

Les Plaies en Cancérologie

Document de prise de notes de Cours

UE 2.9 Processus Tumoraux

IFSI CH Alès - Promotion 2023/2026

Formatrice : Isaline BOTONI

Plan du Cours

1. Les plaies chirurgicales
2. Les radiodermites
3. L'extravasation
4. Les plaies tumorales

I. Les Plaies Chirurgicales

A. La Plaie Sèche et Aseptique

Définition : Plaie fermée, stérile, sans sécrétion.

Notes personnelles :

B. La Plaie Drainée par Redon

Surveillance particulière du redon :

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

Fréquence de changement : Flacons changés toutes les 24h

Étapes du changement de redon :

Notes personnelles :

C. Les Complications Post-Opératoires

1. Le Lymphocèle

Définition : Accumulation de lymphé au niveau du site opératoire, sur tout le trajet de la cicatrice.

Contexte : Surtout après curage ganglionnaire axillaire ou inguinal.

Clinique :

- Plaie reste fermée
- Apparition progressive d'une tension au niveau de la peau

Surveillance :

- Placard inflammatoire en regard de la cicatrice
- Fièvre → risque de complication

Apparition : Généralement quelques jours après l'ablation des drains de redon

Traitements : Ponction évacuatrice si gêne et volume importants

Notes personnelles :

2. L'Hématome

Type de complication : Immédiate ou précoce

Origine : Rupture vasculaire → épanchement sanguin collecté au niveau de la zone opératoire
Peut aussi résulter d'un traumatisme ou d'effort violent

Risques :

Signes cliniques :

- Douleur intense
- Tension au niveau de la zone opérée
- Écoulement de sang +++ dans les drains de redon

Prise en charge :

Hématome important : Reprise chirurgicale immédiate

Hématome modéré : Ponction évacuatrice sans ré-intervention

À ne pas confondre : Ecchymoses (peuvent apparaître sur la peau pendant quelques semaines, sans poche constituée)

Notes personnelles :

3. L'Infection

Signes cliniques :

- Rougeur
- Douleur
- œdème
- Sécrétions purulentes
- Hyperthermie > 38,5°C
- Présence de liquide trouble dans le redon

Notes personnelles :

II. Les Radiodermites

Définition Générale

Radiodermite : Réaction inflammatoire cutanée secondaire à la radiothérapie

Facteurs influençant :

- Technique d'irradiation
- Dose délivrée
- Zone traitée

Sévérité : De l'érythème faible à la nécrose

A. Les Radiodermites Aiguës

Caractéristiques : Toxicités précoces apparaissant au cours de la radiothérapie - Effets réversibles

Classification par grades :

Grade	Description
Grade I	Érythème discret, desquamation sèche
Grade II	Érythème intense, sensible voire douloureux. Desquamations suintantes confinées aux plis
Grade III	Érythème intense, douloureux, zones de suintement extensives, débordant les zones de plis. Parfois plaies hémorragiques
Grade IV	Nécrose cutanée (très exceptionnelle)

Notes personnelles :

B. Les Radiodermites Chroniques

Caractéristiques : Toxicités cutanées tardives - Effets irréversibles

Particularités :

- Difficilement prévisible
- Survient sans lien avec l'intensité de la radiodermite aiguë
- Peut survenir des mois ou des années après l'irradiation
- S'aggrave avec le temps
- Surveillance à vie nécessaire
- Peut être favorisée/aggravée par facteurs déclenchants (traumatisme local, exposition solaire)

Notes personnelles :

C. Mesures Préventives

Avant les séances :

- Aucune application de produits en couche épaisse ni pansement gras sur la peau dans les 2h avant la séance

Soins locaux d'hygiène : Peau sèche et propre

- Toilette avec savon gras au pH neutre
- Séchage en tamponnant, sans jamais frotter OU sèche-cheveux avec air froid uniquement (lutter contre la macération)

À éviter :

- Irritants cutanés (parfums, vêtements, rasage)
- Exposition au soleil pendant 1 an de la peau exposée à la radiothérapie
- Saunas, hammam, gommage durant toute la durée de la radiothérapie et l'année qui suit

Notes personnelles :

III. L'Extravasation

Définition et Contexte

Fréquence : Complique 0,1 à 5% des chimiothérapies

Nature : Urgence thérapeutique

Cause : Accident au niveau du dispositif d'injection (désunion, déplacement secondaire)

Réactions locales : De la simple inflammation à la nécrose dermo-hypodermique ou placard scléreux (pouvant atteindre tendons et os)

Signes d'Alerte Cliniques

- Brûlures, picotements, douleur, rougeur

- Fuite de produit ou tout autre symptôme au point d'injection dont se plaint le patient
- Gonflement, induration ou œdème au point d'injection
- Absence de retour sanguin après aspiration par la seringue

Référence : exemple de CAT en cas d'extravasation. MAJ 2022 OMEDIT

Notes personnelles :

IV. Les Plaies Tumorales

Définition

Plaies tumorales : Plaies chroniques dont l'origine est un processus cancéreux et dont le lit contient des cellules tumorales.

Types : Superficielles, cavitaires, ulcérées ou fistulisées

Évolution : Selon la réponse aux traitements

Différence avec autres plaies : Le siège reflète l'invasion locale par une tumeur, sans rapport avec traumatisme, geste chirurgical ou pathologie circulatoire

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

A. Épidémiologie et Contexte

Indicateur	Données
Patients atteints	5% des patients atteints de cancer présentent une plaie cancéreuse
Stade métastatique	10% des patients à un stade métastatique développent ces plaies
Pronostic vital	Pronostic de vie < 6 mois dans la plupart des cas

Contexte d'apparition : Principalement en situation de maladie évoluée ou palliative

Localisations fréquentes :

- Tumeurs du sein
- Tumeurs de la peau
- Tumeurs ORL
- Tumeurs gynécologiques

Notes personnelles :

B. Conséquences et Impact sur la Qualité de Vie

Impact Physique

Impact Psychologique

Impact sur l'Entourage

Principe fondamental : Plaies rares mais graves, nécessitant connaissance technique, regard global, posture humaine et empathique. **Objectif premier = confort du patient, NON cicatrisation.**

Notes personnelles :

C. Particularités Physiopathologiques

Cicatrisation Classique vs Plaie Tumorale

Cicatrisation Classique	Plaie Tumorale
Phase vasculaire	Évolution anarchique
Inflammation initiale	Absence de séquence prévisible
Granulation (formation de tissu)	Cellules tumorales en présence continue
Épidermisation (fermeture)	Complications multiples

Processus pathologiques :

- Évolution imprévisible, liée à la progression tumorale
- Hyper-protéolyse avec excès de métalloprotéases
- Dégradation du tissu de soutien
- Formation de biofilm favorisant la chronicité
- Vascularisation anarchique, surinfection, nécrose

Notes personnelles :

D. Manifestations Cliniques Spécifiques

1. Douleur Intense

2. Exsudats Abondants

3. Odeur Fétide

4. Risque Hémorragique

5. Surinfections

Attention : Toute manifestation peut évoluer rapidement → surveillance rapprochée et adaptation permanente du plan de soins

Notes personnelles :

E. Objectifs de Prise en Charge

Objectif principal : Confort et qualité de vie du patient (NON cicatrisation)

Adaptation : Aux besoins et manifestations dominantes

1. Soulagement de la Douleur

2. Contrôle de l'Exsudat

3. Gestion des Odeurs

4. Prévention du Saignement

5. Accompagnement Psychologique

- Écoute active
- Maintien de la dignité
- Accompagnement du patient et de ses proches dans toutes les dimensions

Notes personnelles :

F. Gestion des Complications Majeures

Tableau Récapitulatif des Interventions

Complication	Interventions
Douleurs	Évaluation systématique utiliser la même échelle, adaptation antalgiques (palières OMS, morphine topique), techniques non médicamenteuses (hypnose, MEOPA), prémédication avant soins
Exsudat abondant	Pansements super-absorbants, alginates/hydrofibres, adaptation fréquence soins, prévention macération, protection pourtour cutané
Odeurs	Pansements au charbon actif ou argent, méthronidazole local ou per os, solutions alternatives (miel médicalisé, huiles essentielles), aération de la chambre

Hémorragie	Alginate (effet hémostatique), compresses hémostatiques (Surgicel), Exacyl local ou IV, gel adrénaliné si prescrit, gestes doux, information immédiate médecin, parfois protocole de sédation d'urgence en prescription anticipée
Infection	Surveillance active (rougeur, chaleur, œdème, fièvre), prélèvements bactériologiques sur prescription, , antibiotiques selon PM
Impact psychologique	Écoute active, accompagnement psychologique, travail sur dignité, coordination médico-psychosociale, soutien de l'entourage

Notes personnelles :

G. Coordination Pluridisciplinaire et Éthique

Principes Éthiques Fondamentaux

1. Dignité et Respect

- Attention à l'image corporelle
- Prévention de la stigmatisation
- Maintien de l'intimité et de la dignité en toutes circonstances

2. Autonomie du Patient

- Importance du consentement éclairé
- Respect des choix et priorités du patient
- Adaptation des soins à sa qualité de vie

3. Écoute et Communication

- Espace d'expression pour la souffrance, la peur et les attentes
- Accompagnement actif
- Acceptation de ses propres limites comme soignant

Prendre en soin un patient ayant une plaie tumorale = accompagner une personne dans sa maladie, avec exigence technique, rigueur relationnelle. **Toujours privilégier la qualité de vie et l'humanité du soin plutôt que la recherche de la cicatrisation à tout prix.**

Notes personnelles :

Bibliographie

1. Manuel pratique d'oncologie - MÉDECINE ONCOLOGIQUE - Prise en charge onco-hématologique - Extravasation d'agents anticancéreux
2. Microsoft PowerPoint - CAT en cas d'extravasation. MAJ 2022.ppt [Mode de compatibilité]
3. Fiche COMPAS « Plaies en cancérologie », COMPAS. Plaies en cancérologie : soins palliatifs, document élaboré par COMPAS, éd. 25 septembre 2009, mise à jour 8 avril 2021. CHU de Nantes, 1 p.
4. Mattelaer X. Plaies cancreuses en fin de vie. *La Revue du praticien – Médecine générale*. 2020 ; mars : 12-22.
5. Deschamps L, Duddin L, Dussault A, Larivière É, Quirion M; Comité de soins infirmiers de la Maison Michel-Sarrazin. Les plaies malignes chez les malades en phase terminale : évaluation et traitement. In : *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*. 2013

Notes Complémentaires