

Plaies tumorales

Bases d'une prise en charge palliative au travers d'un cas clinique

Tagny Fabiola ¹, Choutko Sandra ², Burdet Gilles ², Josserand Céline ², Di Tommaso Sébastien ², Vuagnat Hubert ²

1) Service de médecine interne et réadaptation, Site de Jolimont, Département de réadaptation et gériatrie, 2) Programme plaies et cicatrisation, Direction des soins, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

CONTEXTE

Cas Clinique:

En 2021, âgée de 50 ans, Mme A. présente un cancer du sein gauche. Elle «refuse» alors un traitement classique. C'est en septembre 2023, à la demande de son entourage, très inquiet de l'odeur nauséabonde qu'elle dégage, qu'elle reconsulte pour une dégradation de l'état général et une plaie tumorale du sein. Cette dernière motive l'appel aux experts du programme plaies et cicatrisation.

Mme A. présente également diverses co-morbidités dont un diabète de type 2.

On observe une progression générale (métastases hépatiques et osseuses) et locale de la maladie. Un geste chirurgical est écarté et une chimiothérapie palliative orale débutée (exémestane 25 mg/j, ribociclib 600 mg/j).



Plaie extériorisée, de 4.5x3 cm, profonde de 2-3 cm.
Lit de plaie à 100% fibrino-nécrotique.
Berges inflammatoires.
Abondant exsudat, aspect purulent, saturant le pansement aux 6h.
Douleur procédurale à 10/10 à l'EVA.
Odeur perceptible en entrant dans la pièce (1/5 dans l'échelle d'odeur du système de TELER).

Fréquemment, l'évolution d'une plaie tumorale est liée à celle de la maladie de base. Le soin sera palliatif, tel que défini par l'OMS: «**approche pour améliorer la qualité de vie des patientes et de leur famille, dans des maladies potentiellement mortelles**».

Il existe peu d'études précises sur la prévalence des plaies tumorales, des chiffres globaux allant de 2 à 5 % sont articulés, dont 6.6% en Suisse.

Les symptômes locaux les plus communs sont:

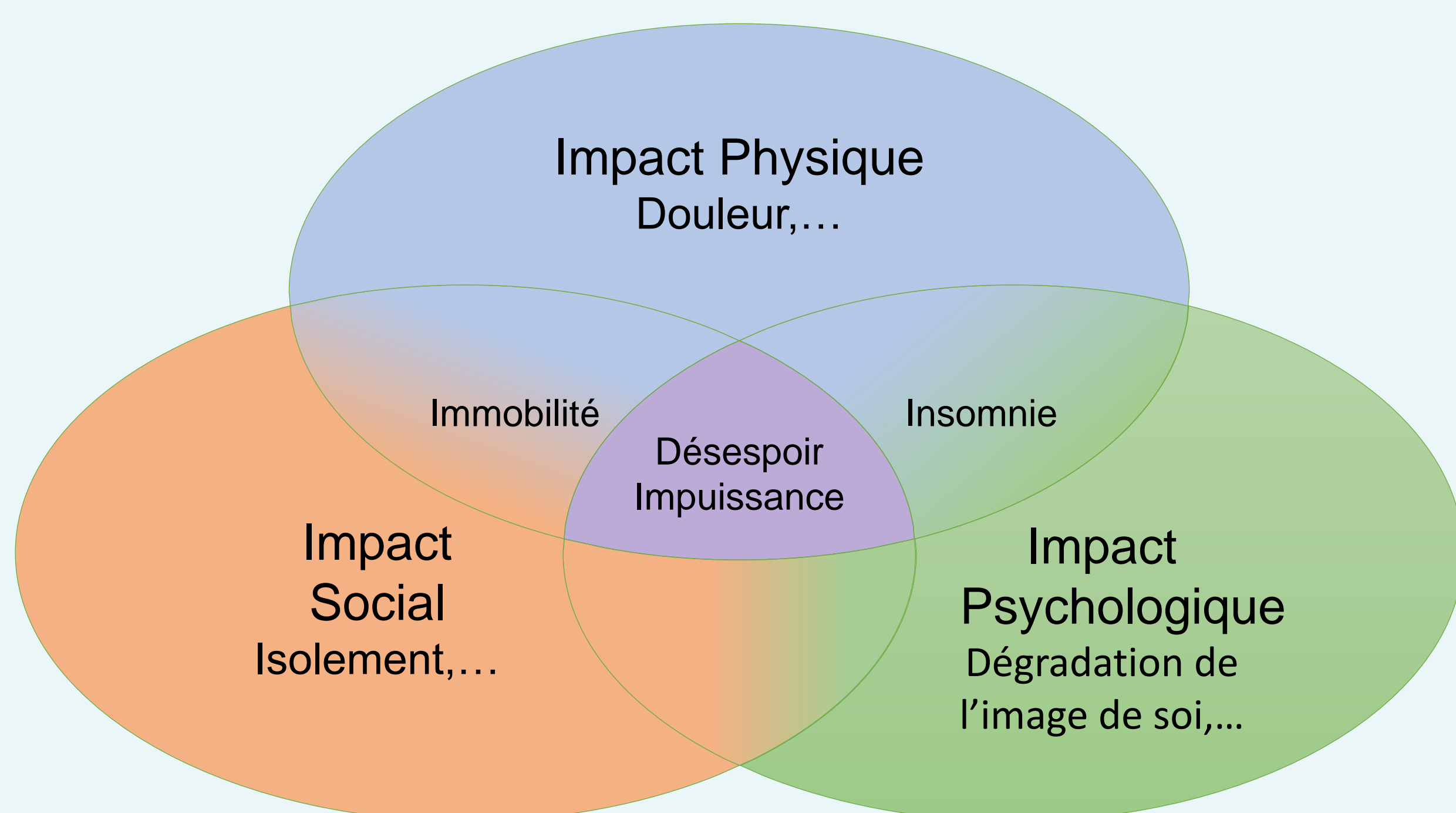
Douleur, Exsudat et Macération, Infection, Odeurs, Prurit, Saignements

Cette symptomatologie, souvent difficile à maîtriser, ne doit pas occulter l'impact global de la maladie sur la/le patient et son entourage.

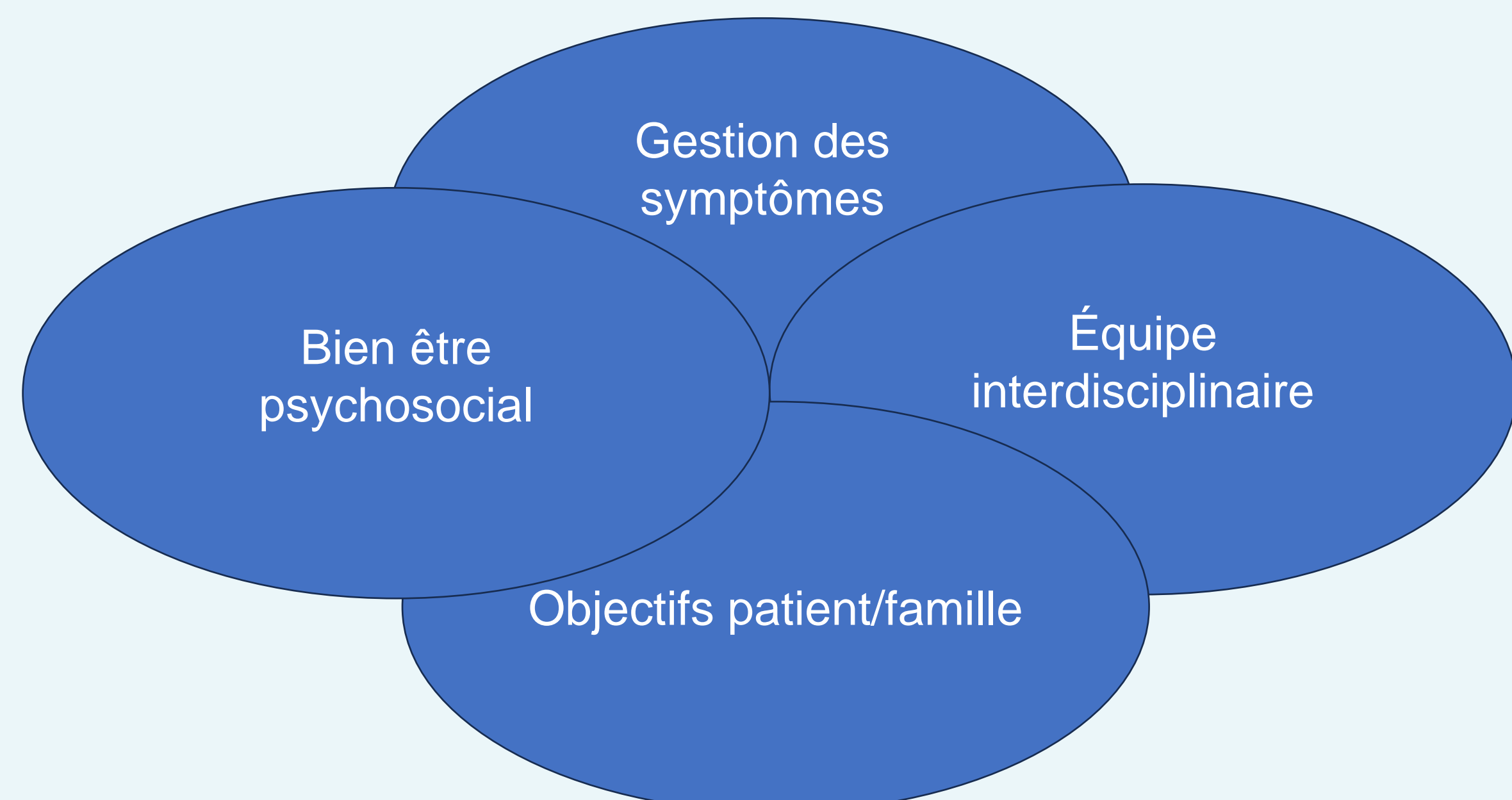
Une prise en soin holistique, centrée sur la personne est indispensable.

Deux modèles sont ici utilisés:

Le **modèle biopsychosocial de la santé** (Engel 1977), adapté aux plaies, vu, adapté et librement traduit de Fearn et al., 2017:



Emmons et Lachman (2010), adapté et librement traduit :



Références:

- Emmons KR, Lachman VD. Palliative wound care: a concept analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010 Nov-Dec;37(6):639-44; quiz 645-6. doi: 10.1097/WON.0b013e3181f90a4a. PMID: 21076264
- Fearn N, Heller-Murphy S, Kelly J, Harbour J. Placing the patient at the centre of chronic wound care: A qualitative evidence synthesis. J Tissue Viability. 2017 Nov;26(4):254-259. doi: 10.1016/j.jtv.2017.09.002. PMID: 28893459
- Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. Eur J Oncol Nurs. 2009 Sep;13(4):295-8. doi: 10.1016/j.ejon.2009.03.008. Epub 2009 Apr 21. PMID: 19386546
- Probst S. (2018) Soins et traitements des plaies oncologiques. Concepts et lignes directrices pour la pratique (2.Edition révisée). Onkologiepflege Schweiz / Soins en Oncologie Suisse.
- Rupert KL, Fehl AJ. A Patient-Centered Approach for the Treatment of Fungating Breast Wounds. J Adv Pract Oncol. 2020 Jul;11(5):503-510. doi: 10.6004/jadpro.2020.11.5.6. PMID: 32974074; PMCID: PMC7508249.
- SAFW-Romande (2017). Les soins de plaies: comprendre, prévenir et soigner. Document de référence. 2ème édition. Médecine et Hygiène
- Tagny, K. C. F., (2024). Malignant Fungating Wounds: Focus on Odor management through a Person-Centered Care approach in a context where confidence is lacking. "Please Help me, I am deteriorating from inside."CAS HES-SO Thuleau, A., Kriegel, I., & Fromantin, I. (2015). Les pansements des plaies malodorantes. Soins dossier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038081415004636>
- Woo, K. Y., Sibbald, R. G. (2010). Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds: Advances in Skin & Wound Care, 23(9), 417-428. <https://doi.org/10.1097/01>

Contact: Fabiola Tagny ctay@hug.ch

PRISE EN SOINS LOCALE

La patiente identifie principalement l'odeur comme impactant négativement sa vie.

À ceci s'ajoute l'exsudation, la douleur et l'infection localisée.

L'infection localisée de la plaie étant la plupart du temps responsable de l'odeur, de l'exsudat et de la douleur, tous ces symptômes peuvent bénéficier d'un traitement unifié.

- Spray dissolvant d'adhésif pour ablation du pansement (protection peau périlésionnelle)
- Irrigation douce, douche ou NaCl 500ml à température corporelle (pour enlever les résidus)
- Application 15 minutes de gazes imbibées de PHMB (Réduction charge bactérienne et anti-biofilm)
- Débridement instrumental (pincette, scalpel, curette)
- Utilisation d'un protecteur cutané (protection peau périlésionnelle)
- Alginate à l'argent (débridement autolytique, gestion exsudat, bactéricidie)
- Pansement au charbon actif (adsorption germes, odeurs) et superabsorbant (exsudat) ou pansement superabsorbant à la cannelle (odeurs et exsudat)

En quelques semaines, avec un pansement quotidien ou plus en fonction de l'exsudat, on assiste à une amélioration de la plaie:

Taille stable, régression de la nécrose et de la fibrine. Diminution de l'inflammation des berges. Moins d'exsudat. Intervalle entre pansement allongé.

Le soin se fait sans douleur sauf lors de gestes marqués.

Régression de l'odeur, perceptible au-dessus du pansement (TELER 3/5).



Mois 1



Mois 2



Mois 3

PRISE EN SOINS GLOBALE

En parallèle au soins locaux, les soignants travaillent à établir avec Mme A. et son mari une relation de confiance.

La dimension des différences culturelles et spirituelles entre Mme A. et le milieu de soins est également prise en compte.

Ces éléments permettent à Mme A. de vivre sa maladie en actrice de ses soins.

Dans le cadre de soins interdisciplinaires, les soins apportés à la plaie sont mis en regard des autres traitements dont le traitement oncologique, de la douleur et des autres comorbidités.

RETENTISSEMENT SUR LE SOIGNANT

La littérature sur les plaies tumorales souligne bien les souffrances physiques et morales du patient et de ses proches ainsi que les traitements à conduire.

Il est rare d'y trouver mention des répercussions potentielles sur les soignants.

Bien réelles, en partie liées au sentiment d'impuissance, il est essentiel de les considérer pour aider les soignants à mieux soigner.

CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

- La symptomatologie parfois criante de plaie tumorale ne doit pas détourner le soignant d'une prise en soin globale, centrée sur la personne.
- Des modèles, et des lignes directrices peuvent nous l'y aider.
- Pour agir plus efficacement sur les inconforts générés, il faut pouvoir anticiper les complications.
- L'éducation thérapeutique aux patients et à leurs proches est importante.
- Pour le personnel médico-soignant, une meilleure éducation (pré et post grade) aux plaies et à leurs soins serait un avantage et faciliterait la communication.
- Les groupes de partage pour patient(e)s vivant la même expérience de la maladie sont à recommander.
- Cela implique un réel travail interdisciplinaire et, pour ces cas, l'inclusion du spécialiste en soins de plaies dans les réunions de type Tumor board permettrait d'ajouter à la vision bio-psycho-sociale.
- Le personnel soignant ne doit pas rester seul dans ces situations difficiles.