

# PATHOLOGIE CUTANÉE ET PANSEMENTS

**La peau** est un élément incontournable des soins médicaux et infirmiers. Tout traumatisme exogène, direct, atteint la peau. Tout traumatisme indirect risque de l'altérer. L'examen clinique palpe une peau, observe la peau.

L'administration médicamenteuse parentérale se fait à travers la peau. La réanimation médicale se fait autour de la peau et de la muqueuse (prolongation histologique de la peau). Le traitement kinésithérapique "masse" et "mobilise" la peau.

Tout traitement chirurgical traverse la peau, que ce soit à ciel ouvert (grande incision) ou en percutané (contre-incision).

La cicatrisation en cas de lésion plus ou moins profonde est un processus physiologique que les soins externes appelés pansements sont censés favoriser.

Le pansement est un moyen de protection, d'observation et de surveillance d'une plaie opératoire ou traumatique et/ou d'une perte de substance cutanée. Cet acte doit pouvoir conduire, favoriser, voire hâter la cicatrisation.

## **Traitement chirurgical**

### **Suture**

Le rôle de la suture est de fixer le tissu cutané au moyen de fils de suture dans une position précise. La suture est fréquemment utilisée parce qu'elle est proposée après une

plaie traumatique franche, un parage, une incision chirurgicale, une plastie ou une greffe cutanée. La suture recherche la mise en contact plus ou moins appuyé des deux berges cutanées et assure l'hémostase et l'étanchéité.

**Les fils de suture** (voir figure 20.1) ont à leur extrémité une aiguille sertie droite ou courbe. Le calibre des fils varie de 10 à 30 centièmes de millimètre. Ils sont résorbables ou non (sur fils, nylon, acier) et leur texture variable : tressée ou torsadée, elle facilite la réalisation des nœuds mais laisse plus de traces ; leur texture est parfois de type monobrin mieux toléré mais d'utilisation délicate. Les techniques de suture sont multiples : elles intéressent le plan sous-cutané et le plan cutané (dermo-épidermique) de façon simultanée et/ou isolée (voir figure 20.1).

**Les aiguilles** sont :

- droites ou courbes ;
- serties dans la majorité des cas, c'est-à-dire que le fil est déjà amarré à l'aiguille ;
- rondes ou tranchantes : les aiguilles rondes sont moins traumatisantes pour les tissus mous. Les aiguilles tranchantes sont triangulaires à la coupe. Elles servent à traverser des tissus résistants.

**Les points de sutures** peuvent être continus (surjet), simples ou séparés.

Les points sont indépendants, ils peuvent être simples, en "U", en "X".

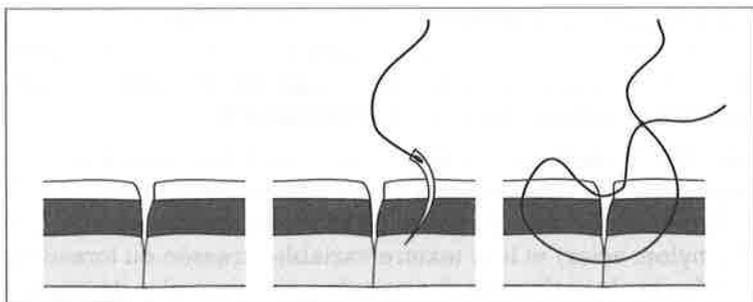
**La date d'ablation des fils varie** de 3 jours à 3 semaines. Elle sera d'autant plus précoce que la zone suturée est bien vascularisée, fine et peu mobile.

Les délais suivants sont classiques :

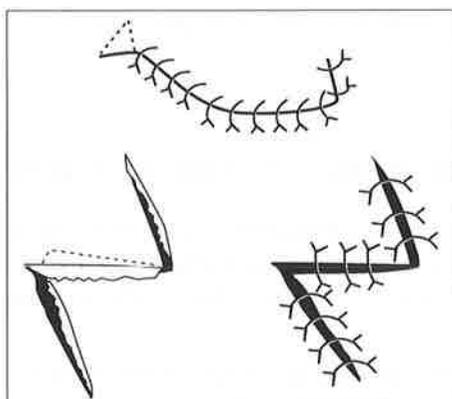
- pour la paupière, 3 jours ;
- pour la paume de la main, 21 jours ;
- pour l'abdomen, 15 jours.

## Plastie et greffe

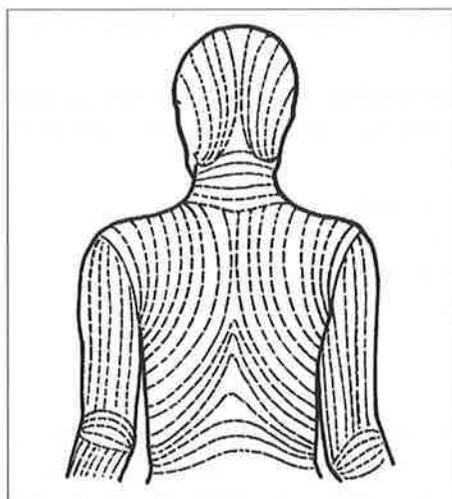
La greffe est le recouvrement partiel ou total d'une perte de substance cutanée par une certaine surface de peau prélevée sur une autre partie du corps. La partie prélevée n'est plus



**Figure 20.1.** Il existe différents types de sutures : celui-ci a aboutit au point dit de Blair-Donati



**Figure 20.2**  
Les plasties



**Figure 20.3**  
Les lignes de tension cutanée

vascularisée. La greffe cutanée a, avant tout, un rôle de couverture cutanée mais elle est réalisée dans un but de protection stérilisante et trophique. Cette technique est utilisée après une excision cutanée chirurgicale, après un scalp traumatique qui détermine une surface cruentée, ou après obtention d'une surface bourgeonnante par cicatrisation dirigée.

La couverture d'une perte de substance cutanée (PDSC) peut se faire par une surface similaire de peau prélevée à proximité ou à distance mais conservant un pédicule cutané assurant un apport vasculaire. Dans ce cas, la peau mobilisée conserve toutes ses qualités et n'adhère pas au plan profond ni aux organes nobles qui sont exposés dans la perte de substance.

**Les plasties locales** sont caractérisées par le fait qu'elles gardent définitivement le pédicule dont elles dépendent, et sont réalisées en un seul temps. Morel Fatio distingue :

*Les plasties d'échange*, constituées de deux triangles opposés qui sont intervertis comme dans la plastie en Z, et la plastie en III de Dufourmentel.

*Les plasties d'avancement* ou de glissement, « généralement quadrilatères ; elles se fondent sur l'élasticité de l'ensemble depuis le pédicule jusqu'à l'extrémité » (voir figure 20.1).

*Les plasties de translation*, qui servent aussi à combler une perte de substance (PDSC) triangulaire : « aucune traction n'est exercée, elles basculent autour de leur pédicule suivant un angle peu ouvert, leur migration détermine une perte de substance cutanée qui est souvent greffée » (voir figure 20.1).

*Les plasties de rotation*, destinées à traiter une perte de substance cutanée (PDSC) triangulaire, « selon une courbe menée à partir du petit côté du triangle qui la conduit dans sa nouvelle position ».

*Les plasties de transposition* : longues et étroites, ces plasties décrivent « au niveau de leur pédicule une rotation importante », la migration de la plastie « enjambe une portion de tissu sain laissé en place ».

**Les plasties à distance** nécessitent la section du pédicule (en général au bout de trois semaines) car le rapprochement des zones donneuse et receveuse nécessite l'immobilisation d'une

ou plusieurs articulations. Il peut s'agir de lambeaux tubulés ou de lambeaux plats ; ils peuvent être disposés sur la zone à traiter soit directement, soit par l'intermédiaire de relais (au niveau de l'avant-bras par exemple).

### **Les plasties dans les lambeaux libres**

La zone donneuse est à distance de la zone receveuse. Le pédicule vasculaire est coupé dès le premier temps et il est anastomosé par microsuture vasculaire à des vaisseaux limitrophes de la zone receveuse. Le plus commun est le lambeau inguinal vascularisé par l'artère circonflexe iliaque superficielle et par l'artère sous-cutanée abdominale.

## **Pansements**

Sur un milieu (la peau) où la flore ne peut jamais être absente, tout pansement doit pouvoir tenir compte de ce paramètre, et composer avec ce « micro-climat » environnant.

Ce micro-climat est variable d'un siège cutané à l'autre (pli de l'aîne, zone axillaire, dos de la main, etc.), d'un individu à l'autre, d'une plaie à l'autre, en fonction de certaines conditions locales particulières.

Ces conditions locales sont les frottements de la région, l'humidité, la pilosité, la température. Il est évident que les zones découvertes, telles que les doigts, la partie supérieure du cou ou le front, ont une température superficielle inférieure à la température centrale. En revanche, dans les zones cutanées des plis de flexion ou près d'orifices naturels, la température est plus élevée. Le frottement au niveau de la face postérieure du coude n'est pas le même que le frottement qui existe au niveau de la région thoracique ou xiphoidienne et ce mouvement mécanique tend à éliminer ou à diminuer la flore de la face postérieure du coude.

Le pansement doit avoir pour but la protection d'une plaie, le nettoyage de la plaie, mais il doit surtout s'organiser autour du processus de cicatrisation et favoriser ce processus sans rendre la multiplication cellulaire plus importante.

On peut donc dire que favoriser le processus de cicatrisation c'est favoriser le processus inflammatoire ; voilà pourquoi certains pansements sont appelés pro-inflammatoires.

À l'opposé, il existe des pansements anti-inflammatoires ou des pansements mixtes.

### **Pansement pro-inflammatoire (PPI)**

Il favorise la prolifération du bourgeon mais aussi des germes qui existent inévitablement autour et dans la plaie. L'effet immédiat de cette prolifération est l'élimination des formations fibreuses des sécrétions autour de la plaie et dans la plaie, qui servent en fait à alimenter cette multiplication.

Cette activité cellulaire peut aboutir à une pullulation de germes et se terminer par une surinfection (chose à éviter).

Un pansement pro-inflammatoire doit donc être surveillé, contrôlé, interrompu au moment opportun. C'est un pansement à utiliser fréquemment mais avec précaution.

Il sera proposé en début de traitement et sera interrompu avant que la pullulation des germes n'attaque l'évolution du bourgeon charnu.

Le but de ce type de pansement est la détersion et la remise en activité d'une « plaie atone », ne saignant plus au contact.

*Exemple :*

- malade dénutri ;
- ulcère de la jambe ;
- plaie ancienne mal soignée ;
- etc.

L'exemple type du PPI est la vaseline ou le tulle gras. Le pansement abrasif ou le pansement mécaniquement détergent, par une pince ou par une curette, est un pansement inflammatoire.

Cette stimulation de la cicatrisation peut se faire avec des agents chimiques ou mécaniques.

### **Pansement anti-inflammatoire (PAI)**

C'est un pansement qui limite le processus de cicatrisation quand celui-ci devient hyperévolutif et/ou non organisé. Ce type de cicatrisation se reconnaît par la formation de pseudo membranes ou pseudo bourgeons, non attachés à la plaie et qui sont détachables facilement à la pince avec ou sans saignement.

Le traitement anti-inflammatoire peut être chimique ; les corticoïdes bloquent le développement du bourgeon charnu mais peuvent, *a contrario*, favoriser le développement des germes et leur multiplication.

Voilà pourquoi certains proposent le pansement mixte, qui associe aux corticoïdes un pansement qui contient un antiseptique ou un produit antibiotique.

### **Pansement mixte**

Son action est quelque peu contradictoire, car si elle va inhiber le développement du bourgeon charnu, elle risque peut-être de développer l'élément infectieux. C'est à ce niveau que l'antibiothérapie locale ou le produit antiseptique peuvent jouer un rôle afin que l'action anti-inflammatoire ne devienne pas infectieuse.

Le traitement type est le tulle bétadiné, le sophratulle, le tulle gras avec antibiotique. Il s'agit d'un pansement hybride à manipuler avec précaution.

#### À savoir

Le pansement est un acte thérapeutique précis qui modifie l'environnement immédiat de la zone intéressée ; il crée un "micro-climat thérapeutique" (Vilain).

Un pansement est réalisé dans trois circonstances :

- après un traumatisme fermé entraînant un œdème ou une ecchymose ;
- en cas de plaie avec ou sans perte de substance cutanée ;
- après une intervention chirurgicale.

Le pansement remplit un des rôles suivants (ou plusieurs rôles simultanément) :

- protection contre les chocs : c'est le pansement « pare-chocs » qui est réalisé par exemple pour un moignon digital récent ;
- absorption des sécrétions entraînées par une brûlure récente ou par une nécrose cutanée en voie d'élimination ;
- hémostase pour une plaie traumatique récente ou pour une zone donneuse de greffe cutanée ;
- immobilisation d'un segment de membre où une suture profonde a été réalisée (nerf, artère, tendon) ou d'une greffe cutanée ;

- antioedème ou compression et immobilisation en position de fonction s'associent pour faire diminuer le volume d'un segment de membre contus, et plus particulièrement la main ;
- cicatrisation : le pansement favorise les mécanismes biologiques de la cicatrisation par une action pro-inflammatoire pour les phases d'élimination et de bourgeonnement et par une action anti-inflammatoire pour les phases d'épidermisation ;
- stérilisation cutanée : la peau est débarrassée des germes de contamination pour tous les actes thérapeutiques dits invasifs, comme les injections médicamenteuses, les introductions de cathéter et toutes les interventions chirurgicales.