en surjet intradermique  
L'ablation des boucles peuvent être réalisées à J15
- Des agrafes : ablation entre J15 et J21
- Des fils séparés non résorbables

Les modalités de retrait sont précisées sur les ordonnances de sortie.



## Ablation des boucles de surjet



# Les plaies drainées par un ou plusieurs redons

# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

Du fait des séjours courts ou de la chirurgie ambulatoire, le retour à domicile se fait avec un ou plusieurs drains

✓ Nombre, position et durée de maintien  variables selon le type de chirurgie



# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurille

Ces redons nécessitent une surveillance particulière :

- Aspect du liquide
- Quantité par 24H
- Aspiration
- Douleur

# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

- **A la sortie**
  - ✓ Le ou les drains sont fonctionnels (aspiratifs)
  - ✓ La quantité drainée doit diminuer
  - ✓ L'aspect des sécrétions va se modifier

**Séro-sanglant  
les premiers  
jours**



**Jaune citrin  
par la suite**

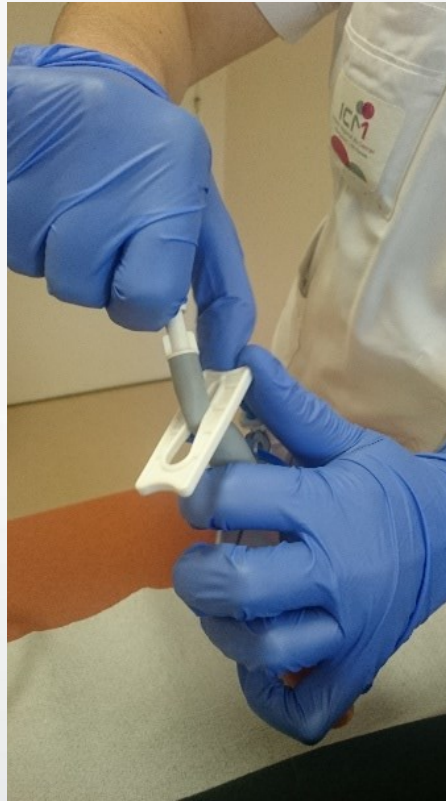


# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon

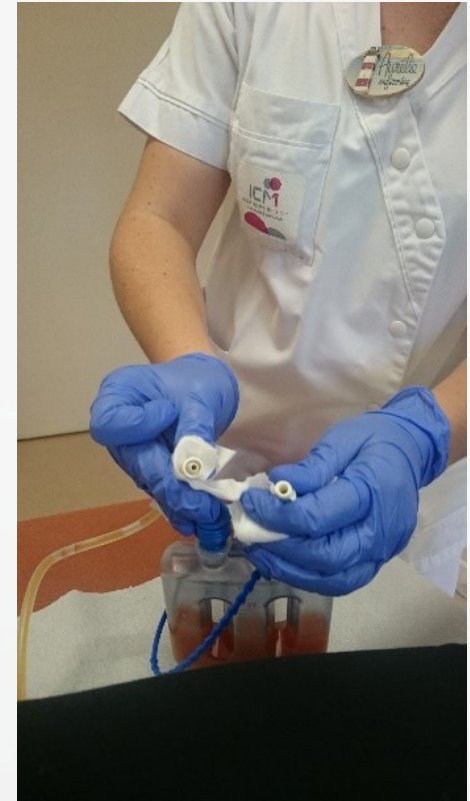
- Changement des flacons : **quotidiens** (fournis par l'ICM)
- Manipulation pour changement des redons :



**1.** Clamper la tubulure du drain



**2.** Clamper la tubulure du flacon de redon à changer



**3.** Désadapter la tubulure du flacon

# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



**4.** Désinfecter la tubulure  
et adapter le nouveau  
flacon



**5.** Dé-clamper la  
tubulure du drain



**6.** Dé-clamper celle du  
flacon

# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aureille

## Incidents:

- **Arrachage précoce du drain**

- Si gonflement ou douleur dans les 48h suivant l'arrachage : consultation aux SE.
- Si pas de gonflement ni de douleur : pas de modification du RDV donné.

- **Perte du vide**

- Si le redon reste fonctionnel, il peut rester en place mais celui-ci doit toujours être placé en déclive.
- Si le redon ne donne plus ou s'il apparaît un écoulement au niveau de la peau par l'orifice, il n'est plus fonctionnel, il doit être retiré.

- **Tubulure désadaptée au niveau de la jonction entre le drain et la tubulure du redon**

Ne pas réadapter la tubulure  risque infectieux

Contactez le service des Soins Externes ou l'interne de garde pour avoir la conduite à tenir.



# Les plaies drainées par un ou plusieurs drains de redon



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

## Ablation du redon lorsque :

- l'évolution des **cicatrices** est favorable et l'**aspect du liquide** est normal
- quantité (consignes précisées sur les ordonnances de sortie )
- en non aspiratif après désinfection de la zone.



# Les complications post- opératoires

# La lymphocèle

# La lymphocèle

Correspond à l'accumulation de lymphe au niveau du site opératoire, sur tout le trajet de la cicatrice notamment après un curage ganglionnaire axillaire ou inguinal.

La plaie reste fermée mais on note l'apparition progressive d'une tension au niveau de la peau.

Il faut néanmoins surveiller l'apparition d'un placard inflammatoire en regard de la cicatrice ou de fièvre qui doivent amener à consulter.



Cette complication sans gravité apparaît quelques jours après l'ablation des drains de redon.

Une ponction évacuatrice peut être nécessaire selon la gêne et le volume.



Avant la ponction



Après la ponction

# L'hématome

- **Complication immédiate ou précoce**

- ✓ Origine : rupture vasculaire
- ✓ Epanchement sanguin collecté au niveau de la zone opératoire
  - Risque de compression
  - Risque de désunion de cicatrice et souffrance tissulaire

- **Complication tardive**

1 raumatisme ou effort violent

- **Signes cliniques**

- ✓ Douleur intense
- ✓ Tension au niveau de la zone opérée
- ✓ Ecoulement de sang +++ dans les drains de redons

- **Hématome important**
  - ✓ Reprise chirurgicale immédiate
    - Arrêt saignement
    - Evacuer le sang accumulé





- **Hématome modéré**

- ✓ Evacué sans ré-intervention chirurgicale par ponction évacuatrice
- ✓ Arrêt du saignement par compression
- ✓ Résorption : quelques semaines (□ tissu fibreux cicatriciel), le sang attiré par la pesanteur va se disperser assez loin du site opératoire.



- Suites de complication par hématome

- ✓ SURVEILLANCE DE LA PEAU

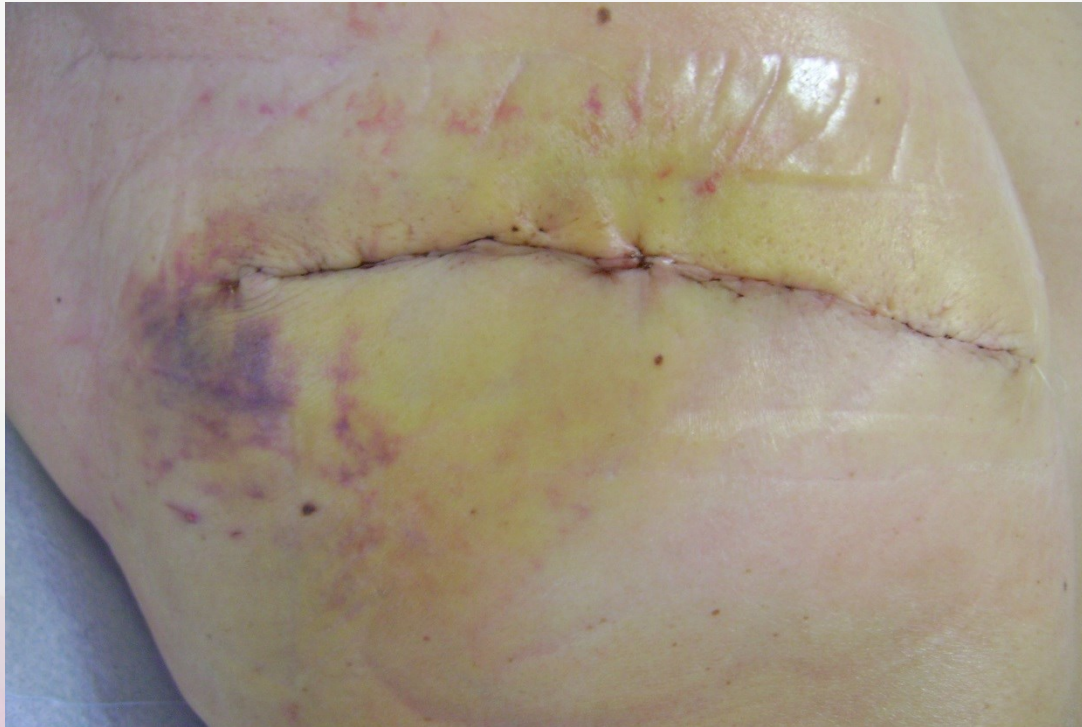
- Risque d'ischémie
- Risque infectieux

- ✓ SURVEILLANCE CICATRICE

- Adhérences
- Oedemes
- Hypertrophies



A ne pas confondre avec des **ecchymoses** qui peuvent apparaître sur la peau pendant quelques semaines, sans poche constitué





Institut régional du **Cancer**  
Montpellier | Val d'Aurelle

# L'infection

- **Complication la plus fréquente**
  - ✓ Attention particulière si matériel : prothèse, plaque
  - ✓ Contexte oncologique (chimiothérapie / radiothérapie)
- **Dans 2/3 cas**
  - ✓ Infection précoce (1 à 6 semaines post-op)
  - ✓ Bactéries virulentes
    - Staphylococcus aureus
    - Streptocoques
    - Bacilles Gram négatif

Les signes cliniques classiques d'une infection sont :

- La rougeur
- La douleur
- L'oedème
- Des sécrétions purulentes
- Apparition de fièvre supérieure à 38,5
- Liquide trouble dans le redon



- **Traitement**

- ✓ **Antibiothérapie**

- Probabiliste débutée après les prélèvements microbiologiques
- Ensuite adaptée selon les résultats bactériologiques
- Durée : 10 jours à 3 semaines

- ✓ **Quelques fois : ré-intervention**

- Débridement chirurgical
  - ✓ Ablation de l'implant
  - ✓ Lavage
- Mise en place d'une antibiothérapie systémique ciblée sur le germe



- ✓ Si le liquide du redon est trouble, le redon est maintenu en place jusqu'à l'amélioration du contexte infectieux

- Le lavage de la plaie et l'évacuation de l'abcès sont primordiales pour diminuer la charge bactérienne.
  - Le choix du pansement sera déterminé par la quantité et l'aspect des exsudats :
    - Pansement hyper-absorbant,
    - Pansement hydrofibre neutre ou à base d'argent,
    - Pansement hydrocellulaire.
  - Les pansements occlusifs sont à éviter car ils empêchent le liquide de la plaie de s'écouler et risquent ainsi par macération d'augmenter la prolifération des bactéries.
- Si les exsudats sont très importants, le renouvellement du pansement est à prévoir plusieurs fois par jour.



# Les retards de cicatrisation

# Les retards de cicatrisation



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aureille

**sont le résultat de la combinaison de différents facteurs**

**Multiples traitements en  
pré-opératoire  
Chimiothérapie  
Radiothérapie**

**Diminution des défenses  
immunitaires  
Altération de l'état  
général  
Tabagisme**

**TERRAIN FRAGILE**

**Les plus fréquemment rencontrés sont :**

**Lâchage de suture**

**Ischémie / Nécrose**

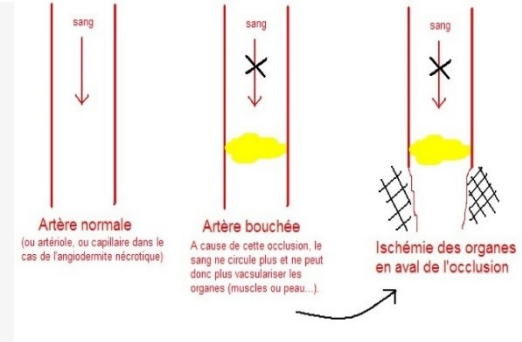
**RISQUE INFECTIEUX**

# L'ischémie cutanée

L'ischémie c'est la réduction ou l'arrêt des apports sanguins dans un tissu  
 → occlusion ou sténose de la lumière des vaisseaux

## Origines:

- Obstruction des vaisseaux sanguins (plaque d'athérosclérose)
- Formations de caillots sanguins (thrombose)
- Rétrécissement des vaisseaux sanguins par compression (hématome / escarre)
- Endommagement des vaisseaux sanguins dû
  - à la chirurgie (stase sanguine, mauvaise perfusion )
  - à une maladie (diabète)
  - au tabac
  - à la radiothérapie



## Conséquences :

→ hypoxie du tissu

## 2 phases :

Phase initiale = réversible ( durée variable selon les tissus )

Phase irréversible qui aboutit à la nécrose (apoptose des cellules )



# L'ischémie cutanée



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle



# L'ischémie cutanée



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle



- **La conduite à tenir :**
  - le lavage doux de la plaie avec du sérum physiologique et le recouvrement par un pansement gras neutre.
  - l'évaluation régulière de la plaie qui permettra après plusieurs jours d'adapter un nouveau protocole de soin.

Après quelques semaines de pansement gras,

- ✓ Soit récupération totale des tissus sous-jacent
- ✓ Soit délimitation d'une zone fibrineuse où une détersion sera nécessaire (chimique ou mécanique)



# Récupération complète de l'ischémie



# Délimitation d'une zone fibrineuse



J7 post-op



J21 post-op

# Reprise chirurgicale



# La nécrose

➤ *La nécrose :*







- **CAT :**

- ✓ **Évaluer la nécrose :**

- Attendre qu'elle soit bien délimitée

- Mesure de la plaie (dessin / calque / photos)

- Prévention de l'infection

- ✓ **La détersion**

- Étape délicate ; longue

- \*Autolytique : milieu humide *Hydrogel ou irrigo-absorbant*  
*ou Alginates*

- \*Détersion mécanique ou chirurgicale: prudence



La détersion de la plaie est une étape qui consiste à éliminer les tissus dévitalisés afin de favoriser l'apparition d'un tissu de bourgeonnement.

Du fait des traitements antérieurs (chimiothérapie/radiothérapie), le processus de cicatrisation est désorganisée. La détersion devient une étape difficile parfois très longue

Elle pourra être réalisée :

- **Autolytique : en milieu humide**
  - à l'aide d'hydrogel ou d'irri-go-absorbants dans le cas d'une nécrose sèche.
  - à l'aide d'alginate de Ca dans le cas d'une nécrose exsudative ou de fibrine.

Il est essentiel que le produit reste humide entre deux soins.

- **Mécanique ou chirurgicale :**

Souvent associée à la détersion autolytique, ce geste sera réalisé avec beaucoup de précaution, sans douleur, sans saignement et avec l'accord du chirurgien (notamment en cas de matériel prothétique).

Le choix du matériel dépendra de l'étendue et de l'épaisseur du tissu dévitalisé : bistouri ou curette.

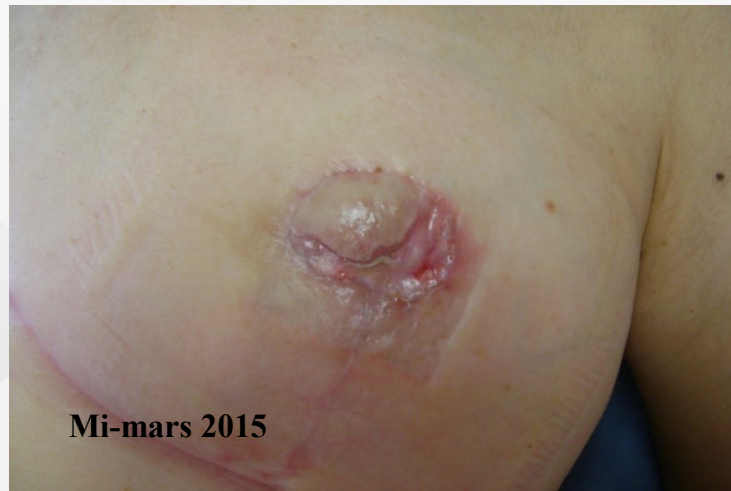
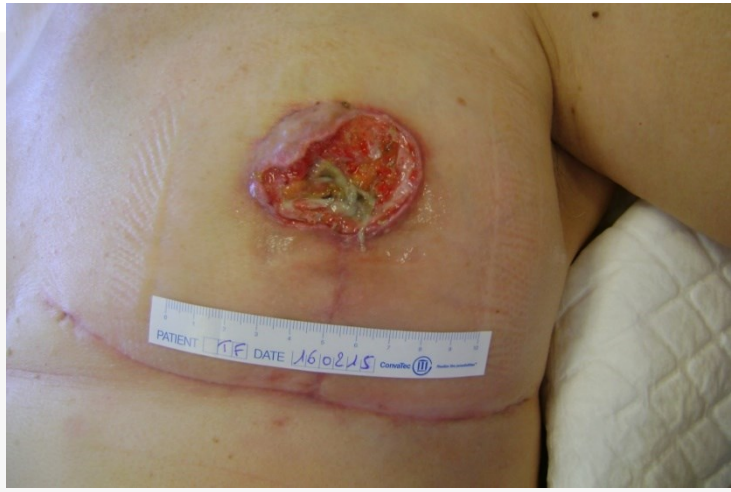
# Nécrose et déteresion



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle







Mi-mars 2015

# Lâchage de suture et désunions

## ➤ *Lâchage de suture et désunion de cicatrice :*

C'est la conséquence d'une souffrance cutanée que l'on remarque souvent chez des patientes tabagiques ou ayant bénéficié d'un traitement de radiothérapie.



# Lâchage de suture et désunion



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aureille

Elle peut être consécutive aux diverses complications chirurgicales et notamment lors de problèmes d'hématomes, de lymphocèles et de retard de cicatrisation.





# Lâchage de suture et désunion



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aureille

Selon la gravité, la désunion de la cicatrice peut nécessiter :

- **Une reprise chirurgicale** : l'avantage sera de raccourcir le temps de cicatrisation.
- **Une cicatrisation dirigée** : il faudra alors choisir le protocole le mieux adapté à partir de l'évolution de la plaie. Les méchages seront à éviter (proscrits).
- **Les pansements par pression négative ( TPN )** type PICO ou VAC (prescription médicale).

Les pansements par pression négative ( TPN ) de type PICO ou VAC thérapie sont sur prescription médicale.

Ils permettent essentiellement :

- d'accélérer la formation d'un tissu de granulation
- de drainer les exsudats,
- de diminuer l'œdème,
- De maintenir les berges fermées ( préventif).

# Système de traitement par pression négative sans réservoir ( type Pico )



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle



Pression -80mmHg

Pansement simple sans réservoir

Plaie peu exsudative, non infectée

Pst à renouveler tous les 3 jours et  
appareil tous les 7 jours

**Protéger largement à l'aide du  
CAVILLON tout le pourtour**

# Systeme de traitement par pression négative sans réservoir ( type Pico )



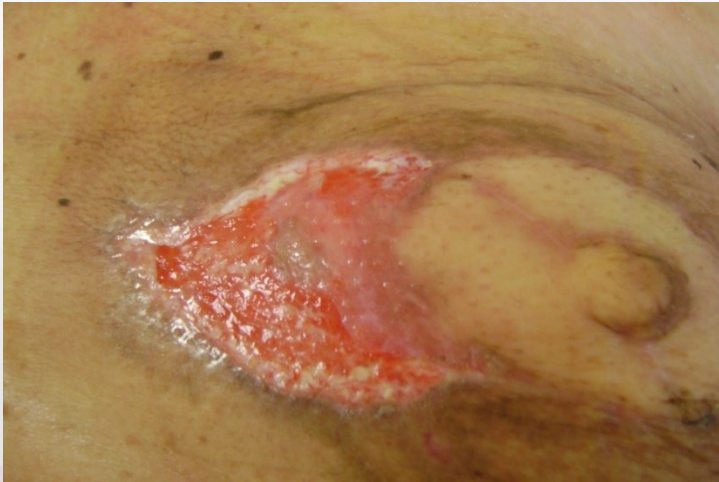
Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle





**Mi-Juillet**





# Systeme de traitement par pression négative avec réservoir (VAC)



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle



Pression -125mmHg

Pansement avec mousse +  
réservoir

Plaie cavitaire ou exsudative  
Pansement à renouveler tous  
48H à 72H selon l'exsudat

**La mousse ne doit pas déborder  
sur la peau péri lésionnelle**



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# Système de traitement par pression négative avec réservoir (VAC)









Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# LES PLAIES TUMORALES

Les plaies cancéreuses aussi appelées plaies tumorales sont des plaies chroniques consécutives à un processus carcinologique.

Elles peuvent être liée à un retard de diagnostic ( déni de la malade, milieu social défavorisé ) ou à un cancer agressif qui échappe aux traitements.

Elles peuvent prendre des formes multiples: extensives, extériorisées, cavitaires, fistulisées...

# LES PLAIES TUMORALES





Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# LES PLAIES TUMORALES



**Nodule de perméation** : localisation sous cutanée d'un processus tumoral malin apparaissant en périphérie d'une tumeur primitive ou dans un territoire de drainage lymphatique.



# LES NODULES DE PERMEATION



# LES PLAIES TUMORALES











Elles sont souvent associées à des gênes importantes telles que la douleur, la mauvaise odeur, les saignements, l'exsudat ou le prurit, qui diminuent considérablement la qualité de vie du patient.

**L' évolution de la plaie est toujours dépendante de la réponse aux traitements anti-cancéreux.**

Le traitement de la plaie est basé sur le contrôle des symptômes, le confort et le bien être du patient.

## **Le soin :**

Effectué avec prudence, évaluer les bénéfices / risques en cas de douleur ou hémorragie

Nettoyage au serum physiologique par irrigation ou sous la douche au savon doux et à la douchette.

Séchage par tamponnement

**Le choix du pansement est fait en fonction des symptômes de la plaie mais aussi en fonction du confort du patient.**

**Gestion de la douleur** = Antalgiques palier 3 (interdose ou bolus pendant le soin )

Flammacerium

**Gestion des saignements** =

en prévention = utiliser des pansements non adhésifs, **PAS de DETERSION MECANIQUE**

pansements hémostatiques Alginate de Ca

Exacyl ( acide tranéxamique ) ou Adrénaline diluée à appliquer localement

Radiothérapie hemostatique

**Contrôle des exsudats** = Hydrofibres  
Hydrocellulaires  
Hyperabsorbant

## **Contrôle des odeurs** (dues au nécrose et contamination bactérienne) **isolement social ou familial** +++

Lavage de la plaie : éliminer les débris nécrotiques (sans détersion)

Pansement charbon actif

Pansement argent ou sorbact

Irrigation d'antibiotique Metronidazole

Utilisation de poche de stomie

## **Environnement :**

Aérer la chambre

Neutraliser les odeurs: aromathérapie

**Fixation du pansement** = utiliser le moins d'adhésif possible ( filet, bande velpeau, pansement siliconé )

- Les plaies tumorales sont des plaies complexes qui exigent une prise en charge multidisciplinaire et une ré-évaluation régulière des objectifs de soins avec le patient.
- L'évolution de la plaie est un bon indicateur de l'efficacité du traitement anti-cancéreux.

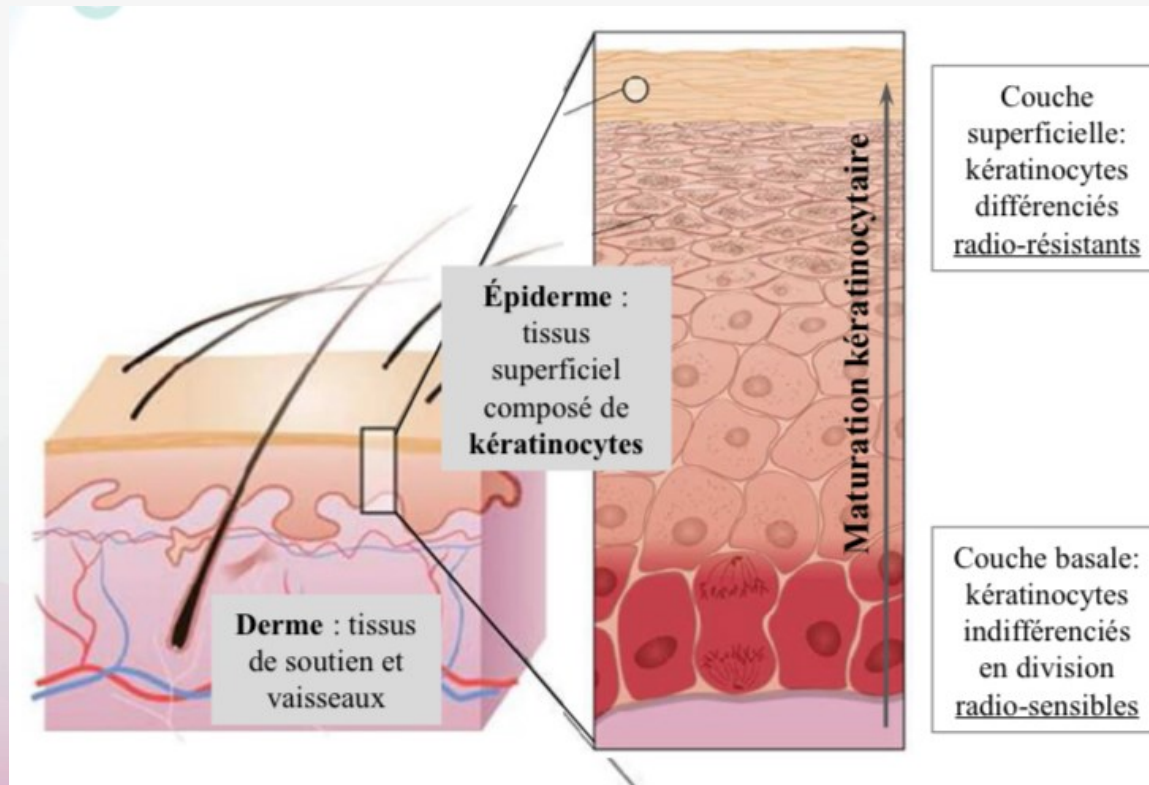




Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# LES PLAIES RADIO INDUITES

**La radiodermite** est une réaction inflammatoire cutanée secondaire à la radiothérapie. Son apparition dépend de la technique d'irradiation, de la dose délivrée et de la zone traitée. La sévérité varie de l'erythème faible à la nécrose



Il existe deux types de radiodermites :

- **Les radiodermites aiguës** : ce sont des toxicités précoces qui apparaissent au cours de la radiothérapie. Ce sont des effets réversible.
- **Les radiodermites chroniques** : ce sont des toxicités cutanées tardifs. Ce sont des toxicités irréversibles.

## **Préconisations** avant les séances et en cours de radiothérapie :

- Information et éducation du patient sur les mesures préventives: effets secondaires potentiels, délais d'apparition, prévention/prise en charge
- En préventif, l'application quotidienne d'émollient est préconisée par certains, notamment pour les peaux sèches ou atopiques.
- Eviter toute auto médication, en particulier certaines huiles essentielles

- Aucune application de produits en **couche épaisse ni de pansement gras** sur la peau dans les 2 heures avant la séance
- Soins locaux d'Hygiène : peau sèche propre
  - ✓ Toilette avec un savon gras au Ph neutre
  - ✓ Séchage en tamponnant, sans jamais frotter ou avec un sèche cheveux avec air froid uniquement (lutter contre la macération)
- Eviter les irritants cutanés (parfums, vêtements, rasage).
- Eviter l'exposition au soleil pendant 1 an de la peau exposée à la radiothérapie.
- Proscrire les saunas, hammam, gommage... durant toute la durée de la radiothérapie et l'année qui suit.



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# La radiodermite aigue



## Dermite grade I

### ➤ **Description :**

Erythème discret, desquamation sèche

### ➤ **Conduite à tenir :** *éducation du patient*

- poursuite des soins locaux d'hygiène
- utilisation de crèmes émoullientes sans résidus gras de type dermocosmétiques Cicalfate®, Cicaplast...



## Dermite grade II :



### ➤ **Description :**

Erythème intense, sensible voire douloureux  
Desquamations suintantes confinées aux plis

### ➤ **Conduite à tenir:**

- Prise en charge par topiques : crème à l'acide hyaluronique, émollient, dermocorticoïdes
- Pansement absorbant et protecteur type pansement hydrofibre, hydroTAC, ou hydrocellulaire en fonction des exsudats, si possible sans adhésif +/- système de maintien





## Dermite grade III

### ➤ **Description :**

- érythème intense, douloureux
- zones de suintement, extensives, débordant les zones de plis
- parfois, plaies hémorragiques

### ➤ **Conduite à tenir :**

- discuter l'interruption temporaire de l'irradiation
- nettoyage de la plaie au sérum physiologique et flammazine + pasement gras (ou interface)
- Utilisation des pansements absorbants ou hydro-cellulaires non adhésifs avec alginate (plaie hémorragique) ou hydrofibre (exsudats )+/- système de maintien



## **Dermite aiguë de grade IV**

### ➤ **Description :**

nécrose cutanée (très exceptionnelle)

### ➤ **Conduite à tenir :**

- Interruption définitive de l'irradiation
- Orienter vers un service de chirurgie plastique et reconstructrice spécialisé



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

# La radiodermite chronique

# La radiodermite chronique



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aureille

- Elle est difficilement prévisible.
- Elle survient sans lien avec l'intensité de la radiodermite aiguë.
- Elle peut survenir des mois ou des années après l'irradiation et s'aggrave avec le temps. **C'est pour cette raison que le patient nécessite une surveillance à vie.**
- Elle peut être favorisée ou aggravée par des facteurs déclenchants (traumatisme local, exposition solaire)
- On distingue deux types de radiodermite chronique :
  - ✓ La radiodystrophie simple : les lésions se stabilisent
  - ✓ La radiodystrophie évolutive où les lésions évoluent dans le temps sans atteindre d'équilibre cicatriciel



Elle associe de façon variable :

- **Une atrophie épidermique** (*amincissement de la peau*)
- **Une dyschromie** (*aspect inflammatoire de la peau*)
- **Des télangiectasies** *qui peuvent être traitées par laser « vasculaire » (laser à colorant pulsé).*
- **Une fibrose dermique constituée** (*aspect de peau scléreuse, ischémique*)
- **Une xérose cutanée et la perte définitive des annexes cutanées** (*glandes sudorales, sébacées, follicule pileux, matrice unguéale...*)



# La radiodystrophie évolutive avec radionécrose



Institut régional du Cancer  
Montpellier | Val d'Aurelle

Elle touche plus ou moins les structures sous jacentes ( muscle, os).  
Cela peut-être des plaies atones, extensives avec une cicatrisation impossible

➔ Le seul traitement est la chirurgie avec lambeau.







# CHIRURGIE LAMBEAUX MUSCULO-CUTANES





Le risque de cancers cutanés radio-induits, même faible mais existant (carcinomes basocellulaires, épidermoïde cutanés, sarcomes, angiosarcomes...) justifie un avis spécialisé devant toute lésion suspecte sur la zone irradiée.

L'apparition de cancers cutanés radio-induits explique la surveillance à vie.

- Prendre en charge les soins d'une plaie en cancérologie exige une démarche globale avec un objectif de qualité de vie dans le respect de la dignité et de l'image corporelle de la personne atteinte.
- La prise en charge est pluridisciplinaire : le traitement de la plaie est associé au traitement global de la maladie. L'évolution de la cicatrisation de la plaie sera étroitement liée aux impératifs des divers traitements.
- Une bonne connaissance des fonctions et applications des divers pansements va permettre d'adapter au mieux le protocole de soins et d'optimiser le temps de cette cicatrisation.