

# Prise en charge de plaies en retard de cicatrisation dans une unité de traitement des plaies

C. Masseron <sup>(1)</sup>, Dr C. Leaute-Labreze <sup>(2)</sup>, Pr P. Pelissier <sup>(3)</sup> et Dr J.-C. Castede <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Infirmière, Chirurgie plastique, Service des brûlés, Unité de traitement des plaies, C<sup>re</sup> F.-X. Michelet, CHU Bordeaux

<sup>(2)</sup> Unité de Dermatologie Pédiatrique, C<sup>re</sup> de référence des maladies rares de la peau, Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux

<sup>(3)</sup> Chef du service de Chirurgie plastique, C<sup>re</sup> F.-X. Michelet, CHU Bordeaux <sup>(4)</sup> Resp. du pôle des spécialités chirurgicales, Service des brûlés, C<sup>re</sup> F.-X. Michelet, CHU Bordeaux

## INTRODUCTION

Le nouveau Centre François-Xavier Michelet accueille le pôle de spécialités chirurgicales dont le service des brûlés, la chirurgie plastique et l'unité de traitement des plaies. Dans le cadre de la consultation de cette unité nous suivons des patients ayant des plaies post-traumatiques ou post-chirurgicales (greffes de peau, lambeaux) en retard de cicatrisation, et de plus en plus de patients porteurs de plaies chroniques.

Les facteurs de retard de cicatrisation sont multiples, liés au patient (HTA, tabagisme, terrain artériel et / ou veineux chronique, diabète,..) mais aussi lié à la plaie (plaies traumatiques complexes, évolution émaillée d'épisodes infectieux (ostéite en particulier), plaies de grande taille ou profonde mettant à nu os et tendons, antécédents d'irradiation...).

## PATIENTS ET PLAIES

Chez ces patients avec plaies détergées, ne présentant pas ou plus de signes d'infection locale mais ne cicatrisant pas après 3 à 8 mois de soins locaux adaptés (dont thérapie par pression négative), nous avons démarré une prise en charge locale par le pansement **Cellostart**. Les patients sont âgés de 59 ans en moyenne, 50 % présentent plusieurs plaies (1 à 5), la taille moyenne de ces plaies est de 15,4 cm<sup>2</sup> (5,3-26), dans la moitié des cas un ou des tendons étaient à nu.

## RÉSULTATS

Le processus cicatriciel a été relancé par le pansement **Cellostart** avec développement d'un tissu de granulation de bonne qualité même sur les zones tendineuses permettant ainsi une épidermisation et la fermeture de la plaie.

## CAS CLINIQUE

Homme de 57 ans, HTA, hypercholestérolémie, diabète insulino-dépendant depuis 9 ans, AOMI, amputation du 4<sup>me</sup> orteil droit devant une nécrose infectée en août 2007, artériographie droite montrant des axes proximaux et jambiers perméables. Une plaie se développe sur le dessus du pied en regard de l'amputation avec nécrose en profondeur mettant les tendons à nu.

Le traitement local par **Cellostart** est débuté le 9 octobre 2007, la plaie a une taille de 22 cm<sup>2</sup> (6,3 x 3,5 cm), une profondeur de 1 cm. Le 16 octobre 2007, l'exérèse de séquestres osseux est réalisée. Le traitement a été poursuivi jusqu'au 7 juin 2008 et a permis une réduction de 97 % de la plaie, celle-ci étant presque fermée sauf sur 0,6 cm<sup>2</sup>, un relais a été pris par **Urgotul<sup>®</sup> Duo**.



**Arrêt du CELLOSTART**  
la plaie étant **quasiment fermée**

## CONCLUSION

Chez ces patients porteurs de plaies post-traumatiques, post-chirurgicales (greffes de peau, lambeaux) ou chroniques, ne cicatrisant pas après 3 à 8 mois de soins locaux et généraux adaptés, le pansement **Cellostart** nous paraît être une alternative thérapeutique intéressante pour ces plaies le plus souvent en impasse thérapeutique.