


LA PLAIE TUMORALE

05 février 2026, UCOG

Alice NOEL et Thomas BROUARD

IDE équipe mobile plaies CHU Rennes / IDE HDJ Onco CEM Rennes

DISTINGUER :

- ▶ Plaie chronique dans un contexte de maladie oncologique (escarres, ulcères)
 - ▶ Plaie ou complication induite par les traitements
 - ▶ Radio dermite, radionécrose
 - ▶ Syndrome main-pied
 - ▶ Plaie tumorale liée à la maladie et dont l'évolution dépend de la réponse des traitement anti-cancéreux
 - ▶ Cancérisation de plaies ulcéreuses
- 

DÉFINITION

La plaie tumorale, aussi appelée nodules de perméation, est une affection cutanée qui découlent d'un processus carcinologique.

Résultat de l'infiltration de la maladie au niveau des tissus ou d'une métastase dans la peau, peuvent impliquer les vaisseaux sanguins et lymphatiques [1], provoquant une ulcération de l'intégrité du tissu cutané.

Manifestation de la maladie oncologique primitive ou une localisation secondaire de cette dernière, appelée aussi métastase.

Evolution anarchique et incertaine.

PRÉVALENCE

Scientifiquement mal documenté

Estimation entre 5 à 10% des patients souffrants de cancers {1}

Etude révèle que 6,6% des K métastatiques développe une plaie tumorale {2}

Localisations multiples {3}:

- Poitrine
- Sphère oto-rhino-laryngologique
- Pli de l'aîne
- Parties génitales

1: S.ALEXANDER: Malignant fungating wounds: epidemiology, etiology, presentation and assessment - Journal of wound care vol 18, no 7, july 2009, 273-280.

2: 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. Epub 2009 Apr 21.

3: I.FROMANTIN: Etude de la flore bactérienne dans les plaies tumorales du sein: incidence des biofilms bactériens sur l'évolution des plaies et développement d'odeurs[Thèse de doctorat]. Cergy:Université de Cergy- Pontoise. 2012.

3 Types de plaies tumorales

Extériorisées



- Dites « Chou-fleur »
- Nauséabonde (colonisation+++)
- Impressionnantes
- Détersion peu efficace

Creusées



- Profondes
- Peut exposer des structures nobles
- Risque hémorragique+++

Etendues



- Souvent plus douloureuse
- Problématique de fixation pansement
- Vigilance KT

SPÉCIFICITÉ PLAIE TUMORALE

-> Définir Objectif ensemble

- ▶ TTT curatif à privilégier : CT,RT, Chirurgie

Evolution de la plaie dépend de la réponse aux traitements anti- cancéreux

- ▶ Souvent PEC palliative : importance qualité de vie du patient
- ▶ Gestion des effets secondaires et des complications : douleurs, saignement, odeur, écoulement
- ▶ Gestion des comorbidités: risque dénutrition, risque hémorragique, sepsis, sur-infection

Complications courantes {1,2}:

- Douleur
- Exsudat, écoulement
- Odeur
- Fibrine, Nécrose
- Saignement / Hémorragie

Impact ++ sur qualité de vie et estime de soi du patient

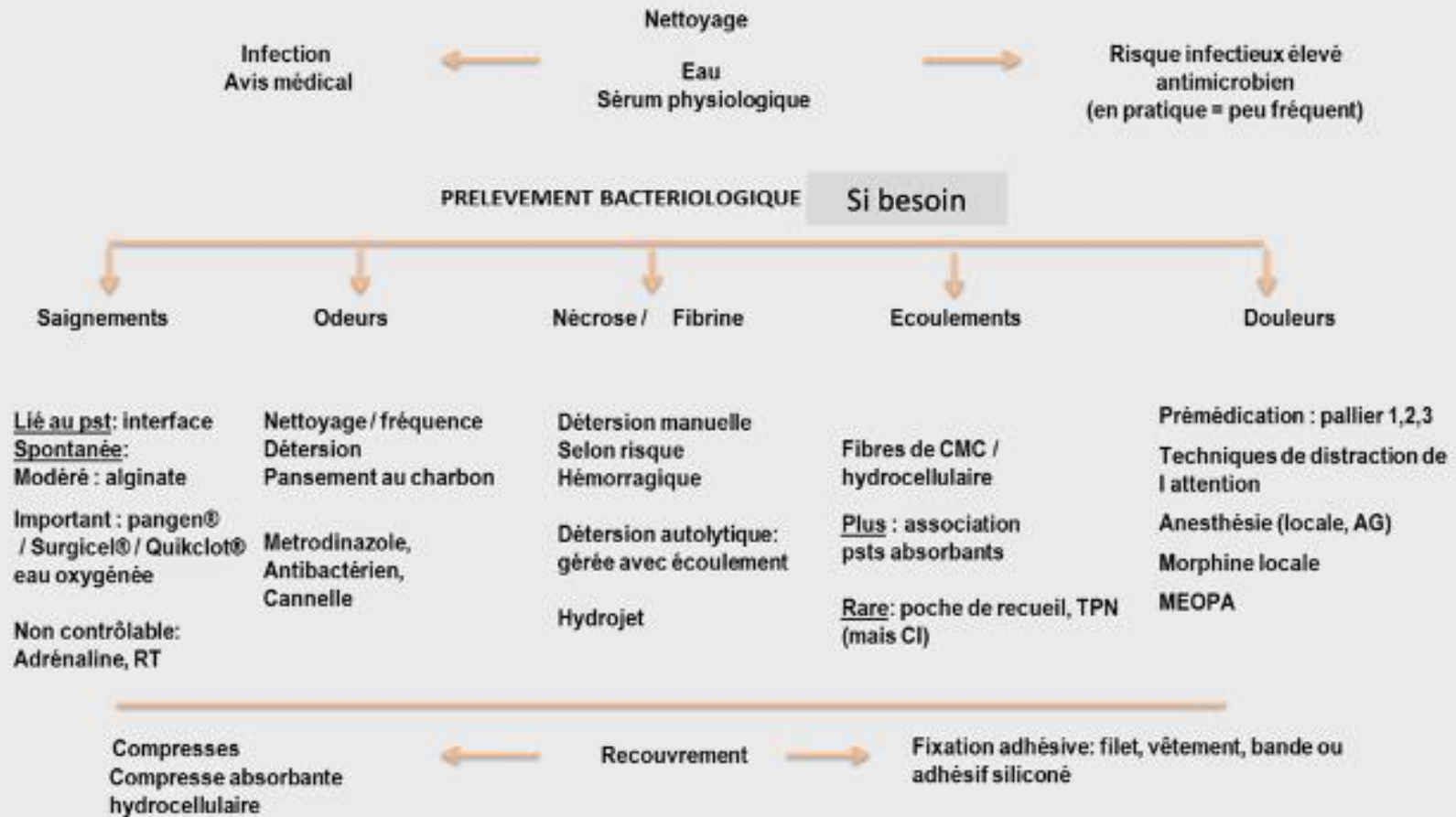
Étude 2009: révèle douleur comme la plus rapportée

1 : V.MAIDA et al.: Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series – J Pain Symptom Manage. 2009

2 : I.FROMANTIN, F.ROLLOT, M.NICODEME, I.KRIEGLER: Les plaies tumorales en soins palliatifs- Journal Soins n°792, janvier/février 2015, 31-34

LES PLAIES TUMORALES

Soins locaux



Bonne identification de l'objectif va déterminer le soin

- En fonction de la plaie et de sa localisation
- En fonction des TTT anti-cancéreux
- En fonction du patient : soin dans sa globalité pas simplement une plaie isolée

Prérequis au soin:

- Explication plaie/maladie : reflet de la progression : soutien psychologique, vécu du patient
- Prémédication en fonction de la douleur : adaptation palier antalgique
- Retrait du pansement souvent acte le plus douloureux du soin {1,2}: travail collaboration IDE/AS
- Explication des risques : hémorragiques / infection / douleur / odeur : réassurance +++

-> Importance de la pluridisciplinarité

1: S.E. GARNER, L.I. ABBOTT, C.A. FIALA, B.A. RAKEL: Factors associated with high pain intensity during wound care procedures: A model, Wound Repair Regen. 2017 August; 25(4): 558-563

2 : J.C. ERICKSON, Master class for practitioners the art of practice informed by theory and findingof research the use of hypnosis in anesthesia: a master class commentary

PLAIE ET DOULEUR

Pallier I, II, III

Bain de bouche d'Oramorph®

Xylocaine gel / spray / Urétrale

Casque de réalité virtuelle

Méopa®

Hypnose

Musicothérapie

Douleur au retrait des pansements +++

Intérêt de la collaboration AS / IDE (douche)

PLAIE EXSUDATIVE

Evaluer l'exsudat : épais, séro-sanglant

Pansement absorbant sans adhésion à la plaie : Fibre HPA : gélification

Si exsudatif avec saignement : alginate

Si fortement exsudatif : super absorbant en association ou non avec un pst primaire

Maintenir avec des pansements non adhésifs selon les différentes localisations

Seulement dans ce contexte : les pansements « sandwichs » sont autorisés

* Intérêt de la TPN pour gérer les exsudats et les odeurs. Confort pour le patient.
Réfection moins fréquente

NÉCROSE ET FIBRINE

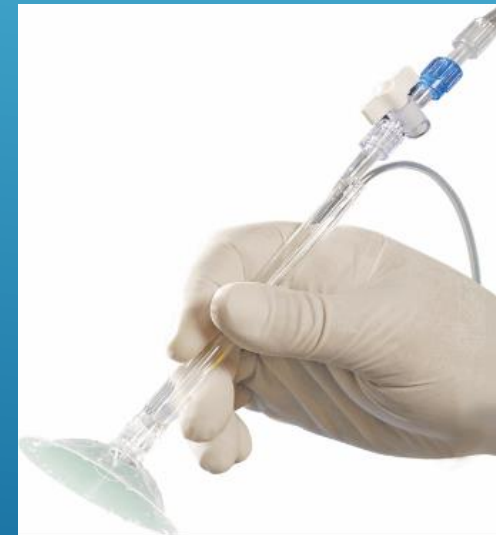
Geste de détersion non systématique : BENEFACTE/RISQUE
Evaluer le risque hémorragique, pas de décision seule

Si Détersion OK : Détersion douce sans curette ni bistouri juste compresses
tissées ou pince à disséquer

Attention si patient anti coagulé

Possibilité d'utilisation du Jetox®

La détersion a pour but de diminuer la charge bactérienne



PLAIE ET ODEUR

Présence de bactéries anaérobies
(ODEUR due aux écoulements, fibrine, biofilm)

Ressenti olfactif est différent entre soignant/patient
Verbalisation du patient ou non

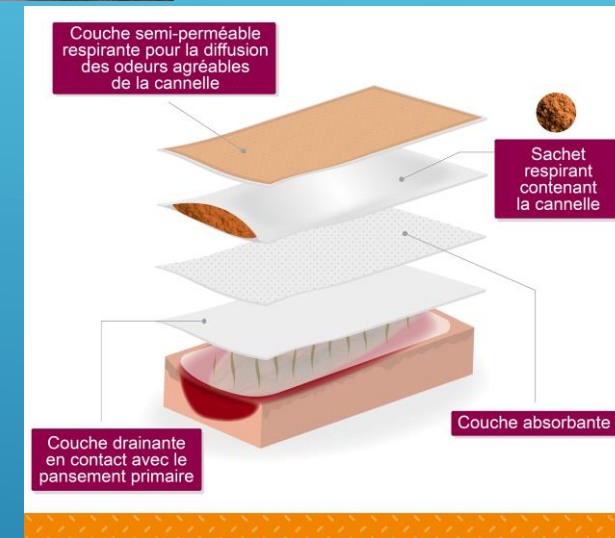
Lavage abondant (Jetox®)

Détersion si OK : diminuer charge bactérienne et donc les odeurs

Pst au charbon : pas en pst primaire, rôle de filtre (Actisorb®)

Pst à la cannelle : Cinesteam®

Possibilité de Metronidazole® par voix locale/IV



PLAIE ET SAIGNEMENT

Aucun pansement préventif existant

Retrait délicat sous la douche ou en humidifiant

Pression sur le point de saignement si possible

1^{ère} intention : Alginate en plusieurs couches

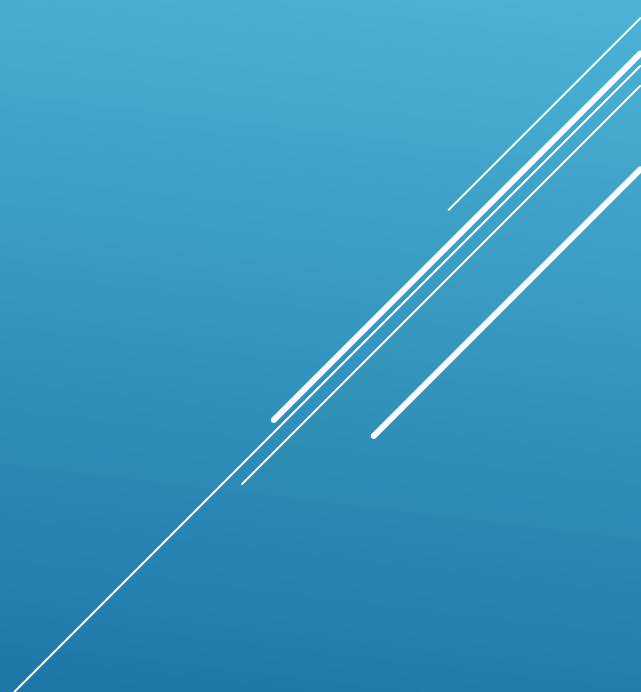
2^{ème} intention (si échec Algostéril®) pansement hémostatique exemple Surgicel® (cellulose oxydée) ou Pangen® (collagène)

En milieu hospitalier sur la plaie : Adrénaline® (épinéphrine) ou Exacyl® (acide tranexamique)

Education ++, prévenir patient et entourage



CAS CLINIQUES



Mr R, 75 ans,

Suivi pour une carcinome épidermoïde mandibulaire droit

ATCD

Néoplasie prostatique métastatique

19/09/26



21/10/2025



Détersion pour éliminer fibrine ++

RCP = Radiothérapie palliative, -> Sorbact® + Resposorb® + Mefix®

Puis transfert du patient près de sa famille au CH de Lorient (souhait du patient)

Mme L, 89 ans

Vit en EHPAD

30/09/25 Hospitalisée en unité de gériatrie aigue pour AEG ++ dans le cadre d'un carcinome mammaire avec métastases hépatiques.

Depuis un an, apparition d'une lésion de l'avant-bras gauche

- Augmentation de taille ->IRM le 31/07 : arguments pour suspecter un sarcome
- biopsie le 28/08 : sarcome indifférencié à cellules pléomorphes

15/09 RCP : préconisation d'une chirurgie ou d'une radiothérapie pour contrôler le sarcome

30/09/2025





Plaie = Hémorragique ++ à l'ehpad , alginate multi couche.
Ce jour, caillots + avec des amas tumoraux.
Décision de pansement par Pangen® et super absorbant, confort ++
patiente algique ++
Réfection du pst si saignement non contrôlé, soins de confort
Décès de la patiente le 03/10/25.

Mr A 74 ans

Patient suivi pour une maladie de Verneuil évoluant depuis l'enfance, touchant les plis, le cou et le visage.

Depuis 2 ans, apparition en haut du SIF d'une lésion à type d'abcès, qui ressemble aux lésions de Verneuil selon le patient

Evolution rapide en 2 mois : une collection de pus qui s'est spontanément drainée laissant place à une lésion ulcéreuse

Patient asthénique ++, impact ++ sur la vie quotidienne.

Plus d'activité physique, ne peut plus s'asseoir, difficulté à aller à la selle devant une lésion particulièrement douloureuse

-> Hospitalisation en service de dermatologie le 21/10/25

29/10/2025



05/11/2025



Pansement = Alginate + charbon + super absorbant

30/10/2025 IRM du rachis lombaire : Volumineuse lésion tissulaire suspecte étendue sur plus de 16 cm d'axe antéropostérieur le long des parties molles du périnée avec envahissement locorégional. Cette lésion pourrait être une lésion carcinomateuse épidermoïde primitif du canal anal avec extension dans les parties molles pelviennes adjacentes. À noter une vraisemblable atteinte sténosante du sphincter de l'anus avec importante distension du rectum d'amont.

22/10/2025 Biopsie cutanée : Aspect de carcinome épidermoïde de type commun, bien différencié et kératinisant, occupant toute l'épaisseur du derme.

07/11/2025 RCP : Stomie de décharge, évaluation nutritionnelle. Chimiothérapie néo adjuvante (carboplatin erbitux)
Discuter chirurgie après quelques cycles. Discuter radiothérapie adjuvante après la chirurgie

Du 23/11/2025 au 01/12/2025 : hospitalisé en réa med pour détresse respiratoire et déglobulisation dans les suites de son opération pour colostomie de décharge. Puis retour en service de dermato

RAD le 12/12/2025

1^{ère} chimio le 16/12.

Mr R, 84 ans

Vit en EPHAD, veuf, 2 enfants

ATCD :

Cardiomyopathie, troubles cognitifs

17/09/25 : intervention chirurgicale de 2 lésions du vertex assimilées à des carcinomes basocellulaires par les ORL

AEG depuis sortie d'hospitalisation, chutes à répétition

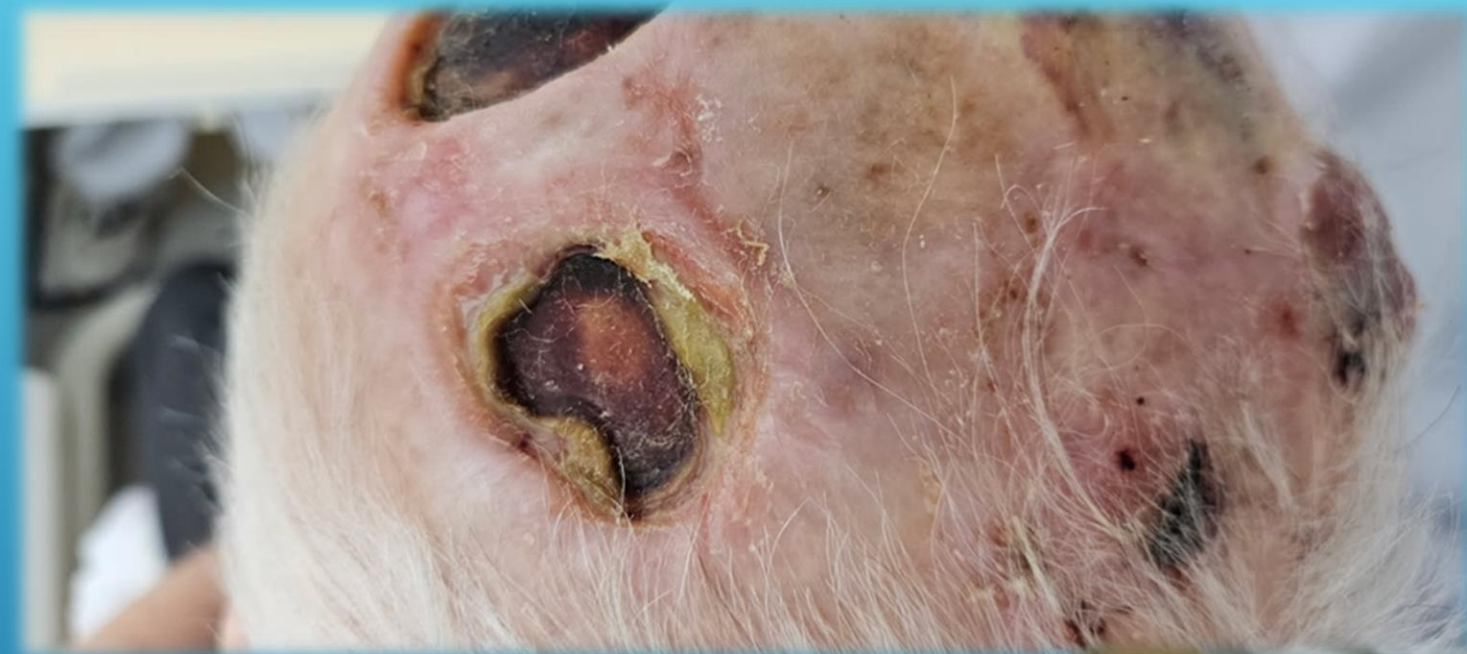
01/10/25 : Hospitalisation au SAU pour AEG et suspicion infection des plaies du vertex

Scanner cérébral : collection sous cutanée du vertex 11x4x10mm compatible avec un abcès
Infiltration des parties molles à proximité. Pas d'érosion osseuse

Avis ORL : indication pour antibiothérapie IV (Augmentin 2x3/ j pdt 7 j=

Hospitalisation en médecine interne

06/10/2025



Appel des IDE :

- Difficulté sur protocole car plaies sèches mais exsudatives
- Interrogation sur protocole ORL : Vaseline + Urgotul + Compresse+ Jersey
- Douleur ++
- Difficulté de maintien du pansement (ne tient que quelques heures)
→ Pst par Urgotul / compresse / jersey (appel de la famille pour obtenir casquette du patient qu'il a l'habitude de porter afin de maintenir le pst)

RCP onco dermato : biopsie -> mélanome

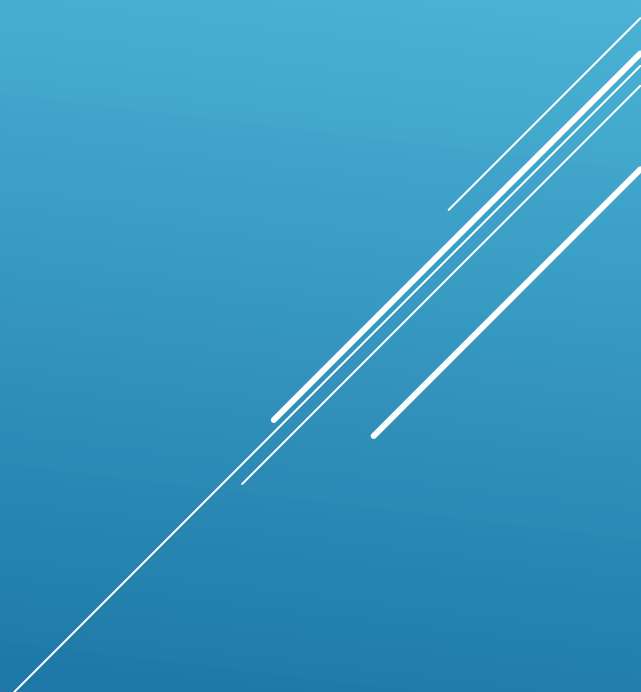
Bilan d'extention demandé, TEP scan en externe

16/10/25 : RAD à son EHPAD

RCP 11/25 post TEP : maladie multimétastatique et tumorale locale très avancée

-> PEC palliative

QUE FERIEZ VOUS ?



MERCI DE VOTRE ATTENTION

