

Gestion des plaies complexes de la tête impliquant les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et temporaux : une série de cas

RÉSUMÉ

L'utilisation d'un outil complet d'évaluation des plaies et la sélection appropriée de pansements peuvent aider les cliniciens à gérer des plaies complexes. Le présent article décrit les soins prodigués à deux patients présentant des plaies à la tête. Le premier cas est un patient ayant subi l'échec d'un lambeau du muscle temporal droit et dont le périoste était exposé suite à une large excision. Le second cas explore la gestion d'un abcès du muscle sterno-cléido-mastoïdien qui s'est développé au cours d'une radiothérapie pour un cancer du cou et de la tête. L'article décrit comment le choix d'une cicatrisation par deuxième intention peut éviter aux patients de subir des interventions chirurgicales supplémentaires dont les résultats ne sont pas toujours favorables.

Mots clés Tête et cou, déhiscence de plaie, plaie chronique, chimiothérapie et radiothérapie, greffe de peau mince, préparation du lit de la plaie

Pour référencement Liew AYJ & Chang YY. Management of complex head wounds involving the temporalis and sternocleidomastoid muscles: a case series. WCET® Journal 2019;39(4):41-44

Identifiant d'objet numérique <https://doi.org/10.33235/wcet.39.4.41-44>

INTRODUCTION

Les progrès médicaux dans la gestion des cancers de la tête et du cou offrent aux patients la flexibilité de choisir leur traitement. Cependant, certains facteurs comme des immunothérapies actives ou une résection chirurgicale précédente peuvent avoir un impact sur la guérison ou entraîner un du lit de plaie malsain.¹ En outre, certains patients ne sont pas des candidats appropriés à une intervention chirurgicale ou préfèrent un traitement conservateur.

Cette série d'études de cas propose d'examiner deux cas dans le cadre desquels des pansements conventionnels ont été utilisés pour la fermeture de plaie. Le premier cas est celui d'un patient présentant un échec de greffe de peau mince du muscle temporal droit avec un crâne exposé après une large excision pour le traitement d'un carcinome basocellulaire. Le second cas est celui d'un patient qui a développé un abcès du cou dans la région du muscle sterno-cléido-mastoïdien lors d'une chimiothérapie et qui a subi une incision et un drainage. Ces deux cas ont été étudiés à l'aide du

triangle de l'évaluation de la plaie qui a fourni aux cliniciens un guide d'évaluation holistique.²

PREMIÈRE ÉTUDE DE CAS

Monsieur A., un Chinois âgé de 77 ans, s'est présenté, le 29 avril 2016, au service de consultation externe spécialisé tête et cou d'un hôpital de soins tertiaires aigus, avec une lésion du muscle temporal droit. La lésion était présente depuis sa naissance, mais il a remarqué que sa taille avait augmenté pour atteindre 1 x 3 cm après une blessure accidentelle chez le coiffeur deux ans auparavant. La lésion ne présentait aucun saignement par contact, aucun suintement et n'était pas douloureuse. Un examen de la tête et du cou n'a révélé aucun ganglion lymphatique cervical palpable. Monsieur A. a subi une biopsie-exérèse de la grosseur du muscle temporal droit en mai 2016. L'histologie a révélé un adénocarcinome apocrine et un carcinome basocellulaire provenant d'un kyste de nævus sébacé. Une tépographie n'a indiqué aucune accumulation significative de fluorodésoxyglucose (FDG) dans d'autres régions, mais M. A. a dû subir une excision plus large pour une ablation adéquate de la tumeur.

Le 23 mai 2016, M. A. a subi une large excision afin de recouvrir le périoste exposé à l'aide d'un lambeau de muscle temporal droit, suivie d'une greffe de peau mince pour recouvrir le lit de la plaie. La greffe de peau mince a été fixée à l'aide d'un pansement en mousse de polyuréthane et le patient a quitté l'hôpital 2 jours plus tard. Un premier examen de la plaie du lambeau du muscle temporal droit 10 jours plus tard a révélé que la greffe de peau mince avait bien pris. Toutefois, un examen de la plaie une semaine plus tard a révélé une nécrose humide sur les bords de la greffe de peau mince et une exposition du périoste. La plaie du patient a été traitée avec Aquacel® Ag (Royaume-Uni), un pansement hydrofibre

Angela Yi Jia Liew*

RN, CWOCN

Infirmière assistante clinicienne, service des soins infirmiers, soins infirmiers spécialisés (soins des plaies), Hôpital général de Singapour, Singapour

E-mail : Angela.liew.yj@sgh.com.sg

Yee Yee Chang

MN, RN, CWOCN

Infirmière clinicienne, service des soins infirmiers, soins infirmiers spécialisés (soins des plaies), Hôpital général de Singapour, Singapour

*Auteur-ressource



Figure 1 : présentation initiale



Figure 2 : un mois après la présentation initiale



Figure 3 : trois mois après la présentation initiale



Figure 4 : cinq mois après la première consultation

contenant de l'argent, et par une autre intervention chirurgicale pour recouvrir le lambeau étant donné que la plaie restait stagnante malgré un changement de pansement tous les deux jours. Le chirurgien principal l'a orienté vers l'équipe de soins des plaies, car M. A. a refusé une intervention chirurgicale et préférait une approche conservatrice.

À l'inspection, la plaie du muscle temporal droit mesurait 3 x 5 cm avec une profondeur de 1 cm (voir la figure 1). Le lit de la plaie contenait le périoste exposé mesurant 2 x 3 cm avec une nécrose humide sur les bords de la plaie et des zones de peau greffée qui avaient pris. Aucun signe d'infection locale n'a été détecté. Les cheveux ont été rasés autour de la zone périlésionnelle pour assurer une bonne marge pour l'application du pansement. Les cliniciens de soins des plaies ont procédé à un débridement chirurgical conservateur du tissu dévitalisé sur les bords de la plaie. La plaie a été nettoyée avec une solution saline normale et a été pansée pour la première fois avec un pansement à couche de collagène (Helioid®). Le patient a appris comment changer la gaze externe si elle était souillée pour contrôler l'exsudat.

Lors de sa consultation un mois plus tard, la plaie du patient présentait un tissu d'hypergranulation friable dans l'aspect inférieur du lit de la plaie (voir la figure 2). Une excision à ras utilisant une lame a été effectuée pour gérer le tissu d'hypergranulation chaque semaine et le pansement au collagène n'a été changé que s'il n'était pas dégradé car il servait d'échafaudage permettant au tissu de granulation de migrer et de recouvrir le périoste exposé.³

Un examen par le chirurgien trois mois plus tard a révélé une contraction des bords de la plaie, recouvrant le périoste (voir la figure 3). La granulation hypertrophique persistait sur les bords de la plaie et a nécessité une excision à ras périodique. Le pansement au collagène a été utilisé jusqu'à l'épithélialisation complète qui a eu lieu 5 mois après la première consultation avec l'équipe de soins des plaies (voir la figure 4).

DEUXIÈME ÉTUDE DE CAS

Monsieur B., un Chinois de 71 ans, qui avait subi une radiothérapie pour un carcinome squameux (CCS) de l'amygdale droite, s'est présenté aux urgences avec un abcès dans la région du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit. Une tomodensitométrie (TDM) du cou a révélé le développement d'un abcès multiloculé sur toute l'étendue du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit avec cellulite sus-jacente. Le patient a subi une incision et un drainage d'urgence de l'abcès. Du fait que M. B. subissait une radiothérapie active et donc n'était pas candidat à une ablation chirurgicale du CCS, il a été

orienté vers l'équipe de soins des plaies pour une gestion de suivi du site chirurgical.

Une première évaluation a été effectuée le 15 août 2016 dans la clinique spécialisée des plaies d'un hôpital de soins tertiaires aigus. La plaie du muscle sterno-cléido-mastoïdien était une base de plaie nécrosée mesurant 3 x 4,5 cm, d'une profondeur de 1 cm et creusante de 12 à 14 heures sur une longueur de 1 cm (voir la figure 5). On a noté la présence d'un érythème périlésionnel, d'une hyperpigmentation aiguë due à la radiothérapie, et d'une sensibilité avec une quantité minimale d'exsudat. En outre, du fait que le lit de la plaie se situait près d'importants vaisseaux du cou, un débridement chirurgical était déconseillé. Comme le patient devait poursuivre la radiothérapie prescrite, une gestion initiale de sa plaie avec un antimicrobien topique a été envisagée. Un pansement quotidien de povidone iodée a donc été utilisé, car il était économique et réduisait la charge microbienne du lit de la plaie.⁴

Une fois le traitement oncologique terminé deux semaines plus tard, une nouvelle évaluation de sa plaie a été effectuée (voir la figure 6). Les dimensions de la plaie étaient de 3 x 4,5 cm et 1 cm de profondeur. Des zones minimales de granulation ont été observées et le lit de la plaie était essentiellement recouvert de nécrose humide adhérente. La plaie a été nettoyée avec une solution saline normale. Monsieur B. a tout d'abord reçu de la poudre d'iode cadexomérique Lodosorb® (Nouvelle-Zélande), puis une pommade d'iode cadexomérique avec une plaque hydrocolloïde Duoderm® CGF® (Danemark) et comme pansement secondaire pour favoriser un environnement de cicatrisation de plaie humide.⁴ Comme la progression de la plaie était lente, la modalité de traitement a été modifiée après 3 ou 4 mois en faveur du gel d'argent Askina® Calgitrol (Royaume-Uni), mais a été abandonnée au bout d'un mois en raison d'une multiplication du tissu fibrotique sur le lit de la plaie (voir la figure 7). Monsieur B. a ensuite de nouveau reçu une pommade d'iode cadexomérique avec une plaque hydrocolloïde. Il s'est rendu à la clinique de soin des plaies deux fois par semaine pour un débridement soigné du tissu dévitalisé lâche, étant donné l'anatomie des principaux vaisseaux autour du lit de la plaie. Comme la peau périlésionnelle était sèche, il lui a été conseillé d'appliquer une crème hydratante tous les jours.

Six mois après le traitement et l'examen initiaux, le lit de la plaie mesurait 3 x 4 cm avec une profondeur de 0,5 cm de la plaie (voir la figure 8). Monsieur B. a continué de recevoir deux pansements hebdomadaires à la clinique de soins des plaies pour le débridement du tissu dévitalisé lâche, avec la pommade d'iode cadexomérique

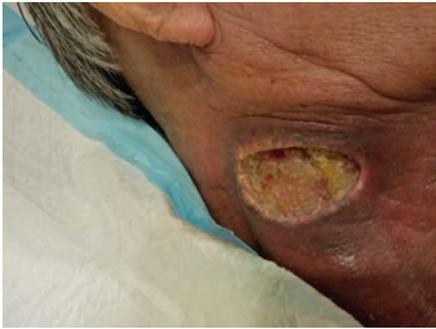


Figure 5 : présentation initiale



Figure 6 : deux semaines après la présentation initiale



Figure 7 : trois à quatre mois après la présentation initiale



Figure 8 : six mois après la présentation initiale

Iodosorb® et le pansement hydrocolloïde Duoderm® CGF® (Danemark). Une fois tout le tissu fibrotique a été retiré et que le lit de la plaie était superficiel, le patient a continué d'utiliser une plaque hydrocolloïde essentiellement pour encourager la granulation.⁴ L'épithélialisation totale a été constatée un an après la première consultation.

DISCUSSION

L'étude de Winter⁵ sur l'épithélialisation des plaies dans un modèle porcin a démontré que pour qu'une cicatrisation des plaies ait lieu, la combinaison de trois facteurs doit être prise en compte : la réduction de la charge bactérienne sur le lit de la plaie, la vascularisation et l'hydratation de la plaie. De plus, un article récent a inclus le débridement et la gestion de l'œdème comme facteurs essentiels dans la cicatrisation des plaies.⁶ La compréhension de ces principes, combinée à l'utilisation du triangle d'évaluation des plaies, a aidé les cliniciens de soins des plaies à élaborer un plan de traitement centré sur le patient qui a guidé leur choix en matière de pansements pour ces deux cas.⁷

Dans le cas de M. A., le lit de la plaie était le périoste exposé, qui n'était plus irrigué.⁸ Le taux d'exsudat sur le lit de la plaie assurait suffisamment pour la cicatrisation de la plaie et n'était pas excessif. La plaie de M. A. ne présentait pas de signes d'infection locale, systémique ou extensive. Les bords de la plaie étaient constitués de tissu hypertrophiques.³ La région temporale, recouverte de cheveux, correspondait à la région périlésionnelle. La peau périlésionnelle était saine, sans aucun signe d'eczéma, de macération ou de déshydratation. Le plan de gestion était donc le suivant : faciliter la granulation depuis les bords de la plaie pour la refermer, exciser à ras le tissu hypertrophique au bord de la plaie ; et protéger le lit de la plaie des sources externes d'infection pouvant survenir en raison du manque d'adhérence du pansement secondaire. La présentation de la plaie a limité le choix des pansements à ceux capables de stimuler l'angiogenèse et la granulation, comme les pansements au collagène.²

La couche externe du périoste est pauvre en cellules ; par conséquent, la progression épithéliale est difficile dans un tel lit de plaie en raison d'une mauvaise irrigation sanguine et de l'absence de tissu viable pour la synthèse du collagène.⁹ L'élastase, qui active la métalloprotéinase matricielle (MMP), est souvent présente dans ce type de plaies non cicatrisantes.³ Elle inhibe les composants de la matrice extracellulaire (élastine et collagène) en liant et en épuisant les niveaux de collagène dans le lit de la plaie. Il en résulte une dégradation de la matrice extracellulaire et une réduction des niveaux de fibroblastes essentiels à la phase proliférative de cicatrisation de la plaie.³ Un pansement au collagène risque de perturber les niveaux d'élastase, réduisant les niveaux de MPM en se liant aux facteurs de croissance et en inactivant la MPM sur le lit de la plaie.³ De même, l'utilisation d'un pansement au collagène peut accroître le dépôt de nouveau collagène dans le lit de la plaie, car le fibroblaste et les macrophages se fixent bien à la structure tridimensionnelle du collagène. Cela peut propulser la plaie de la phase inflammatoire à la phase proliférative, initiant ainsi l'angiogenèse.³ Pour finir, cela stimule la migration cellulaire en assurant un environnement de plaie humide et l'équilibre du fluide au sein du lit de la plaie.³

Un débridement chirurgical conservateur du tissu hypertrophique a été effectué périodiquement aux bords de la plaie afin de faciliter la migration latérale des cellules.² La pose d'un pansement secondaire a présenté des difficultés ; il a donc fallu raser la région temporale afin de rendre la zone plus visible et d'empêcher la contamination du lit de la plaie par des corps étrangers tels que des cheveux.¹⁰ Le sébum des follicules pileux a également rendu l'adhérence du pansement secondaire difficile. Une couche protectrice d'agent non piquant a été pulvérisée sur la zone périlésionnelle avant l'application du pansement secondaire.

Comme pour M. B., la présentation était différente, car il poursuivait sa radiothérapie. La présentation initiale de la plaie était un lit de plaie sec ; l'objectif initial du traitement après l'incision et le drainage était de réduire la biocharge sur le lit de la plaie. Une évaluation de sa plaie après la radiothérapie était un lit de plaie fibrotique, sec, et fibrineux. Le bord de la plaie et la peau périlésionnelle étaient également secs. Le plan de gestion était le suivant : réhydratation du lit de la plaie, des bords de la plaie et de la peau périlésionnelle pour favoriser un environnement de cicatrisation de plaie humide ; débridement du tissu non viable ; et prévention des infections. Un débridement chirurgical conservateur était risqué vu l'emplacement anatomique de la plaie et sa proximité avec de gros vaisseaux de la région sterno-cléido-mastoiïdienne. Un débridement autolytique a donc été sélectionné avec un produit antimicrobien qui a continué de réduire la charge microbienne du lit de la plaie.⁴

Dans le cas de M. B, les cliniciens de soin des plaies ont constaté les effets précoces et retardés de la radiothérapie sur la cicatrisation de la plaie, vu sa proximité avec la plaie sterno-cléido-mastoïdienne. Les rougeurs que présentait M. B immédiatement post-irradiation (illustrées dans les figures 5 et 6 dans la région périlésionnelle) étaient dues à une desquamation sèche causée par la radiothérapie.¹¹ Il y avait également une altération de toutes les couches de tissu post-radiothérapie, le derme et le tissu sous-cutané ayant été progressivement remplacés par du tissu dense et fibrotique. Cela était dû à l'irrégularité des fibrilles de collagène causée par des anomalies de production de collagène formées par les fibroblastes et les myofibroblastes.¹¹

La pommade d'iode cadexomérique a été choisie pour ses propriétés antimicrobiennes et autolytiques.¹² La nature occlusive des pansements d'hydrocolloïde a contribué à faciliter la granulation et inhibé la prolifération bactérienne.⁴ Monsieur B. a préféré la conformabilité et la capacité d'absorption d'exsudat qu'offrent les pansements d'hydrocolloïde. Il lui a été conseillé d'appliquer une crème hydratante sur sa peau périlésionnelle, car elle était sèche et provoquait une gêne et des démangeaisons. Même si la plaie était de petite taille, M. B a dû patienter presque un an avant l'épithélialisation totale de sa plaie.

Le triangle d'outil d'évaluation de la plaie a fourni aux cliniciens de soins des plaies une vue globale de l'évaluation d'une plaie qui leur a permis de concevoir un plan de gestion adapté. Cet outil a été utilisé en combinaison avec une compréhension de la cicatrisation des plaies dans des zones irradiées ou des lits de plaie non irrigués. Il a également été noté que les patients seraient exposés à des frais si les cliniciens étaient incapables de sélectionner un pansement pour le but auquel il est destiné.⁴ Bien informés, le clinicien du soin des plaies et le patient ont pu fixer des objectifs de traitement et un calendrier de cicatrisation réalistes.

CONCLUSION

Une issue favorable dans le domaine de la fermeture de plaies complexes par deuxième intention dépend d'une bonne compréhension des défis que présentent les plaies complexes. Le clinicien de soins des plaies doit élaborer un plan de traitement réaliste centré sur le patient, et sélectionner le pansement adapté qui permettra d'obtenir les résultats souhaités.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts avec ces études.

FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Coskun H, Erisen L, Basut O. Factors affecting wound infection rates in head and neck surgery. *Otolaryngol Neck Surg* [Internet]. 2000;123(3):328–33.
2. Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding K. Triangle of wound assessment made easy. *Wounds Asia* [Internet]. 2015;1–6.
3. Fleck CA, Simman R. Modern collagen wound dressings: function and purpose. *J Am Col Certif Wound Spec* [Internet]. 2010;2(3):50–4.
4. Vowden K, Vowden P. Wound dressings: principles and practice. *Surg (UK)* [Internet]. 2017;35(9):489–94.
5. Winter GD. Some factors affecting skin and wound healing. *J Tissue Viability* [Internet]. 2006;16(2):20–3.
6. Jones J. Winter's concept of moist wound healing: a review of the evidence and impact on clinical practice. *J Wound Care* 2005;14(6):273–6.
7. Baranoski S, Ayello EA. Wound dressings: an evolving art and science. *Adv Ski Wound Care* 2012;25(2):87–92.
8. Dwek JR. The periosteum: what is it, where is it, and what mimics it in its absence? *Skeletal Radiol* 2010;39(4):319–23.
9. Agarwal A, Andrew LE, Ayello EA, Baranoski S, Bates-Jensen BM, Bauer C, et al. Chapter two: wound healing. In: Doughty DB, McNichol L, editors. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ core curriculum: wound management*. 1st ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016. p. 24–68.
10. Sebastian S. Does preoperative scalp shaving result in fewer postoperative wound infections when compared with no scalp shaving? A systematic review. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2012;44(3):149–56.
11. Wang J, Boerma M, Fu Q, Hauer-Jensen M. Radiation responses in skin and connective tissues: effect on wound healing and surgical outcome. *Hernia* 2006;10(6):502–6.
12. Sandoz H, Swanson T, Weir D, Schultz G. Biofilm-based wound care with cadexomer iodine. *Wounds Int* [Internet]. 2017;(November):1–6.