

## Introduction

**Les plaies tumorales** consécutives à un processus carcinologique sont des plaies chroniques et spécifiques dont l'évolution dépend de la réponse du patient aux traitements anti-cancéreux.

Qu'elles soient des tumeurs primitives ulcérées à la peau ou des récives cutanées, l'objectif se devra d'être en adéquation avec le contexte qui peut être curatif ou palliatif.

Ces plaies, signes d'une atteinte tumorale souvent bien avancée, exposent parfois le patient à des risques hémorragiques par augmentation de l'angiogénèse, ou à de douleurs par compressions nerveuse. Ces complications, reflets d'une invasion agressive, nous renvoient à l'importance de la pluridisciplinarité autour de ces prises en charge.

En parallèle des traitements généraux (chirurgie, chimiothérapie, thérapeutiques ciblées, radiothérapie et hormonothérapie) l'adaptation des soins locaux et des pansements modernes sera fonction des caractéristiques de ces plaies, à savoir : leurs aspects, types et symptômes.

Notons aussi que la qualité de la relation est importante dans la prise en charge des patients porteurs de tumeurs négligées et qui, pour des raisons personnelles, ont décidé de venir consulter qu'à un stade avancé de la maladie.

En somme, la prise en charge des plaies tumorales est un savant dosage de savoir, savoir faire et savoir être.

## Généralités

Le cancer correspond à la multiplication anarchique de certaines cellules anormales de l'organisme, qui échappent aux mécanismes normaux de différenciation et multiplication. En outre, ces cellules sont capables d'envahir le tissu normal avoisinant en le détruisant, puis de migrer à distance pour former des métastases.

De ce fait, les plaies tumorales ont également un développement anarchique et imprévisible souvent décourageant pour les soignés et les soignants.

Elles sont facilement identifiables par leur caractère exophytique, infiltré et/ou induré et leur site indépendant de tout traumatisme, hyperpression ou facteurs vasculaires.

Bien que l'aspect de ces plaies soit très hétérogène, il n'en demeure pas moins 3 grands types : extériorisées, superficielles et cavitaires.

Cette hétérogénéité d'aspect s'accompagne également d'une diversité de symptômes responsables d'inconforts non seulement pour les patients mais aussi pour les soignants.

La prise en charge doit prendre en considération les complications inhérentes à ces plaies telles que l'infection, l'hémorragie, la mutilation et la douleur.

In fine l'objectif du soin s'articulera autour de 2 grands axes : qualité de vie et efficacité.

## Caractéristiques, types et symptômes

A la différence de toute autre type de plaie, le lit de la plaie cancéreuse est tumoral. Les plaies cancéreuses ne se ressemblent pas toutes et peuvent se présenter sous des aspects extrêmement variés.

- Les plaies tumorales extériorisées : la progression tumorale déborde du lit de la plaie et s'extériorise parfois sur plusieurs centimètres prenant un aspect bourgeonnant, irrégulier, nécrotique et/ou fibrineux. Cette forme est très familièrement appelée « chou-fleur ». Ce peut être des nodules agglutinés en une même masse informe et séparés entre eux par des petits espaces. Ces plaies extériorisées nécessitent un nettoyage minutieux (entre les nodules)
- Les plaies tumorales superficielles : la plaie s'étend et ne se creuse ou ne s'extériorise que dans des proportions raisonnables. Des fixations non adhésives sont indispensables pour préserver la peau-périlésionnelle
- Les plaies cavitaires ou fistulisées : la plaie peut se creuser jusqu'à des plans profonds, en délabrant progressivement les tissus et/ou les os, et en créant des plaies béantes ou des fistules. La réflexion va alors bien au-delà du simple choix de pansements et devient une véritable stratégie de soins établie entre l'infirmière, le médecin et le chirurgien.

Sur le plan symptomatique, les plaies tumorales ont en commun d'être le plus souvent malodorantes, très exsudatives, fibrino-nécrotiques, potentiellement hémorragiques ou encore douloureuses [1] [2] [3]. L'évaluation locale conditionne la mise en place d'un protocole adapté, efficace et confortable.

Parfois la frontière entre la phase curative et phase palliative est infime. Certaines situations mettent même en jeu le pronostic vital du patient à court terme. Il va s'en dire que toutes les actions entreprises doivent prendre en considération l'état général du malade, l'évolution de sa maladie et son désir. [4]

La phase palliative avancée, quant à elle, relève essentiellement des soins de support. Ces soins ont pour but de permettre aux patients de conserver tant que possible une qualité de vie au fil de l'évolution de la maladie en prenant en compte chacune des dimensions : physique, psychologique, sociale et spirituelle.

Le développement progressif et chronique de ces plaies amène parfois à l'obtention d'un équilibre entre le corps et la plaie qui semble a priori incroyable (fistule pleurale, saignement chronique, délabrement osseux, contact méningé, compression d'organes nobles...).

### **Les risques, complications et symptômes**

La prise en charge des risques et complications liés aux plaies tumorales peut être transitoire ou permanente. Ainsi chaque risque et complication est évalué individuellement selon la situation (curative ou palliative), les traitements et l'état général.

La gestion des risques ou complications est aussi bien médicale que paramédicale [5] [6] [7] voir même assurée par l'entourage pour les patients porteurs de plaies à domicile.

- **Le risque infectieux** : l'évaluation est complexe car plusieurs paramètres interfèrent. La plaie est colonisée et le patient est bien souvent immunodéprimé par les traitements de chimiothérapie, notamment lors de phases dite « d'aplasie » où le risque infectieux devient maximum en raison de la neutropénie. Au cours de cette phase d'aplasie,

l'équilibre bactérien peut être déstabilisé et l'apparition de signes infectieux masquée (absence de pus), retardée ou inefficace (macrophages altérés). Ainsi, toute majoration de douleur ou toute modification inexpliquée du lit de la plaie pouvant évoquer un processus infectieux doit alerter le clinicien et motiver un prélèvement bactériologique de contrôle (sans que cela induise pour autant la mise en route d'un traitement local ou général). [5]

Au cours du traitement de sa maladie, le patient cancéreux est souvent traité par antibiotiques, indépendamment de sa plaie (ex : aplasie fébrile, infection urinaire ou du cathéter etc...). Parfois, l'aspect rebutant de ces plaies (nécrotique ou malodorant) peut conduire à tort à la prescription d'antibiotiques sans qu'il y ait de signes avérés d'infection.

Le risque de pression de sélection est donc important, favorisant l'émergence de bactéries multi-résistantes (BMR) sur la plaie. Ce risque doit être prévenu (antibiothérapie uniquement si nécessaire), dépisté (prélèvements bactériologiques) et pris en compte s'il est avéré (isolement de contact, pansement fermé).

Bien souvent en oncologie, le malade est porteur de matériel invasif comme le cathéter. Il peut être central (simple) ou à site d'injection implantable (appelé aussi port-à-cath® ou PAC). Ces cathéters peuvent être situés à des endroits différents selon l'indication (sous-clavières, fémorales, pleurales, intra-técales). Le risque de contamination de ce matériel par contiguïté, par des germes colonisant la plaie, peut être important en fonction du site et de la proximité de la plaie. Là encore, une réflexion d'équipe et certaines mesures peuvent être prises au cas par cas, l'anticipation de ce risque n'étant malheureusement pas toujours possible.

Dans tous les cas, une bonne hygiène, un nettoyage minutieux de la plaie sans oublier sa périphérie (douche), et une utilisation de bactéricides ou d'antibiotiques exclusivement réservée aux périodes d'infection, restent les meilleurs moyens pour prévenir ou traiter ce risque.

- **Le risque hémorragique :** Il faut distinguer les saignements du lit de la plaie (provoqués ou non par les soins) liés à l'angiogenèse propre à la tumeur, du risque d'hémorragie massive lié à la proximité d'un gros vaisseau.  
Dans le premier cas, ces saignements peuvent être contrôlés lors des soins locaux en utilisant des pansements atraumatiques (ex : interface) afin d'éviter les saignements au retrait du pansement parfois adhérent, soit en utilisant des pansements hémostatiques si ces saignements sont spontanés (ex : alginate). En cas d'épisodes hémorragiques répétés, des contrôles hématologiques (NFS) doivent être envisagés en vue d'une éventuelle correction de la formulation sanguine (ex : transfusion de CGR, CPA). Si les saignements sont répétés et abondants, un traitement par radiothérapie à visée hémostatique peut être envisagé, ou encore, l'application d'adrénaline lors des soins.  
Dans le deuxième cas, heureusement peu fréquent, ce risque majeur peut ne pas être anticipé (hémorragie massive). Il est tout d'abord rassurant de relativiser ce risque, car le plus souvent, ces vaisseaux sont eux-mêmes pris en masse dans la tumeur, se lèsent et saignent progressivement. En revanche, si ce risque est avéré, la conduite à tenir fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire. La prise en charge s'effectue au cas par cas autour de différentes équipes et spécialistes : unité mobile de soins palliatifs, signalement au SAMU si prise en charge à domicile, intégration dans un réseau, hospitalisation, etc.
- **Le risque de douleurs :** [9] la plaie tumorale peut être douloureuse, indépendamment ou non du soin. Cette douleur est traitée par des antalgiques de palier 1,2 ou 3 associés ou non à des co-antalgiques qui potentialisent l'action des antalgiques ou améliorent le confort du patient en agissant sur les symptômes associés. Il faut évaluer la douleur (la quantifier et la qualifier), anticiper les actes douloureux (détersion, réfection de pansements) et augmenter les antalgiques selon les paliers de l'OMS.  
Mais la grande particularité de ces plaies est de provoquer fréquemment des douleurs neurogènes à type de démangeaisons, décharges électriques et/ou brûlures. Particulièrement incommodantes, elles sont souvent identifiées et prises en compte tardivement, alors qu'elles peuvent devenir insomniantes ou participer à l'altération du lit de la plaie ou de la peau péri-lésionnelle si le patient ne peut s'empêcher de se gratter. Ainsi, le recours à une analgésie multimodale est nécessaire tout en prenant en compte

l'état affectif et émotionnel, non négligeable lors de la prise en charge de ces douleurs. En parallèle, le MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote), mélange analgésique sous forme inhalée (Kalinox®) aux propriétés antalgiques, sédatives, amnésiantes, anxiolytiques peut être administré par le personnel paramédical sur prescription médicale au cours de gestes ou soins de courte durée. Les bénéfices du MEOPA sont sa rapidité d'action (3mn), sa réversibilité (6mn), sa sécurité (sédation consciente), sa simplicité (formation initiale).

Dans l'ensemble, une prise en charge efficace de la douleur passe par une information précise, une maîtrise des gestes, une écoute attentive, la participation de l'entourage si elle est bénéfique, et même par des techniques non-médicamenteuse (ex : hypnoanalgésie).

- **La mutilation** : la plaie physique, de part son caractère visible, est responsable d'une plaie morale altérant l'enveloppe psychique et rendant vulnérable la personne sur le plan émotionnelle [10]. Si l'on parle pudiquement de modification de l'image corporelle, les patients s'expriment plus volontiers en ces termes : « pourriture, atrocité, monstruosité... ».

Le soin, par des techniques appropriées mais également grâce aux pansements modernes, tente de gérer au mieux les inconforts liés à la plaie tout en la « camouflant ». L'intention portée à la fixation (aspect, confort) est de ce fait très importante. Ce soin est un moment parfois intime et complexe tant pour le soignant que pour le patient.

La souffrance psychique peut nécessiter l'orientation vers des professionnelles susceptibles d'aider le patient à gérer au mieux ces angoisses (ex : psycho-oncologues).

- **La gestion des exsudats** : Les exsudats peuvent être particulièrement abondants sur ce type de plaie, voir > à 100ml/j. [11] L'association d'un pansement primaire absorbant (en plusieurs couches si besoin) et d'un pansement secondaire également absorbant (ex : pansement « américain », hydrocellulaire) est alors nécessaire, et plus rarement insuffisante. Dans ce cas, la fréquence des pansements peut être rapprochée. Occasionnellement, et uniquement si la plaie est de petite taille et la peau péri lésionnelle assez résistante, une poche de recueil des exsudats (bi bloc ou à fenêtre, afin de permettre le nettoyage de la plaie) peut être positionnée
- **La gestion des odeurs** : Les patients (et soignants) se plaignent bien souvent d'odeurs nauséabondes, le plus souvent liées à la présence de germes anaérobies présents dans la masse tumorales. Ces odeurs sont un véritable handicap physique et social. Dès l'apparition d'odeurs, des pansements au charbon peuvent être positionnés dans le but de servir de filtre. Si les odeurs persistent, elles peuvent être traitées par un bactéricide local (pansement à l'Ag, au PHMB, antiseptique) pendant 8 à 10 jours, qui ne sera efficace que si les bactéries sont présentes à la surface de la plaie ; Ou par l'administration de Metrodinazole (Flagyl®, Tiberol®, Rosex®) par voie locale ou générale, dont l'utilisation est généralement réservée à la phase palliative de la maladie. [12] [13] [14]
- **La peau péri lésionnelle** : autour de la plaie, la peau est fragilisée. Elle peut être inflammatoire et indurée par la masse sous jacente. Il est donc nécessaire d'en prendre soin afin d'éviter qu'elle ne s'ulcère. Pour ce faire, elle doit être hydratée (émollient) ou protégée (protecteurs cutanées – ex : Cavigon® spray). L'utilisation des adhésifs est prohibée, tant que possible. [15]

## Le soin

La toilette est la première étape du soin. Dans l'idéal, elle est réalisée par le patient lui-même.

Quelle que soit l'étendue de la plaie, une douche avec un savon liquide neutre est préconisée afin de favoriser le bien être, atténuer les odeurs, prévenir ou traiter l'infection et assurer une bonne hygiène tant au niveau de la lésion qu'à sa périphérie. À défaut, la plaie est nettoyée au sérum physiologique ou à l'eau stérile.

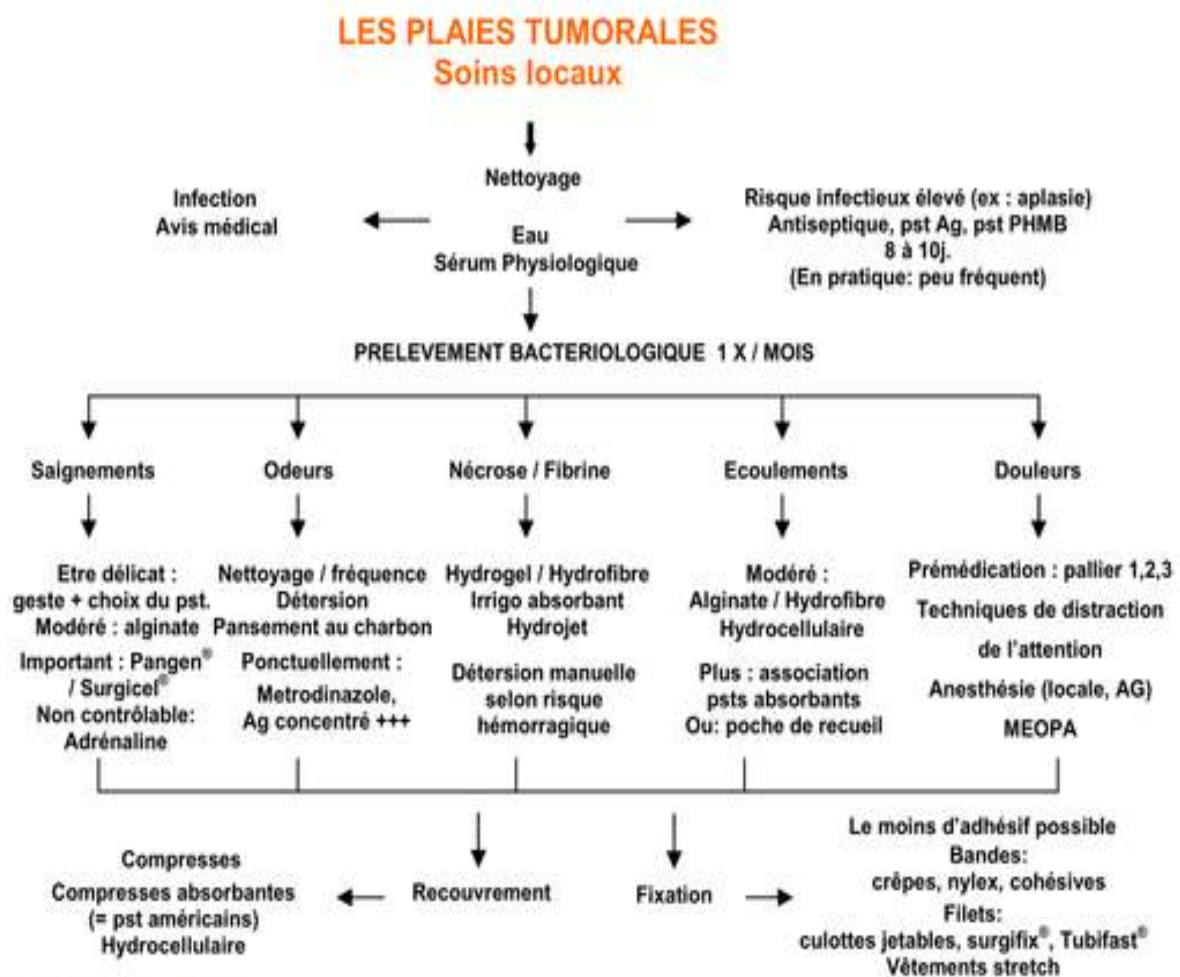
Le soin doit bien évidemment tenir compte de l'état psychologique du patient (ex : anxiété,

douleurs), de sa capacité physique et de l'environnement dans lequel il se trouve (hôpital ou domicile).

Il est un moment privilégié qui laisse une place au relationnel, afin d'aider le patient mais également son entourage : explication du rapport plaie / maladie cancéreuse, prise en charge de la douleur, information sur les risques, objectifs du soin, rappel des règles d'hygiène. Au delà de la technicité, le soin se doit d'être réalisé dans un climat de confiance étant donné les particularités de ce type plaie et leur chronicité.

Le soin est pensé dans une approche globale et interdisciplinaire, en lien avec l'oncologue référent du patient. Parfois, il nécessite l'intervention du chirurgien (ex : débridement avec contrôle de l'hémostase) ou de l'anesthésiste (ex : soins sous AG), ou encore la collaboration des diététiciennes, masseurs kinésithérapeutes, etc. Le lien ville-hôpital est essentiel (transmissions orales ou écrites) afin de permettre une bonne continuité des soins entre les infirmières de ville et hospitalières. La communication entre les professionnels est en effet indispensable autour de ces patients porteurs de plaies complexes et le plus souvent évolutives.

Arbre décisionnel – réalisé par l'Unité P&C de l'institut Curie



Les tumeurs négligées

Des patients se présentent à l'hôpital avec des tumeurs localement avancées et ulcérées à la peau, appelées « tumeurs négligées » [16]. Pour de multiples raisons, ils ont décidé de ne pas se traiter, jusqu'au jour où leur plaie les oblige à consulter en raison de saignements, d'écoulements ou d'odeurs. Contrairement aux idées reçues, les patients porteurs de plaies tumorales dites « négligées » ne sont pas tous atteints de maladie psychiatrique ou totalement ignorant, mais des hommes ou des femmes qui, à un moment de leur vie, pour des raisons personnelles, ont décidé de ne pas se traiter ou n'y ont pas réussi.

L'évaluation et le protocole de soins doivent tenir compte de l'originalité et du contexte.

Fréquemment les patients sont réticents à la mise en place de soins quotidiens réalisés par une infirmière de ville et désirent continuer à s'occuper eux même de leur plaie. Cela implique une éducation préalable à la réalisation du soin et la mise en place d'une surveillance en consultations (+/- téléphonique). A contrario, certains d'entre eux se sentiront soulagés de confier leur plaie à un professionnel et se décharger sur un tiers.

Quel que soit leurs profils, ces patients ne peuvent être tenus comme responsables de leur maladie et doivent, au contraire, recevoir un accueil attentionné et bienveillant. L'instauration d'une relation de confiance est essentielle et l'orientation vers un psycho-oncologue conseillée.

## **Conclusion**

La plaie cancéreuse altère la qualité de vie du patient par sa chronicité et sa symptomatologie. La stratégie de prise en charge globale et multidisciplinaire permet de réduire l'impact de la plaie sur le bien être physique et psychologique du patient. Les soins sont réalisés à travers des objectifs communs et acceptables, en concertation avec l'oncologue médicale.

Bien que la gestion de ces plaies semble s'harmoniser, le développement d'études scientifiques doit se poursuivre [17] afin de trouver des solutions plus efficaces aux inconforts liés à ces plaies et tenter de permettre aux patients de préserver ainsi une qualité de vie.

## **Bibliographie**

[1] Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of Life: Assessing the impact and benefits of care to patients with fungating Wounds. *Wounds*. 2005; 17(1):8-15.

[2] Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *Journal of Wound Care*. 2000 Jan; 9(1):4-9.

[3] Charitansky H, Fromantin I. Les plaies cancéreuses. *Soins*. 2008 Jan-Feb;(722):51-5

[4] Ferris FD, Al Khateib AA, Fromantin I, Hoplamazian L, Hurd T, Krasner DL, Maida V, Price P, Rich-Vanderbij L . Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative.. *J Palliat Med*. 2007 Feb;10(1):37-9

[5] Man Siu-ling E, Kwan Wai-man C. Management of malignant wound: nursing perspective. *HKSPM Newsletter* Sep 2004; vol.2: 12-13.

[6] Naylor W. Part 1: Symptom Control in the Management of Fungating Wounds. *World Wide Wounds* 2002; Available from URL: <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>

[7] Naylor W. Part 2: Symptom self-assessment in the management of fungating. *World Wide Wounds* 2002; Available from URL: <http://www.worldwidewounds.com/2002/july/Naylor-Part2/Wound-Assessment-Tool.html>

- [8] Fromantin I, Charitansky H. Les antimicrobiens dans la plaie cancéreuse et chez le patient traité par chimiothérapie. Soins. 2010 Jan-Fev ;(742):45-7.
- [9] Queen D, Woo K, Schulz VN, Sibbald RG. Chronic wound pain and palliative cancer care. Ostomy Wound Manage. 2003 Oct;49(10):16-8.
- [10] Alexander S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. Journal of wound care. 2009 Aug; 18(8):325-9.
- [11] Selby T. Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. Nursing Times. 2009;105:18
- [12] Fleck C.A. Palliative dilemmas: Wound odour. Wound Care Canada. 2006; 4(3).
- [13] Holloway S, Bale S, Harding K, Robinson B, Ballard K. Evaluating the effectiveness of a dressing for use in malodorous, exuding wounds. Ostomy Wound Manage. May 2002; 48(5):22-8.
- [14] Kalinski C, Schnepf M, Laboy D, Hernandez L, Nusbaum, J, McGrinder B, Comfort C, Alvarez O.M. Effectiveness of a topical formulation containing metronidazole for wound odor and exudate control. Wound. 2005; 17(4):84-90.
- [15] Fromantin I, Charitansky H. Prise en charge de la peau péri-lésionnelle autour de la plaie cancéreuse. JPC. XI - No. 52(3/2006)
- [16] Fromantin I. Spécificités des soins auprès des patients porteurs de plaies tumorales négligées. Soins. 2008 Avr ;(724):23-6
- [17] Adderley UJ, Smith R. Topical agents and dressings for fungating wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, vol.2; Art. No: CD003948.