

## Soins de plaies dans l'hydrosadénite suppurée (HS)

- A. Principes généraux
- B. Soins de plaies au quotidien
- C. Chirurgie
- D. Soins postopératoires

### A. Principes généraux

#### 1. Comment évaluer une plaie ?

Les principes TIME dans les soins de plaies<sup>1,2</sup>

	Principe	Description du problème	Solution possible
T	Tissu	Tissu qui souffre d'un apport réduit en oxygène et en sang et qui n'est plus viable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Débridement</li></ul>
I	Infection/ Inflammation	Colonisation bactérienne, virale ou fongique de la plaie/réponse immunitaire contre une blessure et/ou un corps étranger	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solutions antiseptiques</li><li>• Agents/pansements antimicrobiens</li><li>• Antibiotiques</li></ul>
M	Maintien du taux d'humidité	Maintien d'un taux d'humidité suffisant pour favoriser la cicatrisation et éviter la macération	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pansements superabsorbants → mousses → hydrofibres → alginates de calcium<sup>3</sup></li><li>• Dispositif portable de TPN (traitement des plaies par pression négative)<sup>4</sup></li></ul>
E	Epidermisation à partir des berges	Berge de plaie atone ou décollée	<ul style="list-style-type: none"><li>• Débridement, pansements au collagène, greffes, matrice dermique, substitut cutané dermo-épidermique</li></ul>

#### 2. Les soins de plaies, tout un art

Tous les hôpitaux, ou presque, ont leurs infirmières spécialisées en soins de plaies. Pour les soins à domicile aussi, il existe des groupes d'infirmières spécialisées en soins de plaies. Le traitement d'une

plaie est un art qui, s'il est bien pratiqué, peut réduire la durée de cicatrisation complète à quelques jours, au lieu de plusieurs semaines.

### 3. La vulnérabilité du patient HS

Les patients qui souffrent de HS sont confrontés à d'intenses douleurs, de grandes gênes et une réelle diminution de leur qualité de vie.<sup>5,6</sup> Ils méritent de recevoir les soins de plaies et pansements adéquats, qui amélioreront leur confort général, et d'avoir la garantie que leurs lésions impactent le moins possible leur vie quotidienne.

## B. Les soins au quotidien

### Solutions nettoyantes<sup>3</sup>

Nettoyer délicatement la plaie avec une solution de faible cytotoxicité

- Eau courante du robinet<sup>7</sup>  
Éviter l'irrigation ou le rinçage à haute pression, une douche normale devrait suffire
- Sérum physiologique isotonique
- Solutions antiseptiques<sup>3</sup> (p. ex. polyvidone iodée) : tant en prévention qu'en cas de colonisation critique (max. 3x/semaine)
- Pyrithione de zinc<sup>8</sup>

### 4. Soins de plaies topiques

Pour traiter la cause sous-jacente et l'infection, on peut utiliser des désinfectants ou des agents dotés d'une activité antimicrobienne :

- Chlorhexidine<sup>9</sup> (p. ex. Cetavlex®)
- Oxyde de zinc
  - Peut s'associer à la chlorhexidine dans une préparation magistrale
- Hydrogel
  - Régule le taux d'humidité de la plaie et agit comme désinfectant
    - Pour les lésions HS, l'objectif poursuivi n'est généralement ni la réhydratation ni la dissolution des dépôts de fibrine (comme Flamigel® le ferait sur les plaies superficielles, par exemple)
    - Pour les plaies fortement exsudatives, on peut utiliser un hydrogel plus absorbant (p. ex. Flaminal Forte®)

- Triclosan<sup>10</sup>
  - Attention : toxique pour l'environnement
- Argent<sup>9,11</sup>
  - Attention : dépôt gris (p. ex. sulfadiazine d'argent dans Flammazine®) ; dès lors déconseillé, utiliser plutôt des pansements à l'argent
- PHMB (polyhexaméthylène biguanide)<sup>9</sup>
- Miel (moindre résistance aux germes)<sup>9,12</sup> : n'est plus souvent utilisé, mais peut être envisagé dans les cas où Flaminal® n'est pas assez efficace.

Pour le traitement topique, voir l'algorithme de traitement sous la rubrique « Diagnostic et prise en charge de la HS → Prise en charge de la HS »

## 5. Pansements<sup>3</sup>

### Sélectionner le pansement approprié

#### La théorie<sup>3</sup>

- Le pansement doit être actif et se composer de 3 couches :
  1. Une couche de contact – cette couche est en contact direct avec la plaie.
  2. Une couche absorbante – cette couche est conçue pour drainer l'exsudat et le maintenir à distance du lit de la plaie.
  3. Une couche externe – cette couche fait office de barrière, elle maintient la couche absorbante et la couche de contact en place et fait barrage aux bactéries et autres formes de contamination.
- Les adhésifs atraumatiques (silicone, alginate, hydrocolloïde et autres couches de contact non adhérentes) limitent les lésions cutanées et minimisent la douleur lors de la réfection du pansement<sup>3</sup> (p. ex. Mepitel®)
- La quantité d'exsudat détermine le type de pansement actif :

Type de pansement	Propriétés	Commentaires
Alginate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non occlusif</li> <li>• Non adhérent</li> <li>• Absorbant</li> <li>• Exsudat modéré à abondant</li> </ul>	N'est que utilisé dans les plaies très humides p. ex. Kaltostat®
Mousse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absorbant</li> <li>• Exsudat modéré à abondant</li> </ul>	Bon pansement actif absorbant p. ex. Mepilex®
Fibres gélifiantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occlusif</li> </ul>	Pour le comblement des plaies

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absorbant</li> <li>• Exsudat modéré à abondant</li> </ul>	profondes p. ex. Aquacel®
Hydrocolloïde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exsudat minime</li> <li>• Facilite le débridement autolytique</li> </ul>	Ne pas utiliser dans la HS. Uniquement sur plaies très sèches. Il s'agit d'un pansement occlusif, destiné à retenir l'humidité. Il n'est donc que rarement utilisé dans les plaies HS, souvent humides. Ce type de pansement s'utilise souvent en cas de frottements intenses, pour créer une « 2 <sup>e</sup> peau ». p. ex. Comfeel®
Transparent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet les échanges d'oxygène et d'humidité</li> </ul>	p. ex. Mepitel® ou Jelonet®

- Lorsqu'on utilise des pansements actifs, il n'est pas nécessaire d'appliquer d'autres agents topiques.

### **En pratique**

- Bien que le choix du pansement approprié constitue un élément-clé d'une cicatrisation optimale, les patients HS avouent avoir recours à différents trucs lorsqu'on leur parle de leurs pansements. Certains utilisent ainsi des protections féminines, car ils estiment que de bons pansements actifs peuvent coûter très cher à la longue. Dès lors, on utilise en général – pour les soins quotidiens – de bons pansements absorbants au lieu de pansements actifs. Dans ce cas, l'activité devrait venir de l'antiseptique ajouté. Néanmoins, le coût total des produits supplémentaires, le délai de cicatrisation, etc. doivent être soigneusement pris en compte dans le choix du bon pansement. Les superabsorbants ne sont pas des pansements actifs, mais ils peuvent être envisagés dans les plaies fortement exsudatives (p. ex. Mextra®).

### **Réfection du pansement<sup>3</sup>**

- Entre 2 pansements, rincer la plaie au sérum physiologique
- Il est recommandé de faire une évaluation de suivi au moment de la réfection, en vue d'un bon suivi interprofessionnel
- Facteurs d'influence sur le choix du pansement :
  - Coût
    - Pour les plaies chroniques, il est possible de demander un remboursement mensuel fixe.
    - Les conditions de remboursement peuvent être consultées ici ([FR/NL](#)).

- Confort/facilité d'utilisation/douleur lors de la réfection du pansement
- Disponibilité
- Localisation des lésions : le pansement doit
  - rester en place pour éviter les frottements
  - avoir la forme adaptée en cas de situation incurvée, p. ex. dans un pli
- Étendue de la maladie
- Morphologie des lésions (ulcères, sinus ou abcès)
  - En cas de cavité et d'effet tunnel : pansements adéquats pour combler les cavités et absorber les fluides
  - Lésions superficielles : pansements absorbants plats
- Quantité d'exsudat (cf. supra)
- Odeur de la plaie
  - Les pansements au charbon actif peuvent absorber l'odeur des plaies.<sup>13</sup> Les pansements au charbon peuvent s'associer à des produits argentiques supérieurs.
  - Le contrôle des odeurs ne doit pas suppléer aux soins adéquats d'hygiène et de plaies.
  - Une plaie qui dégage une odeur désagréable est généralement le signe qu'un biofilm se forme. Pour traiter la cause sous-jacente et l'infection, on peut utiliser des agents antimicrobiens (cf. supra).

## C. Chirurgie et soins postopératoires

- La prise en charge d'une plaie postopératoire HS est semblable à celle d'autres plaies postopératoires.<sup>3</sup> D'un autre côté, les techniques de fermeture de plaies peuvent être particulières dans la HS. Pensons par exemple à la forte recommandation en faveur de la cicatrisation de seconde intention.<sup>14</sup>
- Recommandation générale pour la chirurgie : Il est recommandé d'instaurer un traitement médicamenteux visant à réduire l'inflammation avant l'intervention, ce afin de faciliter la chirurgie et la cicatrisation de la plaie.<sup>14,15</sup>
- Pour évaluer l'étendue de la chirurgie, une cartographie préopératoire peut être réalisée par échographie<sup>16</sup> ou thermographie<sup>17</sup>.
- Envisager une documentation photographique (avec un élément d'indication de mesure) avant, pendant et après l'intervention.

## Techniques d'incision

- 1) Incision au bistouri froid
- 2) Incision électrochirurgicale :
  - ⊕ L'incision et la coagulation se font simultanément
- 3) Traitement au laser CO<sub>2</sub><sup>18,19</sup>:
  - ⊕ Technique permettant un travail de précision sur les petites plaies superficielles, afin de créer des plaies esthétiquement agréables
  - ⊖ Durée allongée ; coagulation insuffisante

## 6. Procédures chirurgicales<sup>14</sup>

Phase aiguë		Phase chronique	
	Stade selon la classification de Hurley		Stade selon la classification de Hurley
Incision et drainage	I-III	Excision locale limitée	I-II
		Excision du « toit » ( <i>deroofting</i> )	I-III
		STEEP	II-III
		Excision radicale/large	II-III

### 1) Incision et drainage<sup>14,20</sup> :

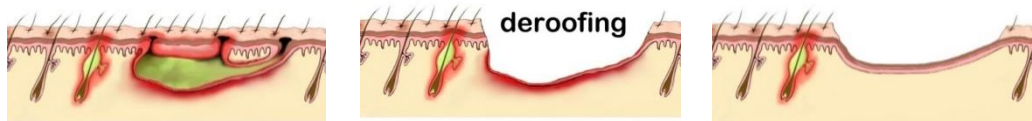
- Objectif : Soulagement de la douleur à court terme (abcès aigu fluctuant, tendu)
- Procédure :
  - Désinfecter
  - Anesthésie locale (permet de mieux nettoyer la plaie)
  - Biopsies à l'emporte-pièce de 6 à 8 mm (+ enlever la peau flasque résiduelle) ou pratiquer des incisions en croix ou des incisions droites rapidement et avec une pression suffisante (p. ex. avec une lame de 15)
  - Extraire le pus par pression digitale et rincer au sérum physiologique
- Conseils :
  - Cette procédure doit être évitée chez les patients HS. La récurrence est pratiquement inévitable.

### 2) Excision locale limitée

- Objectif : Ablation d'une lésion (qui n'est plus active)
- Procédure
  - Désinfecter
  - Anesthésie locale (permet de mieux nettoyer la plaie)
  - Nettoyer la plaie à fond pendant la procédure

- Fermeture : sutures ou cicatrisation de seconde intention (cf. infra)
- Conseils :
  - Marge de 1 cm – sur les petites lésions, une légère marge peut suffire pour garantir une exérèse complète
  - Ce type d'intervention avec fermeture par suture ne doit être réalisée que sur les lésions non inflammatoires, afin d'éviter l'encapsulation de l'inflammation après suture. En cas d'inflammation résiduelle au moment de la procédure, la cicatrisation de seconde intention doit être préférée.
  - Souvent pratiquée dans le pli inguinal, où les plis naturels du corps peuvent s'utiliser pour faire les points.

### 3) Excision du « toit » (*deroofing*)



- Objectif : Évacuation du capot avec préservation du fond épithélial exposé de la lésion (sinus ou nodule persistant)
- Procédure :
  - Si nécessaire : injections intralésionnelles de corticostéroïdes quelques jours avant l'intervention pour éliminer toute inflammation résiduelle
  - Extraire les débris de kératine et les reliquats d'épithélium viable du fond, car ces substances pourraient provoquer des récives
  - Identification des lésions HS à traiter par deroofing via examen physique. Les techniques d'imagerie (p. ex., échographie) peuvent aussi être utiles pour déterminer l'étendue de la zone chirurgicale
  - Anesthésie locale
  - Identifier les orifices du sinus à l'aide d'une sonde mousse
  - Placer la sonde selon différents angles afin de détecter la présence de fistules communicants (pas de résistance à la sonde pour éviter la création de faux trajets)
  - Exciser le capot du sinus par dissection électrochirurgicale à l'anse
  - Sonder à nouveau les marges à la recherche d'un éventuel sinus communicant résiduel
  - Évacuer la matière gélatineuse du fond du sinus (à l'anse, par exemple)
- Fermeture : cicatrisation de seconde intention (cf. infra)
- Conseils :
  - Marge de 1 cm autour des lésions (pas en profondeur)

- En cas de première procédure chirurgicale, de lésions étendues ou de lésions mal situées, il est recommandé d'organiser des visites de l'infirmière à domicile pour la réfection des pansements
- Le derroofing est une bonne technique pour les lésions ayant un fond épithélial parfait. Si le fond est couvert de tissu cicatriciel, le chirurgien peut décider – pendant l'intervention – de procéder à l'exérèse complète.

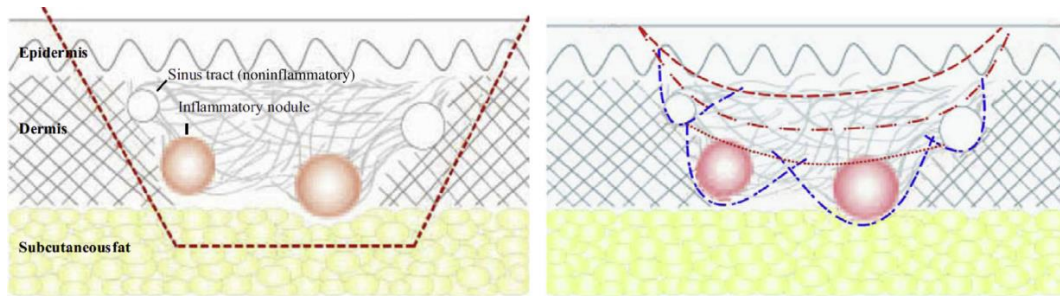
#### 4) STEEP : *skin-tissue-saving excision with electrosurgical peeling*

- Objectif :
  - Ablation d'une zone englobant les lésions
  - Alternative prometteuse à l'excision large (cf. infra)
    - préserve un maximum de tissu sain
    - garantit l'exérèse complète du tissu lésionnel
    - cicatrisation plus rapide, bon résultat esthétique et faible risque de contractures
- Procédure
  - Préop : vérifier l'étendue de la zone chirurgicale par palpation et sondage des trajets sinusaux. L'échographie et la thermographie peuvent aussi être utiles.
  - Anesthésie générale
  - Inciser les capots des sinus par dissection électrochirurgicale à l'anse.
  - Plusieurs excisions tangentielles successives sont pratiquées, jusqu'à atteindre le lit épithélialisé du trajet du sinus.
  - L'exfoliation tangentielle du tissu affecté se poursuit jusqu'à ce que la zone soit complètement débarrassée de tout tissu lésionnel et fibrose.
  - Sonder les berges de la plaie à la recherche de tractus sinusaux restants.
  - Utiliser le mode de coagulation de l'unité électrochirurgicale pour l'hémostase.
  - Éventuellement, injecter 10 à 20 mg d'acétonide de triamcinolone dans les marges de la plaie en prévention de l'hypergranulation et 10 ml de bupivacaïne à 0,5 % pour l'analgésie postopératoire.
- Fermeture : cicatrisation secondaire
- Conseils
  - Marge de 1 cm
  - Nettoyer la plaie à fond pendant la procédure avec la sonde.
  - Technique idéale pour les plis cutanés, moins adaptée à la région glutéale en raison de la cicatrisation secondaire (cf. infra).
  - En cas de suspicion clinique d'infection, envisager un frottis de plaie et une antibiothérapie.

Excision large

STEEP





## 5) Excision radicale / large

- Objectif :
  - Ablation d'une zone englobant les lésions
- Procédure
  - Anesthésie générale
- Fermeture
  - Cicatrisation de seconde intention
  - Lambeaux ou greffes (cf. infra) si la zone est trop étendue pour cicatriser par seconde intention ou si l'on peut s'attendre à des contractures avec la cicatrisation secondaire, comme dans la région axillaire.
- Conseils
  - Marge de 1 cm : assez loin dans le tissu normal, y compris en profondeur
  - Nettoyer la plaie à fond pendant la procédure avec la sonde
  - Ajuster l'excision à l'étendue et à la sévérité de la maladie, ainsi qu'à la dynamique de son développement.
  - En profondeur, à proximité de grands faisceaux neurovasculaires dans les régions axillaires et inguinales, ainsi qu'autour du rectum, on devrait éviter les excisions excessives (alternative dans ces cas : curettage des éventuelles parois sinusales restantes)

## D. Soins postopératoires

### Techniques de fermeture de plaies<sup>14</sup>

#### 1) Sutures



- À éviter dans la HS
- Uniquement pour les petites plaies, p. ex. excision locale limitée
- Avantages
  - Assure généralement une cicatrisation rapide
  - Bon résultat esthétique et fonctionnel
- Inconvénients
  - Risque d'infection
  - Limité aux petites interventions
  - Taux élevé de récurrence
- Soins de plaies :
  - Nettoyer la plaie à fond pendant la procédure
  - Changer le pansement 1x/jour (ou plus dans les plis cutanés avec exsudation) pour surveiller l'apparition d'une infection
  - Retirer les points après 2 semaines
- Conseils :
  - Éviter la tension
  - Points cutanés et sous-cutanés séparés
  - Cicatrisation primaire lâche protégée par un pansement de gaze sèche
    - permet l'évacuation de l'exsudat
    - limite le risque d'infection

## 2) Greffes dermo-épidermiques

- Pour les plaies étendues
- Greffe :
  - 0,6 à 0,8 mm d'épaisseur
  - Prélevée sur la cuisse ou la fesse (au moyen de dermatomes)
  - Expansée selon un rapport 3:1
- Avantages :
  - Risque minime de complications graves
  - Résultat fonctionnel/esthétique acceptable malgré des différences de couleur/texte

- Couverture de larges zones pour cicatrisation plus rapide si la greffe est viable
- Inconvénients :
  - Douleur et conséquences esthétiques permanentes au site donneur
  - Résultat esthétique incertain au site receveur
  - Immobilisation
  - Risque d'infection
  - Longue durée d'hospitalisation
- Soins de plaies/Réfection des pansements :
  - Gel de povidone iodée couvert d'un pansement de gaze paraffinée (p. ex. Jelonet®) ou d'une couche de contact transparent non adhérent (p. ex. Mepitel®) avec, par-dessus, une compresse absorbante (pansement tissé) ou un superabsorbant en cas de plaie fortement exsudative (p. ex. Mextra®)
  - Sur les plaies très humides, un pansement tulle imprégné de povidone iodée (réfection quotidienne) est une option. Revenir aux options précitées dès que la plaie est suffisamment sèche pour éviter toute adhérence à la plaie ouverte.
  - Maintenir en place les premiers jours (1 à 2 jours) après la greffe pour assurer l'hémostase.
  - Ensuite, réfection quotidienne du pansement. En cas de plaie fortement exsudative, la couche de contact non adhérent peut rester en place, moyennant réfection fréquente de la couche absorbante sus-jacente.
  - En cas de première procédure chirurgicale, de lésions étendues ou de lésions mal situées, il est recommandé d'organiser des visites de l'infirmière à domicile pour la réfection des pansements.
- Conseils :
  - Une greffe cutanée se pratique idéalement après granulation spontanée ou induite par TPN (VAC®) (cf. infra)
  - Le plasma riche en plaquettes peut également accélérer la cicatrisation<sup>21</sup> (cf. infra)

### 3) Lambeaux

- À éviter dans la HS
- Inconvénients
  - prélèvement difficile
  - invasif
  - risque de complications graves (nécrose/hémorragie)
  - par définition, les lambeaux sont définitifs alors que la HS est une maladie évolutive
  - le lambeau peut être trop petit
    - dans la HS, il est probable que la taille de la lésion soit sous-estimée avant l'intervention

- Autres avantages et inconvénients : identiques aux greffes
- Exceptions dans lesquelles les lambeaux peuvent être utilisés
  - 1) lambeaux abdominaux pubiens dans la région génitale féminine
    - abdominoplastie modifiée
    - cicatrisation accélérée
    - déformation minimisée de la vulve/de l'aîne
  - 2) lambeaux d'avancement des cuisses dans les zones inguinales
    - similaire à la technique de cruroplastie
    - cicatrisation accélérée
    - déformation minimisée de la vulve/de l'aîne
  - 3) lambeaux fascio-cutanés de transposition « au hasard » dans les régions axillaires
    - exclusivement pour recouvrir des gros vaisseaux exposés
- Soins de plaies/Réfection des pansements :
  - Un drain est placé sous le lambeau. Un pansement compressif aseptique sec couvre la peau (compresse stérile sèche couverte d'un pansement stérile (p. ex. Mefix®)
  - En cas de macération (dans les zones de flexion, par exemple), possibilité de passer au pansement tulle imprégné de povidone iodée
  - Réfection journalière du pansement
  - Conseiller au patient de se doucher légèrement à compter de 3 jours après le retrait du drain
  - En cas de première procédure chirurgicale, de lésions étendues ou de lésions mal situées, il est recommandé d'organiser des visites de l'infirmière à domicile pour la réfection des pansements.
- Conseils :
  - L'étendue de la zone doit concorder avec la possibilité de reconstruction. Autrement dit, vous devez avoir la certitude que les lambeaux prélevés seront suffisamment grands.

#### 4) Cicatrisation de seconde intention

- Obtient la préférence des patients par rapport aux greffes de peau
- Se déroule en parallèle des processus naturels de granulation, de rétraction de la plaie et d'épithélialisation
- Efficace sur les lésions jusqu'à 140 cm<sup>2</sup>, mais peut aussi s'envisager - au cas par cas - sur des zones plus étendues
- Le principal facteur déterminant la durée de cicatrisation est la taille de la plaie, et non sa situation.

- Soins de plaies/Réfection des pansements :

- Étapes

- 1) Désinfection + pansements absorbants non adhérents (alginate ou argent)

- Bandages compressifs jusqu'à diminution suffisante du risque hémorragique et de l'exsudation
- Premiers bandages compressifs à retirer après 48 à 72 heures, puis réfection tous les 2 jours pendant la première semaine, puis une fois par jour. Maintenir en environnement stérile au moins pendant la première semaine.

- 2) Hydrogel (p. ex. Flaminal hydro® ou Iso-Betadine® gel) avec pansement de gaze paraffinée (p. ex. Jelonet®) ou pansement transparent non adhérent (p. ex. Mepitel®) couvert d'une compresse absorbante (pansement tissé) ou d'un superabsorbant en cas de plaies fortement exsudatives (p. ex. Mextra®)

- 3) Lorsque les plaies sont presque fermées

- Passer au pansement mousse : peut rester en place plusieurs jours

- Une hypergranulation peut se produire à un moment donné. Dans ce cas, on peut utiliser un pansement tulle/de gaze imprégné de povidone iodée ou de nitrate d'argent.
- En l'absence de risque hémorragique, encourager les patients à doucher délicatement les lésions après une semaine (en fonction de la nature de la plaie) ( $\pm$  solution iodée) pour une élimination mécanique du biofilm
- Une irritation due à la réfection des pansements adhésifs/rubans est souvent rapportée → utiliser plutôt des bandages élastiques non adhérents ou des filets tubulaires selon la location
- En cas de première procédure chirurgicale, de lésions étendues ou de lésions mal situées, il est recommandé d'organiser des visites de l'infirmière à domicile pour la réfection des pansements.

- **Avantages**

- bon résultat fonctionnel/esthétique
- cicatrice finale plus fine que la lésion initiale
- bonne tolérance (douleur limitée)
- nombre minime de plaies (absence de sites donneurs)
- mobilisation rapide

- évolution sans problème de la cicatrisation
- durée d'hospitalisation limitée
- **Inconvénients**
  - long délai de cicatrisation (en moyenne 6 à 12 semaines)
  - risque de cicatrices disgracieuses
  - risque de contractures sur les zones de flexion
- **Conseils**
  - Technique idéale pour les plis cutanés, comme la région inguinale, mais moins adaptée aux régions concaves, comme les aisselles ou la région glutéale
  - Combiner avec un traitement des plaies par pression négative (TPN, VAC®) (cf. infra)
  - En cas de suspicion clinique d'infection, envisager un frottis de plaie et une antibiothérapie
- Physiothérapie et massage des plaies pour éviter les contractures cicatricielles et assurer une mobilité maximale

#### 5) Reconstructions mixtes

- Plusieurs techniques utilisées simultanément (association des bénéfiques)
  - sutures + cicatrisation de seconde intention (*star-like technique*)
    - superficie de plaie réduite de 50 à 80 %
    - cicatrisation accélérée ( $\leq 8$  semaines)
  - sutures + greffes cutanées
  - sutures + lambeaux partiels

## 7. Traitement des plaies par pression négative (TPN, VAC®)<sup>3</sup>

### 1) Objectif :

- Pour les plaies sans fermeture primaire, mais laissées pour cicatrisation de seconde intention ou de profondeur significative
- Pour préparer le lit de la plaie pour une reconstruction par greffe ou lambeau.

### 2) Avantages

- augmente la tension d'oxygène
- diminue la charge bactérienne
- stimule l'activité cellulaire
- favorise le tissu de granulation
- plus confortable pour le patient, bien qu'il ne soit pas prouvé que la cicatrisation est plus rapide

### 3) Inconvénients :

- occlusif → risque d'infection
- 4) Conseils
- Possibilité de VAC<sup>®</sup> ambulatoire (mini-TPN), mais vérifier les conditions de remboursement au préalable.<sup>4</sup>

## 8. Thérapies cellulaires/acellulaires pour accélérer la cicatrisation

En général, les problèmes de cicatrisation retardée sont plutôt limités dans la HS. Si une cicatrisation difficile est attendue, les approches suivantes peuvent être envisagées :

### 1) Thérapies cellulaires

- Dérivés du placenta et riches en facteurs de croissance
  - 1) Membrane amniotique/chorionique humaine déshydratée (p. ex. EpiFix<sup>®</sup> ou fabriquée à l'hôpital avec du matériel de la biobanque)<sup>22</sup>
  - 2) Membrane placentaire cryopréservée (p. ex. Grafix<sup>®</sup>)<sup>23</sup>
- Produits dermiques cellulaires
  - 1) Équivalent cutané humain vivant bicouche (Apligraf<sup>®</sup>)<sup>24</sup>
  - 2) Matrice dermique de collagène (p. ex. Dermagraft<sup>®</sup>)<sup>25</sup>
  - 3) Plasma riche en leucocytes et en plaquettes<sup>21,26</sup> : création d'un gel par adjonction de calcium
  - 4) Fibrine riche en leucocytes et en plaquettes<sup>26</sup> : création d'une membrane de fibrine par centrifugation immédiatement après prélèvement
    - Induit l'hémostase
    - Membrane de couverture
    - Grande quantité de sang requise pour créer une membrane de fibrine ↔ le plasma riche en leucocytes et en plaquettes peut être déployé plus facilement.

### 2) Produits dermiques acellulaires<sup>27</sup>

- Matrice de régénération dermique (p. ex. Integra<sup>®</sup>)<sup>28</sup> : en préparation d'une greffe
- Matrice extraite de la sous-muqueuse de l'intestin de porc (p. ex. Oasis<sup>®</sup>)<sup>29</sup>
- Matrice acellulaire de peau cadavérique (p. ex. Alloderm<sup>®</sup>)<sup>30</sup>
- Poly-N-acétyl glucosamine (p. ex. Talymed<sup>®</sup>)<sup>31</sup>

Remarque : ces produits onéreux ne sont pas souvent nécessaires pour la cicatrisation des plaies HS. Ils sont plus souvent utilisés dans les plaies atones chroniques, par exemple sur les brûlures sévères ou après une radiation.

Pour tout complément d'information sur les soins de plaies, nous vous invitons à consulter les sites suivants :

- <https://www.woundcare-today.co.uk/>
- <http://www.hs-foundation.org/wound-care-nutrition/>
- <http://www.wondzorg.be/joomla/>

**Développé en collaboration avec le Pr An Van Laethem, dermatologie, UZLeuven**

#### Références (Endnote)

1. Snyder RJ, Fife C, Moore Z. Components and Quality Measures of DIME (Devitalized Tissue, Infection/Inflammation, Moisture Balance, and Edge Preparation) in Wound Care. *Adv Skin Wound Care*. 2016;29(5):205-215.
2. Schultz G, Mazingo D, Romanelli M, Claxton K. Wound healing and TIME; new concepts and scientific applications. *Wound Repair Regen*. 2005;13(4 Suppl):S1-11.
3. Alavi A, Kirsner RS. Local wound care and topical management of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5 Suppl 1):S55-61.
4. Chen YE, Gerstle T, Verma K, Treiser MD, Kimball AB, Orgill DP. Management of hidradenitis suppurativa wounds with an internal vacuum-assisted closure device. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(3):370e-377e.
5. Smith HS, Chao JD, Teitelbaum J. Painful hidradenitis suppurativa. *Clin J Pain*. 2010;26(5):435-444.
6. Dufour DN, Emtestam L, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: a common and burdensome, yet under-recognized, inflammatory skin disease. *Postgrad Med J*. 2014;90(1062):216-221; quiz 220.
7. Fernandez RS, Griffiths R, Ussia C. Water for wound cleansing. *Int J Evid Based Healthc*. 2007;5(3):305-323.
8. Danesh MJ, Kimball AB. Pyrithione zinc as a general management strategy for hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5):e175.
9. Objectifcher M. PHMB: an effective antimicrobial in wound bioburden management. *Br J Nurs*. 2012;21(12):S16, S18-21.
10. Hessam S, Sand M, Meier NM, Gambichler T, Scholl L, Bechara FG. Combination of oral zinc gluconate and topical triclosan: An anti-inflammatory treatment modality for initial hidradenitis suppurativa. *J Dermatol Sci*. 2016;84(2):197-202.
11. Lansdown AB. Silver. I: Its antibacterial properties and mechanism of action. *J Wound Care*. 2002;11(4):125-130.
12. Dini V, Oranges T, Rotella L, Romanelli M. Hidradenitis Suppurativa and Wound Management. *Int J Low Extrem Wounds*. 2015;14(3):236-244.



13. Thuleau A, Kriegel I, Fromantin I. [Dressings for malodorous wounds]. *Soins*. 2016(802):42-44.
14. Janse I, Bieniek A, Horváth B, Matusiak Ł. Surgical Procedures in Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin*. 2016;34(1):97-109.
15. Danby FW, Hazen PG, Boer J. New and traditional surgical approaches to hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5 Suppl 1):S62-65.
16. Wortsman X, Castro A, Figueroa A. Color Doppler ultrasound assessment of morphology and types of fistulous tracts in hidradenitis suppurativa (HS). *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(4):760-767.
17. Polidori G, Renard Y, Lorimier S, Pron H, Derruau S, Taiar R. Medical Infrared Thermography assistance in the surgical treatment of axillary Hidradenitis Suppurativa: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;34:56-59.
18. Lapins J, Sartorius K, Emtestam L. Scanner-assisted carbon dioxide laser surgery: a retrospective follow-up study of patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(2):280-285.
19. Mikkelsen PR, Dufour DN, Zarchi K, Jemec GB. Recurrence rate and patient satisfaction of CO2 laser evaporation of lesions in patients with hidradenitis suppurativa: a retrospective study. *Dermatol Surg*. 2015;41(2):255-260.
20. Ellis LZ. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg*. 2012;38(4):517-536.
21. Vossen AR, van der Zee HH, Prens EP. Accelerated wound healing after wide excisions in Hidradenitis Suppurativa using autologous split-thickness skin grafting and platelet-rich plasma. *Int Wound J*. 2017;14(3):583-586.
22. Fetterolf DE, Snyder RJ. Scientific and clinical support for the use of dehydrated amniotic membrane in wound management. *Wounds*. 2012;24(10):299-307.
23. Gibbons GW. Grafix<sup>®</sup>), a Cryopreserved Placental Membrane, for the Treatment of Chronic/Stalled Wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2015;4(9):534-544.
24. Stone RC, Stojadinovic O, Rosa AM, et al. A bioengineered living cell construct activates an acute wound healing response in venous leg ulcers. *Sci Transl Med*. 2017;9(371).
25. Hart CE, Loewen-Rodriguez A, Lessem J. Dermagraft: Use in the Treatment of Chronic Wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2012;1(3):138-141.
26. Bielecki T, Dohan Ehrenfest DM, Everts PA, Wiczowski A. The role of leukocytes from L-PRP/L-PRF in wound healing and immune defense: new perspectives. *Curr Pharm Biotechnol*. 2012;13(7):1153-1162.
27. International consensus. Acellular matrices for the treatment of wounds. An expert working group review. London: Wounds International. 2010.
28. Moiemmen NS, Vlachou E, Staiano JJ, Thawy Y, Frame JD. Reconstructive surgery with Integra dermal regeneration template: histologic study, clinical evaluation, and current practice. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(7 Suppl):160S-174S.
29. Brown-Etris M, Cutshall WD, Hiles MC. A New Biomaterial Derived From Small Intestine Submucosa and Developed Into a Wound Matrix Device. *Wounds*. 2002;14(4):150-166.
30. Ruszczak Z. Effect of collagen matrices on dermal wound healing. *Adv Drug Deliv Rev*. 2003;55(12):1595-1611.
31. Fulco I, Erba P, Valeri RC, Vournakis J, Schaefer DJ. Poly-N-acetyl glucosamine nanofibers for negative-pressure wound therapies. *Wound Repair Regen*. 2015;23(2):197-202.

