

pratique soignante

Les plaies tumorales en soins palliatifs

■ En absence de traitement anti-cancéreux efficace, les plaies tumorales évoluent ■ Les réflexions pluridisciplinaires quant aux soins à leur apporter diffèrent selon que le patient soit en phase palliative dite initiale, avancée, voire terminale ■ L'ensemble des pansements modernes est utilisé pour gérer saignements, odeurs et écoulements ■ L'objectif est de contrôler les symptômes et d'améliorer la qualité de vie, jusqu'à son terme.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots-clés – cancer ; pansement ; plaie tumorale ; qualité de vie ; soins palliatifs

Malignant wounds in palliative care. In the absence of effective cancer treatment, malignant wounds evolve. The decisions taken by the multi-disciplinary team with regard to their care vary depending on whether the patient is in the initial, advanced or terminal phase of palliative care. Modern dressings can be used to control bleeding, odours and drainage. The aim is to control the symptoms and improve the quality of life, until its end.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – cancer; dressing; malignant wound; palliative care; quality of life

En absence de traitement anti-cancéreux efficace, les plaies tumorales (métastases cutanées ou tumeurs primitive ulcérées) évoluent, jusqu'à provoquer, dans certains cas, des délabrements extrêmes. L'expression de symptômes locaux (par exemple, saignements ou écoulements) peut se répercuter sur l'état général du patient. Ces plaies imposent donc une prise en charge pluridisciplinaire associant une gestion locale et une prise en charge globale du patient. Les réflexions autour des soins sont sensiblement différentes selon que le patient se trouve en phase palliative dite initiale, avec des activités et un état général relativement conservés, ou en phase palliative avancée, voir terminale [1,2]. Dans tous les cas, le confort du patient est une priorité.

Les plaies tumorales induisent des gênes et des symptômes d'intensité variable. Ceux-ci dépendent du site de la plaie, de son aspect (en "chou-fleur", cavitaire), de la rapidité de son évolution (grade, index mitotique), du patient et de ses capacités physiques et psychologiques à supporter cette plaie [3,4]. Les symptômes et complications les plus souvent observés sont :

- **des saignements** induits par les soins et liés à la friabilité des bourgeons tumoraux ;
- **plus rarement, des hémorragies** liées à la rupture ou à la fissure de vaisseaux par la tumeur ;

- **des odeurs** liées à la présence de bactéries en surface et surtout dans la masse tumorale ;
- **des écoulements** proportionnels à la surface de la lésion et majorés par une réponse inflammatoire ;
- **des douleurs** nociceptives mais également neurogènes, à type de démangeaisons notamment [5-8].

LES SAIGNEMENTS

■ **L'application d'interface (Urgotul®, Mepitel®) ou film de mylard (Telfa® Clear)** permet le plus souvent de réduire les saignements induits lors du retrait du pansement. Si, malgré le traitement, la plaie saigne pendant le soin, l'utilisation de peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) peut aider à obtenir l'hémostase. Sur les autres types de plaies, des applications fréquentes et répétées sont déconseillées en raison de sa cytotoxicité, ce qui ne représente pas une limite dans ce contexte particulier.

■ **Si les saignements perdurent au-delà des soins**, l'utilisation d'alginate (Algosteril®, Biatin® alginate, AskinaSorb®) vise à combiner un effet hémostatique à une action drainante et absorbante. Cependant, ceux-ci peuvent d'avérer insuffisants et imposer l'application d'hémostatiques (Surgicel®, Pangen®) ou d'adrénaline. Cette technique de soins repose sur l'expérience

ISABELLE FROMANTIN^{*,a}
Infirmière expert en plaies et cicatrisation

FLORENCE ROLLOT^b
Interniste-gériatre,
département Interdisciplinaire de soins de support en oncologie (Disspo)

MARGUERITE NICODEME^a
Infirmière référente,
département Anesthésie Réanimation Douleur (Dard)

IRÈNE KRIEDEL^a
Anesthésiste réanimateur, Dard

^aUnité plaies et cicatrisation, département d'anesthésie réanimation douleur,

^bUnité onco-gériatrie, département de soins de support en oncologie, Institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
isabelle.fromantin@curie.fr
(I. Fromantin).

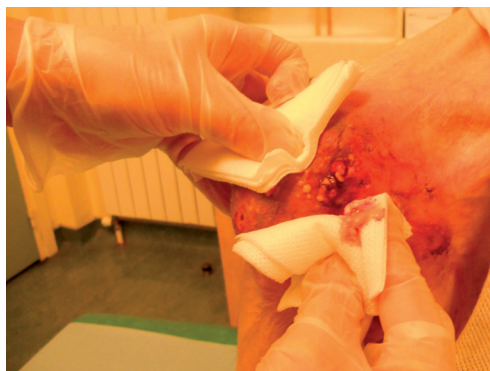


Figure 1. Nettoyage de la plaie après évacuation de pus afin de prévenir l'infection.

RÉFÉRENCES

- [1] Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe Ch, Bükki J. Fungating wounds. Multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care*. 2011; 6(1):21-4.
- [2] Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(3):185-93.
- [3] Lazelle-Ali C. Psychological and physical care of malodorous fungating wounds. *Br J Nurs*. 2007;12;16(15):S16-24
- [4] Lund-Nielsen B, Müller K, Adamsen L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. *J Wound Care*. 2005;14(2):69-73.
- [5] Adderley UJ. Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;5: CD003948.
- [6] Fromantin I, Watson S, Baffie A, Rivat A, Falcou MC, Kriegel I, de Rycke Y. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Manage*. 2014;60(6):38-48.
- [7] Langemo DK, Anderson J, Hanson D, Hunter S, Thompson P. Managing fungating wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20(6):312-4
- [8] Dowsett C. Malignant fungating wounds: assesement and management. *Bristish J Nurs*. 2002; 7(8):394-400.

clinique. Elle consiste à instiller de l'adrénaline diluée dans du sérum physiologique (1/10^e) sur la plaie. Ces applications peuvent être répétées sur quelques jours (2 à 4) jusqu'à tarissement des saignements.

■ **En cas d'échec**, une radiothérapie à visée hémostatique peut être indiquée [9]. Bien que réduite à quelques séances, elle n'est envisagée que si le patient peut supporter des déplacements

au plateau technique de radiothérapie et le maintien en position pendant le traitement.

■ **Les répercussions générales de saignements locaux** (aigus, chroniques ou répétés) doivent être recherchées, surveillées et éventuellement corrigées. Ainsi, une anémie plus ou moins aiguë (selon l'intensité du saignement ou sa durée) peut survenir et se compliquer chez les patients les plus vulnérables : fatigue, tachycardie, essoufflement, décompensation cardiaque, etc. Le taux d'hémoglobine doit être vérifié et un bilan martial réalisé pour, en fonction des chiffres et des conséquences cliniques de l'anémie (à rapporter au contexte global), corriger ces facteurs. Selon la situation, sont proposées une transfusion de culots globulaires ou une substitution en fer (*per os* ou en perfusion).

■ **Le risque hémorragique par rupture d'un gros vaisseau est plus rare.** Il se distingue des saignements quotidiens très fréquemment observés sur ce type de plaie. Une surveillance régulière permet d'évaluer ce risque, voire de l'objectiver par imagerie, afin d'avoir le temps de réfléchir, avec le patient et son entourage, à ce qui peut être proposé. Une hospitalisation peut s'imposer ou un signalement aux services de secours d'urgence proche du domicile (service d'aide médicale d'urgence – Samu). Le plus souvent, ces situations imposent une réflexion pluridisciplinaire avec des équipes spécialisées (par exemple, en soins palliatifs). Si le patient est au domicile, une trousse de secours contenant des hémostatiques peut être remise au patient et à sa famille afin de tenter de temporiser la situation dans l'attente des secours, et les rassurer.

LES ODEURS ET L'INFECTION

■ **La gestion de l'odeur commence par un nettoyage minutieux** (eau ou sérum physiologique)

parfois délicat en raison des saignements, de la fatigue, de la douleur, ou encore de la présence d'une multitude de bourgeons tumoraux extrêmement friables et imbriqués les uns dans les autres. Il est donc nécessaire d'adapter le mode (douche, gants jetables, jet sous pression type Jetox®) et la fréquence de nettoyage à la topographie de la plaie, aux besoins et aux limites de chaque patient (*figure 1*).

■ **La détersion mécanique de la nécrose** qui permet, sur d'autres plaies, de limiter les odeurs, n'est pas toujours applicable aux plaies tumorales en raison de son inutilité (réapparition immédiate de nécrose, persistance des odeurs) et du risque de majoration des saignements. Elle est indiquée si cette nécrose semble participer à un processus infectieux, et dans ce cas, encadrée par des spécialistes.

■ **Les pansements au charbon** sont positionnés dès l'apparition d'odeur d'intensité faible (exprimée par le patient et/ou par le soignant), en plus du protocole usuel. Ils font fonction de "filtre d'odeur" car ils adsorbent efficacement de grandes variétés de gaz volatils [10]. Ils peuvent être saturés si les odeurs sont trop importantes. La superposition de plusieurs pansements au charbon augmente la surface spécifique d'adsorption et donc l'efficacité du produit sur une plaie très malodorante.

■ **En règle générale, l'utilisation des antibiotiques en application locale** et/ou en l'absence d'infection avérée est déconseillée sur les plaies chroniques. Mais si les pansements au charbon ne sont pas assez efficaces, dans le cadre particulier d'une plaie malodorante en fin de vie, des antibiotiques peuvent être prescrits sans être associés à des signes infectieux, dans le seul but de contrôler l'odeur. Le métronidazole, actif sur les bactéries anaérobies, est l'antibiotique le plus utilisé [11,12]. Il peut être administré sous différentes formes et voies :

- **par voie générale**, le Flagyl® (voie orale) et le Tiberol® (voie intraveineuse) sont prescrits pour cette indication à des doses variables (chez l'adulte): 600 mg/j, 1 g /j, ou 1,5 g /j [13]. Il leur est reproché de provoquer parfois des nausées et la consommation d'alcool est contre-indiquée pendant la durée du traitement. Une administration prolongée peut, par ailleurs, exposer les malades à des neuropathies centrales ou périphériques. Le rapport bénéfice/risque doit être évalué au cas par cas ;

- **en application locale**, les pratiques et concentrations de métronidazole sont variables. Les

Les plaies chroniques en soins palliatifs et fin de vie

topiques commercialisés contiennent 0,75% de métronidazole et sont disponibles sous forme de gel (MetroGel® Topical Gel), émulsion ou crème (Rosex®). En pratique courante, les formes injectables (réservées à l'usage hospitalier) sont parfois utilisées en administration locale, sans contrôle réel de la dilution. Dans ce cas, la peau péri-lésionnelle doit être protégée afin d'éviter l'apparition d'irritations cutanées douloureuses.

■ **D'autres antibiotiques, à spectre plus large, pourraient être prescrits** mais il semble plus raisonnable, pour limiter le risque de pression de sélection et les effets secondaires, de les réserver au traitement de l'infection (Augmentin®, Tazocilline®, Claventin®) [14]. Des thérapeutiques telles que les applications de curcuma (actuellement en cours d'évaluation) ou d'huiles essentielles sont également proposées pour cette indication [15].

LES ÉCOULEMENTS

■ **Localement, les exsudats sont gérés par des applications de pansements absorbants**, voire très absorbants, selon le volume de l'écoulement et la fréquence souhaitée des changements de pansements. Bien souvent, les patients en phase palliative initiale demandent des soins quotidiens afin de « *se sentir propre* » et souhaitent pouvoir prendre leur douche. Cependant, un espacement des soins est souvent adapté en phase agonique, afin de limiter la réalisation de soins potentiellement fatigants et douloureux.

■ **L'association de pansements primaires absorbants** type alginate ou fibres de composites à matrice céramique (CMC – Aquacel®, Urgoclean®) et de pansements secondaires à type de compresses absorbantes (Zetuvit®) permet l'absorption d'une grande quantité de liquide. Si ce dispositif est insuffisant, plusieurs pansements primaires peuvent être superposés. Des pansements super-absorbants (Wlivasorb®, Tegaderm®superabsorbent) sont également proposés si l'exsudat est fluide, ainsi que des hydrocellulaires (mousse) si la plaie n'est pas malodorante. En effet, la semi-occlusion induite par les films qui recouvrent ces pansements peut majorer les odeurs.

■ **Dans des cas extrêmes d'écoulements très abondants**, des poches de recueil (Draina®S, Fistula®) ou de stomies (bi-bloc) sont requises si les lésions ne sont pas trop étendues et si la peau périlésionnelle peut en supporter l'adhésivité. De même, en phase terminale, une thérapie par

pression négative (TPN) peut être adaptée à une intensité faible (20 à 40 mmHg) afin de drainer les écoulements et permettre un espacement des soins de plusieurs jours. Il s'agit d'une utilisation exceptionnelle qui doit être mise en place par des professionnels aguerris, après concertation. En effet, la TPN est contre-indiquée sur ce type de plaies car elle favorise l'évolution tumorale. Dans une situation particulière de fin de vie inconfortable du fait d'écoulements trop abondants, le choix de recourir à une TPN (avec des réglages adaptés) peut apporter un bénéfice pour le patient.

■ **Des écoulements abondants sur des plaies étendues** peuvent exposer à des pertes hydro-électrolytiques et protéino-énergétiques. Il convient donc de s'assurer d'une hydratation et d'apports caloriques/protéiques suffisants, adaptés au patient et au projet de soins dans son ensemble. Les prélèvements sanguins (dosages d'albumine, pré-albumine, ionogramme, urée, clairance de la créatinine) doivent être demandés en fonction de la clinique.

LA DOULEUR ET LA SOUFFRANCE

■ **La douleur est un symptôme fréquemment associé** à la présence d'une plaie tumorale, mais son intensité et son expression (nociceptive, neurogène) peuvent être extrêmement variables. La souffrance liée à l'extériorisation de la tumeur, dont l'évolution est chaque jour visible, est quant à elle constante, liée ou non à la perception douloureuse et parfois atténuée par le déni. Cette souffrance, physique et psychique, qui s'exprime bien souvent lors des soins, impose du temps et une attention soutenue, pour aider à la soulager.

■ **La plupart des patients en phase palliative bénéficient déjà d'un traitement antalgique de fond** (palier 1, 2 et/ou 3). Celui-ci nécessite des ajustements en fonction de l'évolution de la maladie et de l'expression des douleurs. Des mesures associées non médicamenteuses peuvent aussi apporter un bénéfice et permettre une épargne des antalgiques de palier 2 ou 3 (et donc limiter leurs effets secondaires) : hypnose, relaxation, soutien psychologique, massages, repositionnement, douche, etc. La prescription d'une prémédication antalgique et/ou relaxante (benzodiazépine) avant un soin supposé (ou antérieurement) douloureux doit être anticipée. L'inhalation de protoxyde d'azote (Kalinox®) peut, dans certains cas, faciliter les soins d'une plaie douloureuse.

RÉFÉRENCES

- [9] Cihoric N, Crowe S, Eychmüller S, Aebbersold DM, Ghadjar P. Clinically significant bleeding in incurable cancer patients: effectiveness of hemostatic radiotherapy. *Radiat Oncol.* 2012;7:132.
- [10] Kerihuel JC. Effect of activated charcoal dressings on healing outcomes of chronic wounds. *J Wound Care.* 2010;19(5):208, 210-2, 214-5.
- [11] Clark J. Metronidazole gel in managing malodorous fungating wounds. *Br J Nurs.* 2002;11(6 Suppl):S54-60.
- [12] Finlay IG, Bowszyc J, Ramlau C, Gwiedzinski Z. The effect of Topical 0,75% Metrodinazole gel on Malodorous Cutaneous Ulcers. *J Pain Symptom Management.* 1996; 11(3):158-62.
- [13] Ashford RFU, Plant GT, Maher J. Metrodinazole in smelly tumours. *Lancet.* 1980; 1:874-5.
- [14] Fromantin I, Seyer D, Watson S, Rollot F, Elard J, Escande MC, De Rycke Y, Kriegel I, Larreta Garde V. Bacterial floras and biofilms of malignant wounds associated with breast cancers. *J Clin Microbiol.* 2013;51(10):3368-73.
- [15] Mercier D, Knevit A. Using topical aromatherapy for the management of fungating wounds in a palliative care unit. *J Wound Care.* 2005;14(10):497-8, 500-1.
- [16] Fromantin I, Kriegel I, Patrubani G, Di Maria S. Anesthésie générale au lit du patient. *Soins.* 2007;712:47-9.



Figure 2. Plaie tumorale du sein (récidive). La peau périlésionnelle est infiltrée et inflammatoire.

■ **Les anesthésiants locaux** (Emla®, Xylocaïne®) sont d'efficacité variable. La Xylocaïne® naphazoline permet d'associer un effet anesthésiant à un effet hémostatique modéré. La lidocaïne peut être également appliquée localement, comme la morphine. Elle est relarguée plus lentement sur la plaie en le mélangeant dans un hydrogel compact type Intrasilite® gel. Ces prescriptions sont néanmoins insuffisantes si elles ne sont pas accompagnées d'une attention toute particulière lors de la réalisation des soins (retrait du pansement, nettoyage, ajustement du protocole) et éventuellement associées à la mise en place de techniques non médicamenteuses adaptées à chaque patient.

■ **Néanmoins, il reste des situations rares mais non exceptionnelles** où l'efficacité des soins ne peut se satisfaire de protoxyde d'azote, de la douleur et de la prévenance des soins, ni de la qualité de la relation soignant/soigné. Dans celles-ci, la douleur et l'impuissance des soignants se surajoutent à la douleur tant physique que psychique des patients. Dès lors, au cours de l'anesthésie générale, ces derniers trouvent un répit et les soignants peuvent réinvestir les priorités du soin [16].

Deux cas très différents sont à envisager :

- **L'anesthésie générale ponctuelle** requise par un geste plus agressif (la nécrosectomie, par exemple) qui ne pose guère de problèmes pour les équipes habituées aux patients en situation palliative. La prise de risque anesthésique d'un patient dont la mort est annoncée voire attendue impose une qualité optimale de la relation au patient et à sa famille ;

- **L'anesthésie générale itérative** est plus compliquée à gérer : la préservation de la qualité de vie du patient doit être l'objectif fondamental. Le projet thérapeutique doit être établi en concertation avec tous les acteurs du soin (y compris l'aide-soignante, le kinésithérapeute, etc.) et sa pertinence régulièrement réévaluée. Les drogues choisies sont à cinétique courte permettant un réveil rapide et de bonne qualité. Les temps de jeun les plus courts possibles doivent être respectés. La réalisation de l'anesthésie obéit aux mêmes règles de sécurité tant dans la préparation que dans la surveillance. L'anesthésie ambulatoire n'est pas contre-indiquée, mais l'organisation doit être infaillible et dans certains cas extrêmes (douleurs de mobilisation par exemple), des anesthésies générales sont proposées au lit du patient.

*Déclaration d'intérêts
Les auteurs déclarent
ne pas avoir de conflits
d'intérêts en relation avec
cet article.*

AUTOUR DE LA PLAIE

■ **Le soin porté à la fixation et la peau périlésionnelle occupe une place importante** car la peau à proximité des lésions est elle-même infiltrée, fragile, inflammatoire et parfois douloureuse (figure 2). Elle doit être hydratée avec un émoullissant et parfois protégée par l'utilisation de solutions filmogènes (Cavillon®) ou de pâtes (Alospastine®). La fixation est de préférence non adhésive et doit maintenir les pansements de façon confortable, en évitant les fuites d'exsudats et les tâches. Les filets serrés, utilisés dans d'autres disciplines (orthopédie, traumatologie) peuvent majorer les douleurs, d'où l'utilisation de jersey type Tubifast®, de culotte jetable ou de bandes larges. En fin de vie, les pansements secondaires et la fixation peuvent être changés plus fréquemment que le pansement primaire afin de limiter la douleur. Il est ainsi important d'appliquer des pansements assurant un drainage correct des exsudats.

■ **Les plaies tumorales peuvent susciter stress et angoisse**, tant de la part du patient, que de son entourage ou même de l'équipe soignante. Une prise en charge pluridisciplinaire, en lien avec les oncologues et renforcée par des équipes spécialisées (plaies et cicatrisation, unité de psycho-oncologie), permet d'aborder ces prises en charge parfois longues et difficiles avec plus de sérénité. La qualité des soins reste la meilleure solution pour contrôler les symptômes autant que possible et améliorer la qualité de vie, jusqu'à son terme. ■

Les points à retenir

- **Les plaies tumorales induisent des symptômes d'intensité variable (saignements, odeurs, écoulements, douleurs, plus rarement des hémorragies)** qui peuvent altérer l'état général du patient.
- **La gestion de ces symptômes nécessite des soins différents** selon que le patient soit en phase palliative dite initiale, avancée, voire terminale.
- **La douleur est un symptôme fréquent** qui impose du temps et une attention soutenue, pour aider à la soulager.
- **Le soin porté à la fixation et la peau périlésionnelle occupe une place importante.**