

Plaies tumorales en soins palliatifs : comment les penser et les panser ?

Dr Marion Delannoy¹, Mme Nathalie Colin¹

¹Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France

CONTEXTE

Les plaies tumorales concernent **5 à 14 %** des patients atteints de cancer métastatique¹. La prise en charge privilégie le contrôle des symptômes et la qualité de vie plutôt que la guérison². Ces plaies génèrent une **détresse majeure** avec des conséquences physiques (douleur, odeur, préjudice esthétique) et psychosociales (dépression, isolement social). Pour les aidants, on peut retrouver un **sentiment d'impuissance**, voire une attitude d'évitement, qui s'expliquent par un **manque de formation** en soin des plaies tumorales⁴.

MATERIEL & METHODES

En tant que **médecin et infirmière spécialisée en plaies** dans une équipe mobile de soins palliatifs, nous présentons 4 cas cliniques illustrant chacun un défi spécifique, ainsi que des **stratégies adaptatives et bonnes pratiques** pour améliorer le confort et la confiance des soignants.

Par respect pour la sensibilité de chacun, les photographies cliniques sont protégées par un cache que vous êtes libres de soulever pour approfondir l'étude de ces cas.

1 MME A. — RISQUE HEMORRAGIQUE

CONTEXTE CLINIQUE

Femme de 75 ans, carcinome épidermoïde de la mandibule avec plaie maligne à **haut risque d'hémorragie cataclysmique**. Fort souhait de rester à domicile, source d'anxiété pour la famille et les soignants.

Image visible lors du congrès.

PRISE EN SOIN

1. **Détersion mécanique strictement contre-indiqué** : retrait doux du pansement après humidification. Application de **pansements alginates**.
2. **Discussions anticipées** avec la patiente sur le risque hémorragique.
3. **Protocole de sédation d'urgence** établi et conservé à domicile.

→ La patiente est finalement décédée en USP, sans nécessiter de sédation d'urgence.

AUTRES OPTIONS A CONSIDERER

Autres pansements hémostatiques (Pangen®, Quickclot®), compresse adrénalinée, radiothérapie hémostatique, embolisation.

Assurance

2 MME P. — PRURIT

CONTEXTE CLINIQUE

Femme de 38 ans, cancer du sein traité par chimiothérapie et radiothérapie, avec **prurit sévère**. Aucun signe de dermatite de contact liée au pansement actuel (hydrofibre recouvert d'un hydrocellulaire).

Image visible lors du congrès.

PRISE EN SOIN

1. Diagnostic de **douleur neuropathique**.
2. Arrêt des antihistaminiques (inefficaces dans ce contexte).
3. Introduction de la **Gabapentine**.

→ La patiente a ressenti une amélioration du prurit en 2 semaines.

AUTRES OPTIONS A CONSIDERER

Autres gabapentinoïdes, antidépresseurs (Mirtazapine, Sertraline, Paroxétine), protection cutanée, application de froid, corticoïdes topiques, ongles courts.

Douleur traitée

3 M T. — EXUDAT ABONDANT

CONTEXTE CLINIQUE

Homme de 52 ans, carcinome épidermoïde de la cavité buccale avec atteinte ganglionnaire cervicale, **plaie cervicale très exsudative**. Les pansements ne tenaient pas en raison de la complexité anatomique, de l'abondance de l'exsudat, de la barbe et des mouvements du patient.



PRISE EN SOIN

1. Pansements hydrofibre et hydrocellulaire, renforcés par un **film de polyuréthane** sur les bords.
2. **Masque chirurgical porté sous le menton** : solution simple et peu coûteuse alliant efficacité clinique et préservation de l'image corporelle.

→ Le patient a pu continuer son travail d'ostéopathe avec confiance.

AUTRES OPTIONS A CONSIDERER

Pansements superabsorbants, autres fixations créatives (écharpe), parfois une poche de stomie.

Confort

4 MME M. — PLAIE ODORANTE

CONTEXTE CLINIQUE

Femme de 87 ans, cancer du sein avec **plaie tumorale fortement malodorante**. La patiente vivait seule dans un petit appartement. L'odeur persistante affectait profondément sa qualité de vie, ses relations sociales et son estime d'elle-même.

Image visible lors du congrès.

PRISE EN SOIN

1. **Fréquence des pansements augmentée** (tous les 3 jours → quotidien) pour réduire les odeurs.
2. **Pansement au charbon** pour l'adsorption locale des odeurs.
3. ET adoption d'un chat pour « justifier » la présence d'une **litière** comme adsorbant d'odeurs environnemental.

→ La patiente a recommencé à inviter ses amies chez elle.

AUTRES OPTIONS A CONSIDERER

Pansement adsorbant à la cannelle (Cinesteam), Métronidazole (gel local < systémique), miel médical ou autres antimicrobiens.

Lien social

CONCLUSION

Tout comme les soins palliatifs, les soins palliatifs des plaies vont au-delà de la fin de vie. Ces cas montrent que des **approches individualisées et créatives**, ancrées dans l'expertise clinique, améliorent le contrôle des symptômes tout en préservant la dignité. Une **approche holistique** soulage la souffrance et enrichit l'expérience des patients et des soignants. La **collaboration multidisciplinaire et la participation du patient** sont indispensables pour une meilleure prise en soin.

REMERCIEMENTS

Ce poster a été réalisé grâce à nos patients, qui ont consenti au partage de leurs photographies, ainsi qu'au Dr Isabelle Fromantin, Maxime Chéron et Dr Hester Colboc pour leur relecture experte.

REFERENCES

- 1 Qiu, Jeanna M., and Mary-Jo DeVecchio Good. "Making the best of multidisciplinary care for patients with malignant fungating wounds: a qualitative study of clinicians' narratives." Palliative medicine 35.1 (2021): 179-187.
- 2 Gethin, Georgina, et al. "Palliative wound care: recommendations for the management of wound-related symptoms." Journal of wound management 26.1 (2025): S1-S40.
- 3 Beers, Emily H. "Palliative wound care: less is more." Surgical Clinics 99.5 (2019): 899-919.
- 4 Duffaydar, Hamza, et al. "Wound management amongst doctors in training: a cross-sectional study of education and capability." International Wound Journal 22.5 (2025): e70674.

