



NOTES

AVERTISSEMENT

Ces recommandations n'engagent en rien les infirmières et infirmiers ni les organismes qui les emploient. L'application de ces recommandations devrait être fondée sur les besoins individuels et les circonstances locales. Ces recommandations ne constituent pas une obligation ni une exonération de responsabilité. Malgré tous les efforts visant à garantir l'exactitude du contenu de ce document au moment de sa publication, les Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC) et les personnes qui y ont collaboré n'offrent aucune garantie quant à l'exactitude de l'information qu'il contient et n'assument aucune responsabilité relativement aux pertes, dommages, blessures ou dépenses découlant de toute erreur ou omission dans le contenu de ce document. Les références à des produits ou à des programmes éducatifs dans ce document ne constituent pas une approbation de ces produits ou programmes.

SUGGESTION DE CITATION

Pour faire référence à ce guide, utiliser la citation suivante : Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada et Association canadienne des soins infirmiers palliatifs. Recommandations canadiennes des pratiques exemplaires pour la prise en charge topique des plaies malignes. 2024, Septembre. p. 76 Disponible en ligne au : https://nswoc.ca/bpr

DÉCLARATION DE DROITS D'AUTEUR

Ce document peut être produit, reproduit et publié dans son intégralité, sans aucune modification et sous n'importe quel format, y compris sous forme électronique, à des fins d'enseignement ou d'autres activités non commerciales. Si des modifications à ce document sont nécessaires, une autorisation écrite doit être obtenue auprès des ISPSCC, et ce, quelle qu'en soit la raison. Ce texte a été traduit en suivant les lignes directrices sur l'écriture inclusive du Gouvernement du Canada incluant l'accord de proximité.

REMERCIEMENTS

Ces recommandations des pratiques exemplaires ont été financées par des subventions éducatives sans restriction de Mölnlycke Health Care.



Le Malignant Wound Assessment Tool – Clinical (MWAT-C) version du 5 avril 2024, est sous la licence internationale: Creative Commons Attribution 4.

Le rédacteur technique et chef de projet John Gregory, IIWCC, ISWA, Opencity Inc., a édité et produit ces recommandations des pratiques exemplaires en collaboration avec un groupe de travail bénévole. Julie Gagnon, M. Sc. Inf, Ph. D (candidate), ISPSC et Valérie Chaplain, B. Sc. Inf, ISPSC, PSCC(C) ont assuré la traduction sous la supervision des ISPSCC.

Les infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence du Canada (ISPSCC) exercent leurs activités sur le territoire traditionnel et non cédé de la Nation algonquine Anichinabée.

ASSOCIATIONS PARTENAIRES

L'Association canadienne des soins infirmiers palliatifs (ACSIP) représente les infirmières et infirmiers de partout au Canada qui s'intègrent ou se spécialisent dans la prestation de soins palliatifs aux personnes atteintes d'une maladie grave et à leurs proches. https://www.cpcna.ca

Les infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC) est un organisme de bienfaisance enregistré regroupant des infirmières et infirmiers spécialisés dans les soins aux personnes ayant des problèmes de plaies, de stomie ou de continence. Les ISPSCC assurent un leadership national dans le domaine des plaies, des stomies et de la continence en faisant la promotion de normes élevées en matière de pratique, d'éducation, de recherche et d'administration afin d'offrir des soins infirmiers spécialisés de qualité. https://nswoc.ca

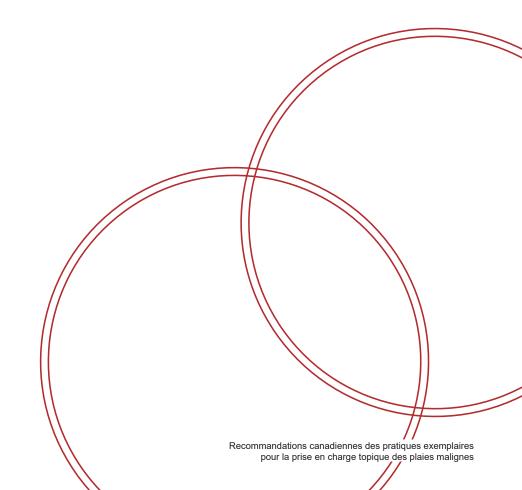


TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	P. V
MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	P. VI
INTRODUCTION	P. VII
MÉTHODOLOGIE	P. IX
RECOMMANDATIONS DES PRATIQUES EXEMPLAIRES	
POUR LES PLAIES MALIGNES	P. 1
ÉVALUATION	P. 4
OBJECTIFS ET PLANIFICATION DES SOINS	P. 10
APPROCHE SYSTÉMIQUE	P. 13
ÉDUCATION	P. 21
GESTION DE LA DOULEUR ET DES SYMPTÔMES	P. 26
GESTION DE LA PLAIE	
SAIGNEMENT	P. 34
ODEUR NAUSÉABONDE	P. 39
HUMIDITÉ	P. 44
ÉVALUATION ET RECHERCHE	P. 47
ANNEXES	P. 51
Annexe 1–Interprétation des niveaux de preuve	
 Annexe 2–Malignant Wound Assessment Tool (MWAT-C) Annexe 3–Toronto Symptom Assessment System (TSAS-W) 	
 Annexe 4-Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton Annexe 5-Mnémotechnique HOPES 	
ABRÉVIATIONS	P. 60
RÉFÉRENCES	P. 61

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- **Tableau 1** Recommandations des pratiques exemplaires pour les plaies malignes
- **Tableau 2** Évaluation des plaies malignes
- Tableau 3 Rôle de l'infirmière et de l'infirmier en soins palliatifs
- Tableau 4 Étiologie de la douleur
- Tableau 5 Interventions topiques pour gérer les saignements actifs
- Tableau 6 Guide d'évaluation des mauvaises odeurs
- Tableau 7 Prise en charge globale des plaies malodorantes : la stratégie RACE
- Tableau 8 Stratégies pour protéger la peau périlésionnelle
- Figure 1 Mélanome à la cuisse gauche
- Figure 2 Carcinome épidermoïde
- Figure 3 Ganglion lymphatique métastatique récidivant au niveau cervical
- Figure 4 Carcinome épidermoïde au pied
- Figure 5 Tumeur d'un cancer du sein en expansion
- Figure 6 Prurit associé à un cancer du sein
- Figure 7 Carcinome épidermoïde récidivant
- **Figure 8** Plaie bourgeonnante avec un pansement antimicrobien pour gérer l'odeur
- Figure 9 Carcinome basocellulaire au dos

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

RESPONSABLE DE PROJET

Debra Johnston, M. N, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) - Ontario

GROUPE DE TRAVAIL

Joanie Beaudin, B. Sc. Inf, Inf, stomothérapeute – Québec Katlynn Book, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) – Ontario Jennifer Brooks, MCISc-WH, B. Sc. N, B. SC Kin, Inf, ISPSC - Alberta Valérie Chaplain, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) – Québec Jessica Cloutier, Inf. aux, SWAN - Québec Allison Da Silva, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) – Ontario Candy Gubbels, M. N, Inf, IP(F), ISPSC, PSCC(C) - Colombie-Britannique Ashley Hogan, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) - Nouveau-Brunswick Marilyn Kerr, MSc-WH, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) - Alberta Shawna Lough, B. Sc Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) – Territoires du Nord-Ouest Jennifer Malley, M. N. B. Sc. Inf, Inf, CHPCN(C) - Nouveau-Brunswick Kim Mayenburg, B. Sc. Inf, Inf, IIWCC, ISPSC - Colombie-Britannique Wendy Mirander, B. Sc. Inf, Inf, SWNPC - Ontario Valentina Popov, B. Sc. Inf, Inf, PSCC(C) – Ontario Willa Potter, B. Sc. Inf, Inf, CHPCN(C) - Colombie-Britannique Marilyn Ringdal, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC - Colombie-Britannique Dawn Ross, B. Sc. Inf, Inf. CHPCN(C) - Nouvelle-Écosse Kelly Sair, MCISc-WH, B. Sc. P - Alberta Jordan Smart, MCISc-WH, B. Sc. Inf, ISPSC, PSCC(C) - Alberta James (Jim) Smith, M. A, B. Sc. Inf, Inf, SWNPC - Ontario Melanie Spencley, M. Sc. Inf, IP-PHC - Ontario Veronika Surowiec, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C) – Ontario Anna Tumchewics, B. Sc. Inf, DipOPN, Inf, ISPSC, PSCC(C) -Territoires du Nord-Ouest Cecilia Yeung, M. N, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C), GNC(C) - Ontario

La revue de la littérature et la synthèse ont été réalisées en collaboration avec l'Université Queen's par Kevin Woo, Ph. D, B. Sc. Inf, Inf, ISPSC, PSCC(C), FAPWCA. Nous remercions les pharmaciennes Sarah McKenna, B. Sc. PharmD et Anjie Yang, B. Sc. Phm (Hons), RPh, ACPR pour l'analyse des produits pharmaceutiques mentionnés. Valerie N. Schulz, MD, FRCP(C), MSP, CPC(HC) a aimablement contribué à l'inclusion de l'outil MWAT-C.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

INTRODUCTION

Le soin des plaies malignes pose des défis uniques, exigeant une attention particulière pour soulager les symptômes locaux et améliorer la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Leur prévalence continuant d'augmenter avec l'amélioration des taux de survie au cancer, il devient impératif d'établir des recommandations complètes concernant les pratiques exemplaires pour les soins de plaies malignes. Ce projet de collaboration visait à synthétiser les données probantes actuelles et l'avis de spécialistes en respectant une approche centrée sur la personne soignée afin de fournir un cadre solide aux professionnelles et professionnels de la santé qui soignent les personnes atteintes de plaies malignes.

Dans le cadre de ce projet, la plaie maligne est définie comme une plaie secondaire à l'infiltration de cellules cancéreuses dans le tissu cutané causant sa destruction. Bien que certaines puissent cicatriser, les plaies malignes sont souvent chroniques et douloureuses. Elles peuvent découler d'une tumeur cutanée primaire, de la propagation locale d'une tumeur des tissus mous, ou encore de la propagation métastatique d'une tumeur primaire souvent située au niveau de la tête, du cou, du sein, du poumon ou des organes génitaux par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Les plaies malignes se manifestent lorsqu'une tumeur envahit la peau et les vaisseaux sanguins environnants, provoquant la dégradation des tissus et leur mort. Il peut alors y avoir une augmentation de l'exsudat, de la douleur, du risque de saignement et une prolifération de bactéries anaérobies et aérobies entraînant une odeur.

Dans la littérature, les plaies malignes peuvent également être désignées comme suit 1-4 :

- plaies bourgeonnantes malignes : présentent des excroissances nodulaires semblables à un « chou-fleur » et qui dépassent de la surface de la peau;
- plaies ulcérées malignes : présentent des érosions profondes ou des cratères.

La prévalence des plaies malignes reste incertaine avec des estimations allant de 5 % à 15 % chez les personnes atteintes de cancer.^{5,6} Ces plaies se manifestent à divers endroits anatomiques. La tête et le cou représentent des sites communs. Chez les femmes, les métastases mammaires représentent le site le plus fréquent.⁷ La prise en charge des plaies malignes consiste principalement à soulager les symptômes associés et la détresse qui en résulte. Bien que les données relatives à l'espérance de vie soient limitées, il importe de noter que la moitié des individus peuvent décéder dans les 6 mois suivant le diagnostic d'une plaie maligne.⁷

Les recommandations de pratiques exemplaires suivantes comblent une lacune reconnue en regard de la standardisation des soins prodigués aux personnes atteintes de plaies malignes, tout en mettant l'accent sur l'importance du rôle joué par les personnes proches aidantes. Les vingt-trois recommandations

présentées ici servent de guide aux infirmières et infirmiers, à l'équipe interprofessionnelle et à l'ensemble du système de santé pour améliorer la qualité globale des soins. Le groupe de travail composé de spécialistes de partout au Canada s'est appuyé, autant que possible, sur les données probantes, tout en reconnaissant leur niveau de preuve souvent limité. De nombreuses recommandations ainsi que leurs justifications reposent donc sur l'opinion des spécialistes du groupe de travail, et doivent être interprétées en conséquence.

De plus, certaines de ces recommandations portent sur la santé et le bien-être des personnes proches aidantes ainsi que de l'équipe soignante. L'impact psychosocial chez les personnes proches aidantes est une considération cruciale. Nous reconnaissons le fait qu'avoir l'aide d'une personne de confiance est un privilège, et que ce soutien n'est pas accessible à toutes les personnes vivant avec une plaie maligne. Le traitement d'une plaie maligne exige une approche globale qui reconnaît et prend en compte l'interaction complexe de divers facteurs, notamment l'équité en matière de santé, le statut socioéconomique et la diversité. Reconnaître l'impact de l'humilité culturelle et la nécessité de fournir des soins qui respectent les croyances et les pratiques individuelles est crucial pour offrir des soins efficaces et équitables. En outre, les disparités raciales et le racisme dans les soins de santé nécessitent un effort concerté de toute la communauté soignante pour reconnaître et affronter les problèmes systémiques. Ceci vise à garantir que toutes les personnes reçoivent des soins de la plus haute qualité, indépendamment de leurs origines.⁸

Ce document explore la prise en charge topique des plaies malignes. Par conséquent, la discussion sur les avantages potentiels des traitements oncologiques comme la radiothérapie ou la chimiothérapie, ainsi que les symptômes tels que l'agitation, l'anxiété, la dépression et l'essoufflement ne sont pas abordés dans ces recommandations. L'équipe interprofessionnelle de soins palliatifs doit être impliquée pour la gestion des symptômes centrée sur la personne soignée. En outre, les recommandations topiques relatives à la douleur et au prurit ne sont pas prescriptives ou exhaustives, mais reflètent plutôt les modalités de prise en charge relevées dans la revue de la littérature. La disponibilité des médicaments varie en fonction des milieux de soins, des politiques et procédures locales, ainsi que de la province ou le territoire où les soins sont prodigués. La dernière section de ce document décrit les éléments pour lesquels les preuves cliniques doivent être améliorées.

Nous avons tenté d'harmoniser les termes utilisés tout au long du document :

- la personne soignée réfère à un patient, une patiente, un client, une cliente ou un individu recevant des soins;
- la personne proche aidante réfère aux personnes aidantes, à la famille, à un proche ou à l'entourage;
- les membres de l'équipe soignante réfère au personnel soignant, au personnel infirmier, à des cliniciens et cliniciennes;
- interprofessionnel réfère à multidisciplinaire ou interdisciplinaire;
- plaie maligne réfère à une plaie bourgeonnante, ulcérante; et
- humilité culturelle remplace les termes compétence culturelle et sécurité culturelle.

Note. Le symbole † représente l'opinion des spécialistes du groupe de travail.

MÉTHODOLOGIE

Le groupe de travail a entrepris de formuler des recommandations de pratiques exemplaires en matière de plaies malignes. Le groupe de travail était composé de membres des ISPSCC et de l'ACSIP. Les ISPSCC tiennent à remercier l'ACSIP pour son partenariat dans l'élaboration de ce document de recommandations des pratiques exemplaires.

Les termes de recherche de même que les critères d'inclusion et d'exclusion ont été convenus par le groupe de travail. Une revue de la littérature de type « Examen de la portée » (scoping review) a été réalisée en février 2023 avec l'Université Queen. La stratégie de recherche employée comportait les motsclés suivants ainsi que les différentes combinaisons en découlant : cutaneous wounds, fungating wounds, malignant wounds, bleeding, odour, pain et pruritus. Le groupe de travail s'est penché sur diverses questions de type PICO (PICO : population, intervention, comparaison, outcome ou résultat) afin d'établir le contexte de la revue et orienter l'équipe de recherche.

Les membres du groupe de travail ont examiné les titres et résumés de 587 articles. Les textes intégraux de 113 articles ont ensuite été récupérés et examinés indépendamment par deux membres du groupe de travail. Une première ébauche des recommandations a été complétée par le groupe de travail. Après une révision des recommandations, une méthode Delphi a été mise en œuvre pour parvenir à un consensus. Tout d'abord, les membres ont été invités à proposer des recommandations supplémentaires. Ensuite, chacune des recommandations a été présentée par le modérateur pour discussion. Après discussion, les membres ont voté l'acceptation des recommandations telles qu'elles étaient rédigées. Le niveau d'accord a préalablement été fixé à 80 %. Les membres du groupe de travail se sont engagés dans plusieurs discussions après la première ronde Delphi, réduisant ainsi les vingt-neuf recommandations initiales à vingt-trois. Celles-ci ont été révisées à nouveau par les membres du groupe de travail, puis envoyées à un deuxième tour pour en voter l'acceptation. Toutes les recommandations restantes ont fait l'objet d'un consensus supérieur à 80 % après deux tours. Cette dernière ronde Delphi a eu lieu en septembre 2023, avec un consensus minimal de 93 % pour les vingttrois recommandations. La plupart des articles issus de la revue de littérature ont été écrits il y a plus de 10 ans. Les articles les plus récents citent souvent des études antérieures à 2014. Le présent document cite les articles primaires originaux.

Les recommandations ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs issus de la communauté interprofessionnelle. Au total, 40 pairs examinateurs ont précieusement contribué au document. Leur évaluation a été collectée via SurveyMonkey entre janvier et février 2024. Dans l'ensemble, 92 % des pairs examinateurs ont déclaré qu'ils conseilleraient ces recommandations de pratiques exemplaires à leurs collègues et aux instances administratives afin de soutenir la prise en charge des plaies malignes au Canada. Cette évaluation a

permis d'apporter des améliorations. Les changements proposés ont été discutés et approuvés par les membres du groupe de travail. Par exemple, il a été souligné que le terme « humilité culturelle » devrait être utilisé. Par conséquent, la recommandation 7 a été reformulée et resoumise au vote de consensus en mars 2024. Enfin, les membres du groupe de travail ont examiné les ébauches du manuscrit et le document final a été approuvé par le conseil d'administration des ISPSCC avant sa publication.

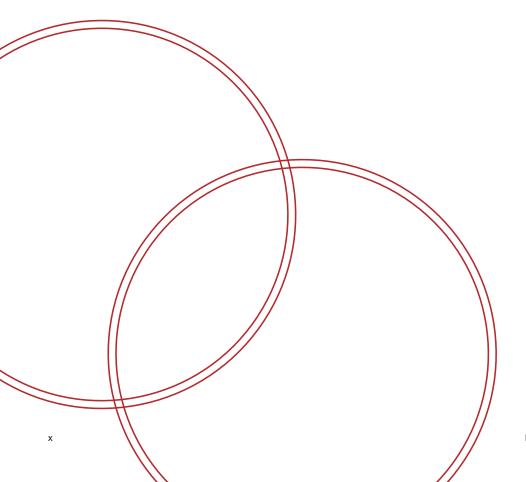


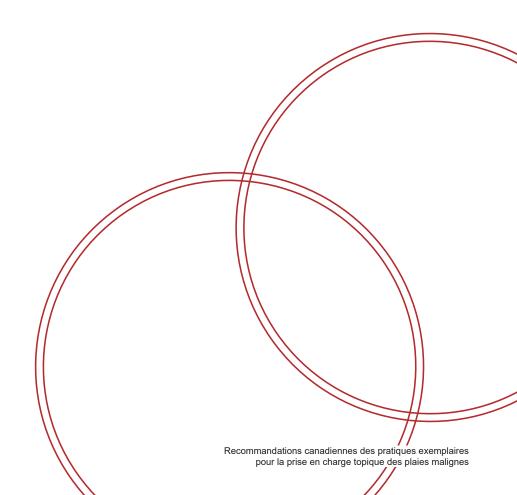
Tableau 1 Recommandations des pratiques exemplaires pour les plaies malignes

	Recommandations	Références	Niveau de preuve
Éva	luation		
1	Confirmer l'étiologie de la plaie maligne à l'aide du dossier clinique de la personne avant d'établir des objectifs de soins et d'élaborer un plan de traitement. Pour les plaies qui ne cicatrisent pas, considérer et suspecter une potentielle plaie maligne.	6,9	IV-V
2	Effectuer une évaluation approfondie de la plaie à l'aide d'un outil validé qui décrit les caractéristiques telles que la région anatomique, la surface de la plaie, la profondeur ou la protrusion, les types de tissus, le prurit, la proximité des structures vitales, la peau périlésionnelle, l'exsudat, l'odeur, l'infection et la douleur.	10-12	IV-V
3	Effectuer une évaluation holistique comprenant les antécédents médicaux et chirurgicaux, les médicaments et le plan de traitement antérieur de la plaie. Utiliser un outil validé pour effectuer une évaluation de la qualité de vie auprès de la personne atteinte d'une plaie maligne.	10	IV
Obj	ectifs et planification des soins		
4	Évaluer la compréhension de la personne atteinte d'une plaie maligne et des personnes proches aidantes au sujet de l'étiologie de la plaie. Évaluer leurs attentes en matière de cicatrisation et leur capacité à gérer la plaie. S'assurer que les préférences de la personne atteinte d'une plaie maligne soient prises en compte.	13-16	III-IV
5	Impliquer la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes dans le choix d'objectifs fondés sur des données probantes pour des soins topiques sécuritaires. Dans ces objectifs, aborder les préoccupations, les préférences et la gestion des symptômes. Adopter une approche holistique pour des soins mettant l'accent sur la qualité de vie.	2,15-22	la-V
App	roche systémique		
6	Constituer une équipe interprofessionnelle com- prenant une ISPSC ou une spécialiste en soins de plaies pour offrir collaborativement des soins holis- tiques et des interventions appropriées qui répon- dent aux besoins physiques et psychosociaux de la personne atteinte d'une plaie maligne.	17,23-28	IV-V
7	Faire preuve d'humilité culturelle lors des soins prodigués à la personne atteinte d'une plaie maligne et à ses proches, dans le respect de leurs valeurs et de leurs croyances, sans racisme ni discrimination, afin de bâtir un climat de confiance et de favoriser des soins culturellement sécuritaires.	7,19,24,29-31	la-V

	Recommandations	Références	Niveau de preuve
8	Les organisations de soins de santé devraient offrir aux membres de l'équipe soignante qui s'occupent des personnes atteintes de plaies malignes, un soutien en santé mentale pour gérer efficacement leur propre bien-être émotionnel.	7,22,23	III-V
Forr	nation		
9	Fournir de l'information et des conseils de manière continue à la personne atteinte d'une plaie maligne et aux personnes proches aidantes.	1,7,13- 16,19,20,23,24,26,32-34	la-V
10	Encourager la formation des professionnelles et des professionnels de la santé afin de s'assurer qu'ils puissent fournir des soins efficaces et appropriés aux personnes atteintes de plaies malignes.	2,5,14-16,19,20,24,35	la-V
11	Présenter et expliquer le rôle d'une approche palliative, et orienter vers des soins palliatifs, lorsqu'appropriés.	23,25,28,36,37	V
12	Informer la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes des moments où elles doivent consulter un médecin en contexte de soins à domicile ou au sein de la communauté, selon les objectifs de soins.	13,19,20,23,24,35	la-V
Ges	tion de la douleur et des symptômes		
13	Créer un plan de soins pour une gestion efficace de la douleur, en utilisant des approches pharma- cologiques et non pharmacologiques.	2,7,16,19,23,28,38-48	la-V
14	Créer un plan de soins pour la prise en charge efficace du prurit, en utilisant des approches pharmacologiques et non pharmacologiques.	2,7,23,28,37,49,50	la-V
Ges	tion de la plaie		
15	Évaluer le risque de saignement chez la personne atteinte d'une plaie maligne et lui proposer, ainsi qu'aux personnes proches aidantes et à l'équipe de soins, de la formation et du soutien quant à la prise en charge des saignements potentiellement graves avec de telles plaies.	2,13,16,17,23,28,51	la-V
16	Choisir le pansement le plus approprié pour prévenir ou gérer les saignements mineurs en fonction de l'évaluation de la plaie, de la gestion des symptômes et des objectifs de soins.	7,13,16,23,25,40,51-53	IV-V
17	Dresser une liste des interventions appropriées pour la prise en charge des saignements actifs et graves.	7,27,40,51	IV-V
18	Gérer l'odeur de la plaie à l'aide de solutions net- toyantes, d'antibiotiques topiques, d'antimicrobiens topiques ou d'autres produits.	14,16,23,28,54-57	la-V
19	Envisager le retrait des tissus dévitalisés qui peuvent contribuer à la charge microbienne et à l'odeur en utilisant le débridement selon votre champ de pratique, votre milieu de soins et les facteurs de risque. Obtenir préalablement le consentement éclairé.	16,20,36,40	IIb-V

	Recommandations	Références	Niveau de preuve	
20	Protéger la peau périlésionnelle de l'exsudat irritant ou excessif en utilisant une barrière cutanée appro- priée et des produits absorbants.	16,27,28,58	la-V	
21	Choisir des pansements qui absorbent l'exsudat et minimisent l'inconfort, en considérant que d'autres produits peuvent être bénéfiques (p. ex., appareillage à stomie).	16,20,23,25,35, 40,53,58-60	la-V	
Éval	Évaluation et recherche			
22	Évaluer continuellement les résultats, y compris la gestion de l'odeur, de l'humidité, du risque de saignement et de la douleur, ainsi que les aspects psychosociaux. Apporter les ajustements nécessaires au plan de soins.	1,23,54,61	la-V	
23	Encourager la recherche et la publication sur la prise en charge biopsychosociale des personnes atteintes de plaies malignes, en favorisant la prestation de soins centrés sur la personne et fondés sur les meil- leures données probantes disponibles.	1,7,15,19,62	la-V	

Note. Les niveaux de preuve des données probantes sont décrits à l'annexe 1.63



ÉVALUATION

Les plaies malignes se développent de plusieurs façons : sous forme de lésion, de nodule ou d'ulcère. Ceci peut être en raison de cancers primaires de la peau (p. ex., mélanome, basocellulaire, ou épidermoïde), une éruption à travers la peau à la suite d'une tumeur cancéreuse sous-jacente, ou encore lors d'une propagation métastatique à distance d'un cancer à travers les couches de la peau. Les personnes atteintes peuvent présenter un éventail de problèmes éprouvants dans la gestion des plaies et des symptômes connexes. Outre les cancers primaires de la peau, les tumeurs malignes du sein, de la tête et du cou sont les plus susceptibles d'entraîner des plaies malignes. De telles plaies sont signe d'un pronostic sombre, et de nombreuses tumeurs peuvent être non résécables en raison de l'étendue de la maladie. Le développement de ces plaies se produit de manière anarchique et imprévisible, ce qui entraîne des plaies atypiques, souvent nécrotiques, parfois extériorisées, parfois cavitaires, voire même fistulisées. 13

Recommandation 1 – Confirmer l'étiologie de la plaie maligne à l'aide du dossier clinique de la personne avant d'établir des objectifs de soins et d'élaborer un plan de traitement. Pour les plaies qui ne cicatrisent pas, considérer et suspecter une potentielle plaie maligne.

Une plaie maligne peut être le premier signe d'un cancer. Le diagnostic différentiel de l'infirmière praticienne, de l'infirmier praticien ou des médecins devrait se baser sur les antécédents de cancer de la personne et l'évaluation de la plaie. Les plaies malignes peuvent être stagnantes, friables et malodorantes. Elles peuvent présenter des bords irréguliers, une forme nodulaire proliférative (bourgeonnante), un exsudat excessif, un lymphædème local et une augmentation de la pression dans les tissus. La figure 1 montre un mélanome à la cuisse gauche.

7 8 9 10 11 12 13 14 15 DO NOT REUSE

Figure 1 Mélanome de la cuisse gauche

Note. © ISPSCC, 2024.

Les examens diagnostiques pour une évaluation approfondie comprennent la radiographie, l'échographie, la tomodensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique Une biopsie tissulaire peut être nécessaire lorsque le site de la tumeur primaire n'a pas été confirmé. Lorsqu'une biopsie et la confirmation de la malignité ne sont pas possibles, il est impératif d'établir prudemment un plan de soins qui tient compte de la malignité suspectée. Dans de tels cas, le jugement clinique avec un haut niveau de suspicion est primordial.†

La confirmation de l'étiologie maligne de la plaie est primordiale, car elle aide l'équipe soignante à orienter ses interventions et à se concentrer sur une prise en charge réaliste des symptômes. La connaissance de l'étiologie aidera l'équipe interprofessionnelle à choisir les outils d'évaluation et les interventions topiques et systémiques appropriés. Cette approche permet d'améliorer les soins et d'éviter les retards de traitement de la maladie sous-jacente chez la personne atteinte d'une plaie maligne.

Recommandation 2 – Effectuer une évaluation approfondie de la plaie, à l'aide d'un outil validé qui décrit les caractéristiques telles que la région anatomique, la surface de la plaie, la profondeur ou la protrusion, les types de tissus, le prurit, la proximité des structures vitales, la peau périlésionnelle, l'exsudat, l'odeur, l'infection et la douleur.

Les plaies malignes peuvent être facilement reconnaissables en raison de leur apparence en cratère ou en « chou-fleur ». 33 Bien que leur étiologie demeure variable, ces plaies peuvent avoir un impact dévastateur sur la personne soignée et les personnes proches aidantes. La prise en charge des symptômes associés représente un défi. 64 Les plaies malignes ont des caractéristiques et des processus de croissance différents des autres plaies. Elles peuvent entraîner des complications telles que de l'infection,

Figure 2 Carcinome épidermoïde



Note. © ISPSCC, 2024

des fistules, une compression et un blocage des vaisseaux sanguins et lymphatiques, une hémorragie et une obstruction des voies respiratoires. ¹¹ La figure 2 montre un carcinome épidermoïde métastatique se propageant au niveau de l'aisselle.

Les plaies malignes ont également un impact significatif sur la qualité de vie des personnes. 19,65,66 Les outils d'évaluation développés pour les plaies bénignes peuvent ne pas saisir la présentation complexe des plaies malignes, et n'évaluent pas l'impact psychosocial de celles-ci. 11 Le tableau 2 présente les symptômes à observer lors de l'évaluation.

Év	aluation	Interventions et commentaires
·	calisation de la plaie Réduit-elle la mobilité ? Est-elle facilement dissimulable à la vue des autres ? Est-elle située près d'une peau avec des plis ou plane ?	 Envisager une consultation en ergothérapie pour faciliter les activités de la vie quotidienne Influence le choix du pansement Influence la fixation du pansement les adhésifs plus minces tels que les rubans doux, les rubans de silicone ou les films transparents peuvent mieux se conformer et adhérer à la peau avec des plis que d'autres matériaux adhésifs plus épais
Ca	ractéristiques de la plaie	
•	Taille : longueur, largeur, profondeur/hauteur, espace sous-jacent, exposition de structures profondes Bourgeonnante ou ulcérée	 Influence le choix du pansement; fournit des informations sur la détérioration ou la réponse au traitement palliatif Influence la sélection et fixation du
	Pourcentage de tissu viable versus tissu nécrotique Friabilité des tissus et saignement	pansement Détermine le besoin de nettoyage/ débridement Détermine le besoin de pansements non
•	Présence de fistule Quantité d'exsudat Plaie colonisée ou cliniquement infectée	 adhérents et d'autres mesures pour contrôler les saignements Influence le besoin éventuel d'un appareillage à fistule ou à stomie Influence le choix du pansement Détermine le besoin de soins locaux versus systématiques
Por	au environnante	
	Érythémateuse Fragile ou dénudée	 Infection ou extension de la tumeur Influence la sélection et la fixation du pansement éviter le retrait quotidien des adhésifs sur la peau fragile utiliser une fixation alternative appliquer des appareillages à stomie souples sur la peau en contact avec les adhésifs changer l'appareillage à stomie tous les 5 à 7 jours utiliser d'autres alternatives comme un filet, un soutien-gorge, un bustier sans bretelles, une camisole, un bandage tubulaire, un débardeur ajusté, un sousvêtement ou une culotte d'incontinence

Évaluation Interventions et commentaires Nodulaire Extension tumorale ou métastase Améliorer la gestion de l'exsudat; il peut être Macérée nécessaire d'appliquer un protecteur cutané liquide sur la peau environnante pour la protéger Radiodermite Nécessite des soins cutanés; influence la fixation du pansement (idem à la peau fragile) **Symptômes** • Douleur profonde : lancinante, en coup de Ajuster l'analgésie systémique poignard, continue • Douleur superficielle : brûlement, picotement, Nécessité d'une analgésie topique peut être associée uniquement aux changements de pansement Présence d'odeur Détermine le besoin de stratégies pour réduire les odeurs Prurit Évaluer le possible lien avec les pansements. Dans la négative, des médicaments antiprurigineux systémiques peuvent être nécessaires Risque de complications graves · Lésion à proximité de vaisseaux sanguins Informer la personne soignée et les importants : risque d'hémorragie personnes proches aidantes sur la prise en charge palliative des hémorragies graves. [contacter l'équipe soignante] couvrir la zone avec des serviettes foncées, appliquer localement une pression, si indiqué surélever la zone du saignement si possible assurer le confort de la personne, administrer un sédatif à action rapide, parler d'un ton calme. · Lésion à proximité de vaisseaux sanguins Informer la personne soignée et les importants : risque de compression et personnes proches aidantes sur la prise en d'obstruction des vaisseaux charge palliative de l'œdème sévère et de la douleur utiliser des bas ou des bandages compressifs si cela améliore le confort de la personne Lésion à proximité des voies respiratoires : Informer la personne soignée et les personnes proches aidantes sur la prise en risque d'obstruction charge palliative de l'obstruction des voies respiratoires [contacter l'équipe soignante] administrer des opiacés et des sédatifs si nécessaire surélever la tête du lit s'asseoir avec la personne; lui parler sur

un ton réconfortant

Les outils conçus et validés pour l'évaluation des plaies malignes, tel que le Malignant Wound Assessment Tool (MWAT-C) présenté à l'annexe 2, permettent une évaluation complète des caractéristiques physiques de la plaie, ainsi que des impacts sur les plans fonctionnel et psychosocial. 10,11 La version du MWAT-C présenté à l'annexe 2 date du 5 avril 2024 et provient de Valerie N. Schulz sous la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. De plus, le Toronto Symptom Assessment System for Wounds (TSAS-W), figurant à l'annexe 3, est présenté comme un outil qui a le potentiel de permettre et de faciliter la mesure de la douleur et de la détresse polysymptomatique associées à tous les types de plaies. La disponibilité de ces outils peut favoriser l'amélioration de l'évaluation clinique et améliorer les résultats.10

La version originale de l'outil d'évaluation des plaies malignes selon la thèse de Schulz, avec une version clinique et une version recherche, visait à saisir le point de vue de la personne soignée et du personnel soignant sur la vie avec une plaie maligne. La première version comprenait des domaines liés à l'identification de la personne, les symptômes et les préoccupations fonctionnelles, sociales et émotionnelles de la personne soignée, ainsi que les caractéristiques cliniques de la plaie maligne et sa classification (Schulz, 2001, cité dans Schulz¹¹). Ces deux versions de l'outil MWAT-C ont été validées dans un centre et ont ensuite fait l'objet d'une seconde étude de validation internationale, en utilisant une méthode Delphi,11 afin de développer des outils d'évaluation et de documentation plus concis à des fins cliniques et de recherche. Le financement de cette étude de validation a été assuré par les Instituts de recherche en santé du Canada [Subvention d'équipe en voie de formation PET69772]. Le MWAT-C n'avait pas pour but d'évaluer de manière exhaustive chaque problème lié à la plaie, mais plutôt à soutenir la pratique clinique et favoriser une évaluation plus approfondie lorsque nécessaire. La version actualisée

du MWAT-C du 5 avril 2024 comprend une note invitant à respecter la législation en vigueur sur la protection de la vie privée, la confidentialité et le consentement en matière de renseignements personnels sur la santé lors de l'utilisation de l'outil. Les caractéristiques des plaies malignes relatives aux démangeaisons, à l'infection et à la proximité des structures vitales ont été ajoutées pour améliorer la cohérence avec les recommandations canadiennes des pratiques exemplaires pour la prise en charge topique des plaies malignes 2024.

Recommandation 3 – Effectuer une évaluation holistique comprenant les antécédents médicaux et chirurgicaux, les médicaments et le plan de traitement antérieur de la plaie. Utiliser un outil validé pour effectuer une évaluation de la qualité de vie auprès de la personne atteinte d'une plaie maligne.

Une évaluation holistique comprenant les antécédents médicaux et chirurgicaux, les médicaments et les plans de traitement antérieurs de la plaie est essentielle pour évaluer l'état de la personne en regard de la stadification du cancer, des traitements, des comorbidités et de la prise en charge.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les soins, notamment les médicaments liés aux comorbidités tels que les corticostéroïdes, les anticoagulants et les antiplaquettaires. 6,16 Les professionnelles et professionnels de la santé doivent tenir compte des traitements actuels et antérieurs tels que la chimiothérapie, la radiothérapie et les chirurgies, car ils affectent la qualité des tissus et peuvent provoquer des effets secondaires importants tels que de la fibrose, des ulcères, de l'œdème et de l'inflammation.6,35 Il est également important de prendre en compte l'efficacité des plans de soins précédents pour maximiser leur potentiel³⁵ et éviter les erreurs répétitives. L'hydratation. la nutrition et le statut immunitaire sont d'autres éléments à prendre en compte.16 Les personnes atteintes de

plaies malignes et les personnes proches aidantes peuvent fournir des informations précieuses sur les soins antérieurs de la plaie, y compris leurs préférences.[†]

L'objectif de soins s'aligne généralement sur les choix de la personne, souvent dans une visée palliative. Par conséquent, la qualité de vie apparaît comme l'élément d'évaluation le plus important pour la gestion des plaies malignes. Les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent contribuer à l'évaluation holistique centrée sur la personne. La personne soignée et les personnes proches aidantes peuvent ressentir une détresse importante et un isolement social en raison des symptômes souvent envahissants. et du temps que requièrent les soins.⁶ Il est essentiel de valider la compréhension des pathologies, les forces, les défis sociaux et familiaux, les craintes, les préoccupations et les perceptions, tout en incluant la spiritualité et les valeurs.67 Le MWAT-C comprend un questionnaire axé sur l'impact des symptômes sur la qualité de vie. 11 Un outil d'évaluation validé permet de guider les professionnelles et professionnels de la santé dans l'évaluation de la qualité de vie avec des guestions pertinentes tout en respectant la personne. L'Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) présenté à l'annexe⁴ est un outil validé pour mesurer dix éléments de la qualité de vie sur une échelle numérique de 0 à 10.12 La détresse, le déni ou la dissociation, l'anxiété, un état dépressif ou des troubles de la personnalité peuvent être des manifestations d'une difficulté à s'adapter.6

À RETENIR

- La confirmation de l'étiologie de la plaie maligne est primordiale pour adapter les interventions et la prise en charge symptomatique. Une biopsie des tissus peut être nécessaire.
- Les outils d'évaluation généralement utilisés peuvent ne pas saisir la présentation complexe des plaies malignes, et n'évaluent pas l'impact psychosocial de celles-ci.¹¹

- La qualité de vie apparaît comme l'élément d'évaluation le plus important pour la gestion des plaies malignes.
- Le suivi des plaies malignes par la photographie est particulièrement précieux, si la personne soignée accepte.² Les photographies permettent de mieux comprendre le développement et la progression des plaies au fil du temps. La pratique de la photographie des plaies doit être standardisée et supervisée par les établissements de soins conformément aux politiques locales, aux principes éthiques et de confidentialité.
- PALCARE est un acronyme anglophone adapté aux soins palliatifs avec une approche d'évaluation systématique.
 P = pronostic, A = planification préalable des soins (advance care planning),
 L = situation de vie (living situation),
 C = histoire complète (comprehensive history), A = évaluation (assessment),
 R = recommandation et E = éducation.²

OBJECTIFS DE SOINS / PLANIFICATION DES SOINS

La constitution d'une équipe interprofessionnelle peut favoriser l'obtention de meilleurs résultats dans le parcours d'une personne atteinte d'une plaie maligne. L'équipe doit être composée de professionnelles et professionnels issus de différents domaines des soins de santé, sans oublier que le membre central de l'équipe est la personne soignée en elle-même. Les personnes proches aidantes doivent également occuper une place importante dans l'équipe de soins en raison de leur soutien constant et de leurs encouragements. Parfois, elles peuvent aussi parler au nom de la personne soignée si elle ne peut pas communiquer directement ses besoins et ses volontés. L'élaboration et la communication d'un plan de traitement au sein de l'équipe interprofessionnelle contribueront à favoriser la continuité des soins et à définir les attentes. Lorsqu'elle établit les objectifs de traitement avec la personne soignée, l'équipe doit tenir compte du stade de la maladie ainsi que des objectifs personnels, des préoccupations et des préférences. Dans la plupart des cas, les objectifs relatifs aux soins de plaies doivent passer de la cicatrisation vers le maintien et l'amélioration de la qualité de vie. Les objectifs ne peuvent donc pas inclure la cicatrisation, mais doivent se concentrer sur la gestion des symptômes comme les soins atraumatiques, le contrôle de la douleur, le contrôle de l'odeur et la gestion de l'exsudat. La figure 3 montre un carcinome épidermoïde récidivant avec dissémination métastatique des ganglions lymphatiques au côté gauche du cou et derrière l'oreille. La personne atteinte d'une plaie maligne et son équipe interprofessionnelle doivent définir des objectifs de soins réalistes et fondés sur les données probantes en soins de plaies afin de répondre à leurs besoins tout en appliquant les pratiques exemplaires et une pratique éclairée par les données probantes.

Figure 3 Ganglion lymphatique métastatique récidivant au niveau cervical



Note. © ISPSCC, 2024.

Recommandation 4 – Évaluer la compréhension de la personne atteinte d'une plaie maligne et des personnes proches aidantes au sujet de l'étiologie de la plaie. Évaluer leurs attentes en matière de cicatrisation et leur capacité à gérer la plaie. S'assurer que les préférences de la personne atteinte d'une plaie maligne soient prises en compte.

L'équipe interprofessionnelle doit avoir des discussions honnêtes, mais encourageantes avec la personne et ses proches lors de la planification des soins afin d'évaluer leur niveau de compréhension sur l'étiologie de la plaie et sur les facteurs qui affecteront ou limiteront la cicatrisation de celleci. Contrairement aux plaies d'autres étiologies, les plaies malignes ne cicatrisent généralement pas et seront désignées comme incurables après l'évaluation par l'équipe. Dans ce cas, l'objectif principal passera de la guérison à la prise en charge des symptômes.¹⁵ La réaction de la personne au traitement de la maladie influencera davantage les résultats que les soins de la plaie en tant que tels. Tous les membres de l'équipe interprofessionnelle doivent communiquer de manière cohérente les mêmes objectifs de traitement de la plaie auprès de la personne et ses proches.¹³

Les personnes proches aidantes et les membres de la famille au sens large sont essentiels pour aider et encourager la personne dans les soins de sa plaie maligne. La prise en charge d'une plaie incurable ou palliative peut être émotive et ardue. Des soins et un soutien émotionnel appropriés doivent être apportés à la personne soignée et à ses proches. S'assurer que les personnes proches aidantes soient à l'aise et capables de fournir des soins de confort, y compris le soin des plaies, optimisera les soins reçus par la personne.16 S'occuper quotidiennement d'une personne atteinte d'une plaie maligne peut laisser aux proches aidants un sentiment de fardeau et d'isolement.14 Lorsque les personnes prochaines aidantes se sentent à

l'aise et acceptent de participer aux soins de la plaie, les professionnelles et professionnels de la santé doivent les soutenir pour atténuer le risque d'épuisement. Il faut aussi reconnaître que la personne atteinte d'une plaie maligne peut ne pas vouloir que d'autres personnes lui prodiguent des soins.

Étant donné leur risque accru d'isolement social et de détresse émotionnelle. les personnes proches aidantes peuvent recevoir diverses formes d'assistance, telles qu'une évaluation psychologique et du soutien émotionnel. L'enseignement pour la gestion des symptômes, comme le contrôle des saignements et des odeurs, peut également s'avérer bénéfique. Les personnes proches aidantes doivent être encouragées à se joindre à un groupe de soutien, ce qui peut contribuer à diminuer le fardeau et à réduire le risque d'épuisement. La dynamique de groupe leur permet de se soutenir mutuellement avec empathie et attention. Les professionnelles et professionnels de la santé jouent un rôle essentiel autant dans l'animation de ces groupes de soutien, que dans la mise en place des ressources et le soutien continu en cas de problèmes.14

Recommandation 5 – Impliquer la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes dans le choix d'objectifs fondés sur des données probantes pour des soins topiques sécuritaires. Dans ces objectifs, aborder les préoccupations, les préférences et la gestion des symptômes. Adopter une approche holistique pour des soins mettant l'accent sur la qualité de vie.

Une approche globale est essentielle lors de la planification des soins de plaies et du choix des objectifs pour leur prise en charge. Souvent, les personnes atteintes d'une plaie maligne présentent de multiples préoccupations et problèmes qui nécessitent tous une attention particulière. Ne pas prendre en compte ou ignorer ces préoccupations peut nuire à la personne. Une évaluation

complète ne se limite pas à la plaie. Il est essentiel d'inclure l'histoire personnelle et une évaluation biopsychosociale incluant la qualité de vie. Pour répondre efficacement aux préoccupations des personnes atteintes de plaies malignes, celles-ci doivent recevoir de l'information et faire partie prenante de l'équipe soignante de manière empathique. 16 Les relations thérapeutiques sont vitales pour elles. 19 Une approche holistique aide et contribue à cette relation thérapeutique. La personne soignée peut ressentir un changement de perception entre son image corporelle antérieure et celle actuelle. Afin de la soutenir adéquatement, les professionnelles et professionnels de la santé doivent comprendre ces processus de changement.²²

Malheureusement, le traitement topique des plaies malignes conduit rarement à la cicatrisation. La littérature disponible décrivant les personnes vivant avec des plaies malignes incurables confirme que les odeurs, la douleur, les saignements et l'exsudat sont associés à un stress important, à l'anxiété et à la dépression, en plus d'avoir un impact sur l'identité, l'estime de soi et la qualité de vie.20 Le soin des plaies malignes devrait se concentrer sur le traitement et le soulagement du symptôme le plus pénible perçu comme un problème par la personne soignée, ou par les personnes proches aidantes lorsque la personne soignée est incapable ou ne souhaite pas exprimer sa préoccupation.15 Les membres de l'équipe soignante doivent comprendre comment la personne vit le deuil, comment elle perçoit son corps et comment elle affronte ses peurs. Reconnaître l'impact de ces trois perspectives en tant que priorités renforce la capacité à adapter le plan de soins aux besoins de la personne.21

Identifier des moyens pour simplifier et améliorer les soins de plaies est crucial et peut bonifier la qualité de vie de la personne. 15 La planification du changement de pansement doit tenir compte de la routine quotidienne de la personne (par exemple, le bain). En cas de douleur importante, il peut s'avérer nécessaire

de réduire la fréquence des changements de pansements.² L'enseignement des techniques de soins de plaies aux personnes proches aidantes doit être considéré comme un objectif pour les aider à prendre soin de leur proche.¹⁵

Il est essentiel d'ajuster et de réviser le plan de soins selon l'évolution de l'état de la personne et de l'évolution de la plaie. Les membres de l'équipe soignante doivent continuellement évaluer si le plan de soins répond aux besoins d'autodétermination de la personne soignée et de ses proches aidants, et l'ajuster si nécessaire pour répondre à l'évolution de ceux-ci.¹⁷

À RETENIR

- La personne présentant une plaie maligne est le membre central de l'équipe, entourée de professionnelles et professionnels issus de différents domaines des soins de santé.
- Les personnes proches aidantes occupent également une place importante dans l'équipe de soins en raison de leur soutien continu et de leurs encouragements.
- Les plaies malignes peuvent être définies comme incurables selon l'évaluation par l'équipe.
- Trois perspectives permettent d'adapter le plan de soins aux besoins de la personne :
 1) la façon dont elle vit le deuil, 2) la façon dont elle perçoit son corps et 3) comment elle affronte ses peurs.²¹
- Les objectifs en soins de plaies doivent évoluer vers le soutien, l'amélioration de la qualité de vie et la gestion des symptômes pour la personne et ses proches.
- Il est essentiel d'ajuster et de réviser le plan de soins en fonction de l'évolution de l'état de la personne.

APPROCHE SYSTÉMIQUE

Dans les soins de santé modernes, le traitement topique des plaies malignes représente un défi à multiples facettes qui nécessite une approche globale et intégrée. Les plaies malignes exigent une attention particulière pour assurer un traitement topique optimal et une gestion adéquate de la douleur, de même que la préservation de la qualité de vie de la personne. Pour répondre à ces besoins complexes, une synergie d'expertise, de ressources et de collaboration dépassant les limites traditionnelles du traitement des plaies est nécessaire. Cette section se penche sur l'approche dynamique des systèmes de santé pour la prise en charge topique des plaies malignes, en soulignant le rôle des spécialistes en soins de plaies, des équipes interprofessionnelles, des pharmaciennes et pharmaciens, des réseaux de soutien communautaires ainsi que de la promotion de la mobilité, de l'accessibilité et de la couverture financière. La figure 4 illustre la nécessité d'une approche interprofessionnelle pour éviter les erreurs de diagnostic.

Figure 4 Carcinome épidermoïde au pied



Note. Carcinome épidermoïde au pied, initialement diagnostiqué à tort comme un pied de Charcot avec gangrène © ISPSCC, 2024.

Recommandation 6 – Constituer une équipe interprofessionnelle comprenant une ISPSC ou une spécialiste en soins de plaies pour offrir collaborativement des soins holistiques et des interventions appropriées qui répondent aux besoins physiques et psychosociaux de la personne atteinte d'une plaie maligne.

Selon Meaume et al.,²⁷ une approche interprofessionnelle globale est essentielle à la mise en œuvre des soins palliatifs. Cette approche implique une collaboration entre le personnel infirmier spécialisé en soins de plaies, les oncologues, les spécialistes de la douleur, les chirurgiennes et chirurgiens, et les spécialistes des soins palliatifs (médecins ainsi qu'infirmières et infirmiers praticiens). Cette interdisciplinarité garantit que les besoins complexes des personnes en soins palliatifs, en particulier celles atteintes de plaies malignes, soient correctement pris en compte en mettant l'accent sur une approche holistique et globale.

Selon Cornish,²³ les plaies malignes s'accompagnent souvent des signes et symptômes physiques typiques tels que de mauvaises odeurs, des saignements, de la douleur, de l'exsudat excessif et du prurit. À ceux-ci s'ajoutent des répercussions psychosociales qui peuvent conduire à l'isolement social et à des symptômes de dépression. Ces derniers ont un impact significatif non seulement sur la personne vivant avec une plaie maligne et les personnes proches aidantes, mais aussi sur les professionnelles et professionnels de la santé, autant pendant la période de soins qu'après. La prise en charge efficace de ces symptômes nécessite une approche interprofessionnelle visant à garantir les meilleurs résultats possibles. Les décisions concernant l'orientation vers des services sociaux ou de psychologie pour des conseils, ou vers la psychiatrie pour une évaluation et des recommandations pharmacologiques doivent être prises en collaboration avec la personne soignée et les personnes proches aidantes. Aussi. il est essentiel d'évaluer

la situation financière de ces personnes, car nombre d'entre elles peuvent être dans l'incapacité de travailler en raison des limites imposées par la maladie. Les travailleuses et travailleurs sociaux peuvent intervenir pour les problèmes liés au logement et à l'insécurité alimentaire. Le Centre for Effective Practice propose un outil utile sur la pauvreté. Les programmes de soins à domicile peuvent aider à couvrir le coût des soins et des médicaments utilisés pour la gestion des symptômes palliatifs.

Bien que la recherche dans ce domaine soit limitée. la médecine alternative complémentaire montre un potentiel en tant que partie intégrante des soins offerts aux personnes atteintes des plaies malignes. L'expérience de la souffrance et la prise de conscience d'un pronostic limité amènent souvent les personnes à envisager leur mort, à réévaluer leurs croyances existentielles, et à chercher un lien spirituel. L'augmentation de la taille d'une plaie maligne existante. l'apparition de nouvelles lésions ou l'apparition de nouveaux symptômes peuvent entraîner une perte d'espoir. Les personnes font alors souvent appel à la foi comme source de soutien, même celles qui n'ont jamais été enclines vers la spiritualité ou la religion.²⁸ En outre, les médecines alternatives offrent aux personnes soignées et à leurs proches une voix pour exprimer leurs besoins. Cela peut permettre de les orienter vers des services spécialisés répondant à ces besoins spécifiques.24

Pour les personnes qui reçoivent des soins palliatifs en établissement, l'équipe dédiée aux soins palliatifs utilise une approche systématique pour répondre aux préoccupations psychosociales. Ceci qui implique un dépistage en temps opportun, une évaluation, des interventions et des consultations spécialisées appropriées. Un dépistage dès l'entrée dans le programme de soins palliatifs est donc suggéré, suivi de dépistages réguliers aux 2 à 4 semaines et lors des interactions avec l'équipe des soins palliatifs.²⁸

Les pharmaciennes et pharmaciens en tant que collaborateurs à part entière :

Les pharmaciennes et pharmaciens sont des partenaires indispensables dans cette approche à multiples facettes. Leur expertise en matière de médicaments et d'interactions potentielles avec les traitements en cours est cruciale pour l'optimisation des résultats de santé. Les efforts de collaboration avec le service de la pharmacie garantissent que les interventions choisies pour les soins de plaies sont compatibles avec les thérapies en cours, réduisant ainsi le risque d'effets indésirables et favorisant la meilleure guérison possible dans les circonstances.[†]

Lien avec le soutien communautaire et l'accessibilité: Au-delà du cadre clinique, l'approche holistique s'étend au réseau de soutien communautaire. Les personnes atteintes de plaies malignes ont besoin d'un soutien émotionnel, psychologique et social pour surmonter les difficultés auxquelles elles sont confrontées. Mettre les personnes en contact avec des groupes de soutien, des services de thérapie et des ressources éducatives améliore leur résilience et leur donne les moyens de participer activement à leur trajectoire de soins.† Par conséquent, il est nécessaire de développer davantage les réseaux locaux de soutien communautaire.

Promouvoir la mobilité et les activités de la vie quotidienne : Le maintien de la mobilité et de la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne contribue de manière significative au bien-être général des individus. Une approche impliquant des physiothérapeutes et des ergothérapeutes travaillant en étroite collaboration avec les spécialistes en soins de plaies permet de concevoir des séances d'exercices sur mesure qui encouragent le mouvement sans compromettre les objectifs en soins de plaies. Cet effort de collaboration vise à rétablir un sentiment de normalité dans la vie des personnes tout en veillant à ce que les soins de plaies restent la priorité.†

Accès aux produits pour le soin des plaies et à la couverture financière : L'accès équitable aux produits en soins de plaies et à la couverture financière fait partie intégrante de l'approche des systèmes de santé. Les inquiétudes concernant l'accessibilité financière des produits essentiels pour le soin des plaies ne doivent pas être un fardeau pour les personnes soignées et les personnes proches aidantes. La collaboration entre les prestataires d'assurance, le personnel soignant, l'administration et les travailleuses et travailleurs sociaux assure que tous les efforts sont faits pour faciliter l'accès aux produits nécessaires, ce qui permet aux personnes soignées de se concentrer sur leur convalescence sans stress financier supplémentaire.†

CONTINUITÉ DES SOINS

Un thème récurrent dans la littérature qualitative souligne le besoin essentiel de soins spécialisés. Dans une étude menée par Lo et ses collègues,²⁶ les personnes atteintes de plaies malignes et les personnes proches aidantes ont exprimé l'espoir d'avoir accès à des spécialistes en soins de plaies dès le début de leur maladie. Malheureusement, cet accès à des soins spécialisés a toujours fait défaut dans les différents établissements de soins de santé, laissant les personnes soignées élaborer des stratégies avec peu ou pas de conseils spécialisés. Cette situation difficile entraine des sentiments d'anxiété, de perte de confiance et d'isolement social.^{26,28}

Les ajustements fréquents du traitement topique de la plaie selon les préférences des différentes équipes peuvent engendrer de la frustration, en plus de nuire à la plaie et à l'expérience de la personne soignée et ses proches. En outre, le traitement des plaies malignes implique plus que des compétences techniques et des produits; il s'agit également d'entretenir une relation humaine entre le membre de l'équipe soignante et la personne soignée, une relation qui s'étend parfois dans le temps. 17 Par conséquent, il est bénéfique de faire appel à des spécialistes en soins des

plaies, comme les ISPSC, pour aider à développer une stratégie de traitement topique efficace permettant d'atteindre les objectifs tout en fournissant des soins de plaies de qualité. La participation de spécialistes en soins de plaies ou des ISPSC en tant que collaborateurs dans l'équipe devrait être obligatoire dans tous les milieux de soins.[†]

Dans une revue de la portée réalisée par un groupe de travail de l'Association européenne pour les soins palliatifs, les soins de plaies palliatifs sont définis comme des soins holistiques et interdisciplinaires centrés sur la personne et la famille, pour les plaies qui peuvent guérir ou non, ou qui peuvent être trop difficiles à traiter; y compris, mais sans s'y limiter, le contrôle et la gestion des symptômes pour les personnes qui sont souvent vulnérables et dont la qualité de vie est altérée. 69 Graves et Sun25 affirment que les infirmières et infirmiers en soins palliatifs doivent posséder les connaissances fondamentales nécessaires pour gérer les plaies palliatives, et ce peu importe le milieu de soins. Ils devraient consulter des ISPSC et des spécialistes certifiés en soins des plaies. Dans leur étude, Lo et ses collègues²⁶ préconisent que les programmes de soins palliatifs emploient ou consultent des ISPSC qui sont idéalement aussi certifiées en soins palliatifs.^{26,28} L'ACSIP préconise l'examen de certification de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC) pour les soins infirmiers en contexte de soins palliatifs. Cette double certification reconnue par l'AIIC (ISPSC et soins palliatifs) garantit un haut niveau d'expertise dans la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie avancée qui ont besoin de soins palliatifs pour les plaies, les stomies ou la continence. Ceci permet au personnel infirmier d'agir dans le cadre de leur champ d'exercice autorisé, et ce dans l'environnement des soins palliatifs. Les composantes de ce rôle spécialisé sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3 Rôle de l'infirmière et de l'infirmier en soins palliatifs

Formation:

- formation aux patientes et patients, et aux proches aidants
- · formation du personnel
- formation professionnelle au niveau local, national et international

Consultation:

- consultation interne comme spécialiste en plaies, stomies et continence
- consultation externe comme spécialiste auprès d'organismes externes ou référents
- présidence du comité des soins infirmiers spécialisés en plaies, stomies et continence dans les organismes de soins palliatifs

Recherche:

- mène ou participe à des recherches :
- soins palliatifs et de fin de vie
 - qualité de vie (initiatives pour la gestion des symptômes)
 - promotion des soins infirmiers fondés sur des données probantes

Administration:

- · gestion des produits pour les plaies, stomies et la continence
- analyse et gestion des coûts
- · élaboration de formulaires
- · évaluation de produits
- amélioration continue de la qualité :
 - satisfaction des personnes
 - prévalence et incidence des lésions de pression
 - · registre pour la prévalence des plaies malignes
- élaboration de politiques, procédures et protocoles

Note. Adapté et traduit de Tilley et al.,28 avec la permission de Elsevier.

Recommandation 7 – Faire preuve d'humilité culturelle lors des soins prodigués à la personne atteinte d'une plaie maligne et à ses proches, dans le respect de leurs valeurs et de leurs croyances, sans racisme ni discrimination, afin de bâtir un climat de confiance et de favoriser des soins culturellement sécuritaires.

Pour obtenir la sécurisation culturelle des soins, l'équipe soignante doit être en mesure de faire preuve d'humilité culturelle, d'autoréflexion, et de s'engager dans un apprentissage continu. Ceci repose sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres dans les rapports de pouvoir dans le système de santé, et qui s'efforce d'y remédier. Cette pratique est influencée par la culture et les valeurs de l'environnement de soins. Elle se traduit par un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les personnes se sentent en sécurité.⁷⁰

La sécurité culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres dans les rapports de pouvoir inhérents au système de soins de santé et qui s'efforce d'y remédier. Elle se traduit par un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé.

L'humilité culturelle est un processus d'autoréflexion visant à comprendre les préjugés personnels et systémiques afin de développer et de maintenir des relations et des processus respectueux basés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle implique de se reconnaître humblement comme une personne apprenante lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui.⁷¹

Les soins de plaies sécuritaires et culturellement compétents pour une personne atteinte d'une plaie maligne sont prodigués avec respect, honnêteté et intégrité en utilisant l'empathie, la collaboration et l'innovation dans les soins de plaies.29,†

La compétence culturelle est la capacité à réfléchir aux valeurs culturelles personnelles et à leur impact sur la manière dont on prodigue les soins. Elle comprend la capacité de chaque professionnelle et professionnel de la santé à évaluer et à respecter les valeurs, les attitudes et les croyances des autres cultures, et à intégrer de manière appropriée les croyances liées à la santé et les valeurs culturelles d'une personne dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du plan de soins.²⁹

La sécurité culturelle se rapporte à l'expérience de la personne qui reçoit des soins, tel qu'elle la définit et qu'elle la vit. La sécurité culturelle vise à ce que toutes les personnes se sentent respectées et en sécurité lorsqu'elles interagissent avec les membres de l'équipe soignante.^{30,31}

En guidant les personnes atteintes de plaies malignes et les personnes proches aidantes pour qu'elles puisent des forces dans leur propre identité, leur culture et leur communauté, les soins de plaies culturellement sécuritaires sont favorisés.³¹ La collaboration avec la personne atteinte d'une plaie maligne et ses proches permet de convenir ensemble des soins de la plaie pour la prise en charge des symptômes.

Une professionnelle ou un professionnel de la santé peut se demander si un traitement spécifique suggéré par la personne soignée ou par son proche est sécuritaire. Le traitement suggéré peut ne pas être connu du personnel soignant ou être perçu comme nuisible ou incommodant. Des questions légitimes et intéressantes émergent donc lorsqu'on met en œuvre la sécurité et l'humilité culturelle :

- « Que se passe-t-il si le traitement de la plaie n'est pas fondé sur des données probantes ? »
- « Que se passe-t-il si le traitement est, en fait, nocif, mais qu'il reste dans les

croyances culturelles des personnes ? Sommes-nous toujours favorables à ce traitement en tant que professionnelles et professionnels de la santé ? »

Les soins culturellement sécuritaires peuvent inclure des approches alternatives pour les personnes et l'équipe soignante. L'objectif de soin des plaies malignes est souvent d'améliorer la qualité de vie par la gestion des symptômes plutôt que par la cicatrisation de la plaie.[†]

MÉDECINE TRADITIONNELLE

Il existe peu de recherches fondées sur des données probantes concernant les médecines traditionnelles utilisées dans de nombreuses cultures. L'utilisation des traitements traditionnels est donc abordée de manière individuelle. Laisser la personne expliquer comment elle perçoit l'efficacité du traitement alternatif ou complémentaire. Permettre à la personne d'expliquer comment elle a appris l'existence de ce traitement, ce qu'elle en espère, à quel endroit elle pourrait l'obtenir, s'il y a des frais à payer, et s'il y a des contre-indications au traitement. S'assurer que la personne comprend le point de vue de l'équipe soignante sur le potentiel de quérison de la plaie, les objectifs des soins et les principes appliqués à la prise en charge de la plaie. Par exemple, « la peau autour de la plaie doit être sèche avant d'appliquer le pansement, afin que le pansement adhère bien et pour éviter que la peau se dégrade. »† Envisager l'utilisation du traitement traditionnel suggéré et surveiller la réaction de la plaie. La personne soignée et les personnes proches aidantes peuvent choisir d'appliquer ellesmêmes le traitement. Continuer de surveiller l'effet du traitement avec elles et les aider à observer la plaie lorsqu'elles décident de poursuivre le traitement traditionnel ou le modifier pour obtenir de meilleurs résultats. Ne pas oublier que si l'équipe soignante rejette un traitement traditionnel, la personne ou le proche aidant peut toujours l'utiliser sans le dire. La demande d'utiliser des traitements traditionnels reflète une confiance envers l'équipe soignante qui doit être respectée

pour promouvoir la coopération et l'honnêteté. L'utilisation d'un traitement traditionnel en tant que thérapie complémentaire peut apporter un grand confort et un plus grand respect, une meilleure participation et une meilleure acceptation. Documenter la demande d'utilisation d'un traitement traditionnel et l'utilisation de celui-ci. Selon le milieu de soins et l'expertise disponible, la participation d'autres professionnelles et professionnels de la santé peut être nécessaire dans la décision d'utiliser un traitement traditionnel.†

Les documents relatifs aux normes de pratique infirmière provinciales et territoriales soutiennent la sécurité culturelle des soins. De nombreuses autorités et institutions de soins de santé ont également émis des déclarations soutenant les principes de soins culturellement sécuritaires. Le personnel infirmier peut faciliter l'inclusion des traitements traditionnels et des pratiques culturelles dans le soin des plaies malignes.^{30,31}

La recherche démontre que les individus trouvent du réconfort, de l'espoir et de la force dans les croyances spirituelles. Parfois, il peut y avoir une discordance entre leur espoir, l'apparence de leur plaie et le pronostic. 19

Par-dessus tout, les membres de l'équipe soignante doivent se souvenir et respecter l'individualité et l'identité des personnes sous leurs soins. Les reconnaître comme une entité complexe et adopter une conception holistique allant au-delà de la plaie peut demander un certain effort. Cependant, cela peut apporter des avantages substantiels à la personne soignée, aux personnes proches aidantes et aux membres de l'équipe soignante.^{7,†}

Recommandation 8 – Les organisations de soins de santé devraient offrir aux membres de l'équipe soignante qui s'occupent de personnes atteintes de plaies malignes, un soutien en santé mentale pour gérer efficacement leur propre bien-être émotionnel.

Comme souligné par Young,22 les soins aux personnes atteintes de plaies malignes malodorantes peuvent être pénibles pour le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Il est essentiel de reconnaître et de répondre aux besoins des professionnelles et professionnels de la santé dans ce contexte. Le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle doivent recevoir une formation complète et une préparation pour gérer efficacement les aspects pratiques et émotionnels de ces plaies difficiles. Il est essentiel de reconnaître leurs besoins dans ce contexte et d'y répondre pour garantir des soins de grande qualité et le bien-être de toutes les personnes concernées, en particulier dans les espaces communs.

Cornish²³ rapporte que les soins palliatifs pour les personnes atteintes de plaies malignes visent aussi à répondre aux besoins des personnes proches aidantes, en raison de la détresse et des défis importants amenés par ces plaies. Cette détresse affecte également les professionnelles et professionnels de la santé, car il manque de méthodes optimales pour gérer ces plaies. De plus, Alexander⁷ affirme que les défis liés aux problèmes psychosociaux vont au-delà de la personne soignée et des personnes proches aidantes. L'auteur a souligné que les professionnelles et professionnels de la santé sont également touchés sur le plan émotionnel, mais qu'ils ont tendance à éviter d'aborder ces questions en raison d'un manque de connaissances sur la manière de les gérer.7

Cornish²³ et Graves et Sun²⁵ confirment que les environnements de soins diffèrent en termes d'expertise et de la disponibilité d'une équipe interprofessionnelle pour soutenir

la personne soignée, les proches aidants et les membres de l'équipe soignante. Pour la gestion de ces plaies, le personnel infirmier des soins palliatifs devrait posséder des connaissances avancées, avoir de l'expérience et avoir un accès immédiat à une équipe interprofessionnelle compétente et expérimentée. Cependant, l'accès à cette expérience et ces connaissances peut être limité dans certains milieux communautaires, ce qui laisse aux infirmières et infirmiers la responsabilité de s'occuper des personnes qui ont peu de soutien de leur entourage. Les changements de pansement peuvent nécessiter beaucoup de temps, ce qui oblige le personnel infirmier à prévoir suffisamment de temps non seulement pour la réfection du pansement, mais également pour engager des discussions avec la personne afin de répondre à ses préoccupations psychosociales et évaluer la nécessité de l'orienter vers des services spécialisés. Ce défi peut être particulièrement important dans les milieux communautaires où les infirmières et infirmiers traitent de nombreux cas nécessitant leur expertise dans un laps de temps restreint.23

La prise en charge des plaies malignes peut poser des difficultés physiques et émotionnelles pour le personnel infirmier (Wilkes et al., 2001, cité dans Cornish²³). Savoir que ces plaies ne quériront pas peut être pénible pour les membres de l'équipe soignante, surtout s'il s'agit de leur première expérience avec de telles plaies. Un manque d'expérience, de formation et de ressources peut évoquer des sentiments d'inadéquation, de frustration et de détresse chez les professionnelles et professionnels de la santé (O'Regan, 2007, cité dans Cornish²³). Les symptômes physiques de la plaie peuvent être émotionnellement très pénibles pour les infirmières et infirmiers. Par conséquent, ils doivent disposer des ressources appropriées pour fournir les meilleurs soins possibles. Ils doivent avoir accès à des pansements appropriés et efficaces, ainsi qu'à un soutien par le biais de formations et par la possibilité de consulter des ISPSC expérimentés ou des

spécialistes en soins des plaies pour obtenir de l'aide. Les personnes-ressources en soins palliatifs doivent être accessibles pour obtenir des conseils et un soutien en cas de besoin. Des séances régulières de débriefing et un soutien continu par les pairs sont essentiels.

À RETENIR

- Le soin des plaies malignes est complexe et exige une approche systémique et globale étant donné les défis auxquels les individus sont confrontés. Dans ce contexte, la nature interprofessionnelle de l'équipe revêt une importance significative, servant d'outil fondamental aligné sur les principes de soins palliatifs.²⁴
- L'équipe interprofessionnelle doit inclure l'ISPSC, la pharmacienne ou le pharmacien, la travailleuse sociale ou le travailleur social, l'ergothérapeute, le physiothérapeute et les réseaux de soutien communautaire.
- La prise en charge des plaies malignes a un impact considérable sur la personne soignée, les personnes proches aidantes et l'équipe soignante pendant et après l'épisode de soins.
- L'humilité culturelle respecte les valeurs et les croyances de la personne–sans racisme ni discrimination–dans la planification et l'offre de soins.
- Les professionnelles et professionnels de la santé jouent un rôle de défenseur pour que le système change pour les personnes atteintes d'une plaie maligne.⁷²

FORMATION

La formation sur la prise en charge d'une plaie maligne implique toujours une collaboration avec la personne soignée et son équipe de soins élargie, y compris la famille, les soignants, les professionnelles et professionnels de la santé et la communauté. La prise en charge holistique et culturellement sécuritaire des soins de plaies doit refléter la culture, les croyances, les préférences et les objectifs de soins de la personne.

Cependant, il y a peu de littérature basée sur les données probantes qui aborde la formation pour les soins de plaies malignes. La formation sur la prise en charge de ces plaies est généralement décrite sur la base des expériences.

Pour les professionnelles et professionnels de la santé et les personnes proches aidantes, la formation spécifique aux plaies malignes est souvent réalisée par le biais de démonstrations accompagnées d'un partage d'informations et d'expériences sur les pratiques les plus efficaces. Certaines de ces explications peuvent inclure des produits et des traitements régulièrement utilisés, ainsi que des thérapies non conventionnelles appropriées pour la personne atteinte d'une plaie maligne afin de promouvoir la qualité de vie pendant les soins palliatifs.[†]

Les principes de formation aux adultes peuvent être appliqués aux soins des plaies malignes. Cet enseignement doit tenir compte du fait que les adultes apprennent mieux lorsque le contenu est pertinent et significatif pour eux, et qu'ils sont prêts et motivés pour apprendre.³²

Il est important de reconnaître que les professionnelles et professionnels de la santé présentent différents degrés de confort avec le soin des plaies malignes. Le cancer et le soin des plaies malignes peuvent être un sujet inquiétant pour la plupart des gens, y compris les membres de l'équipe soignante. Les suppositions sur ce que les gens savent ou veulent savoir peuvent souvent être clarifiées en posant simplement la question. L'enseignement fait à la personne soignée et aux personnes proches aidantes doit porter sur :

- les principes de soins de plaies fondés sur des données probantes et l'expertise de spécialistes;
- le moment où il faut consulter un médecin;
- la gestion des symptômes urgents tels que les hémorragies ou l'augmentation de la douleur;
- la raison d'être des établissements de soins palliatifs et des programmes de soins à domicile: et
- les services disponibles dans la communauté, tels que les établissements de soins palliatifs et les soins à domicile.

Recommandation 9 – Fournir de l'information et des conseils de manière continue à la personne atteinte d'une plaie maligne et aux personnes proches aidantes.

Lors des changements de pansement, la personne atteinte d'une plaie maligne est confrontée à sa plaie, qui est le reflet extérieur de sa maladie. ¹³ Une plaie maligne agit comme un rappel constamment visible de la maladie avancée et incurable de la personne, et de sa mort qui approche. ^{7,34}

La prise en charge des plaies malignes exige beaucoup de temps de la part de toutes les parties impliquées. Les personnes avec une plaie organisent souvent leur vie en fonction des changements de pansements et des visites du personnel infirmier. Il est donc essentiel de choisir des pansements qui gèrent efficacement la plaie durant une période prolongée. Des changements de pansement fréquents peuvent diminuer l'indépendance de la personne soignée et contribuer à des sentiments de culpabilité et de honte.1 Une prise en charge efficace des symptômes physiques de la plaie sera bénéfique pour le bien-être général et la qualité de vie de la personne.²³ La littérature souligne l'impact significatif des préoccupations psychosociales sur les personnes atteintes de plaies malignes. Les réactions les plus courantes sont l'angoisse, l'anxiété, le déni ou l'agressivité. Des facteurs tels que la personnalité de l'individu, l'emplacement et la visibilité de la plaie, et son effet sur la vie quotidienne influencent l'impact psychosocial d'une plaie maligne. 13

La recherche révèle que la gêne liée à l'apparence ou à l'emplacement d'une plaie dissuade souvent les personnes à demander de l'aide médicale à temps. Une personne peut parler ouvertement de son diagnostic de cancer, mais dissimuler la plaie maligne en raison de son aspect jugé repoussant. Cette dissimulation peut considérablement affecter l'estime de soi, entraînant la détresse

émotionnelle, l'isolement et la dépression. Il peut être plus facile pour une personne de gérer les soins de la plaie avec de l'aide que de faire face aux aspects psychologiques associés à sa maladie.⁷ Par conséquent, la consultation médicale peut avoir lieu à un stade avancé, nécessitant des soins palliatifs comme première option de traitement.^{7,26}

Il faut encourager l'implication et augmenter le confort de la personne dans les soins de plaies par l'entremise d'actions simples telles qu'une attitude bienveillante, une écoute active, la transmission d'informations sur l'hygiène ou la modification du plan de soins. ¹³ La capacité des personnes à se souvenir des informations est réduite en période de stress accru. La répétition, les livrets d'information, les documents imprimés ou les vidéos permettent aux personnes de revoir les informations à leur guise lorsqu'elles sont prêtes. ¹⁹

Certaines personnes de l'entourage peuvent vouloir aider à prendre en charge ces plaies. Au contraire, d'autres peuvent ne pas être en mesure de le faire. Il est donc essentiel d'établir une relation transparente entre toutes les parties afin de comprendre les besoins de la personne et de ses proches. 19 La proximité et la confiance constituent une base à partir de laquelle les membres de l'équipe soignante peuvent entamer des discussions sur le fardeau psychosocial associé à une plaie maligne, à la maladie et au pronostic. La présence d'une plaie et d'un cancer avancé entraîne souvent des changements dans la relation entre la personne soignée et ses proches, ce qui nécessite de soutenir les personnes proches aidantes dans les soins qu'elles prodiguent à l'être aimé. On ne saurait trop insister sur l'importance d'un enseignement approprié, transparent et opportun, tant pour la personne que pour ses proches. 14,23

La formation continue et la collaboration sont nécessaires au fur et à mesure que la plaie évolue, qu'elle est réévaluée et que le plan de soins change. La communication avec la personne et ses proches est fondamentale, en particulier lors des soins à domicile.²⁴ L'accompagnement continu de la personne atteinte d'une plaie maligne et des personnes proches aidantes favorise les autosoins, la responsabilisation, le partenariat, la prise de décision éclairée, le sentiment de contrôle ainsi que la diminution de l'anxiété et du stress.¹⁹

Recommandation 10 – Encourager la formation des professionnelles et des professionnels de la santé afin de s'assurer qu'ils puissent fournir des soins efficaces et appropriés aux personnes atteintes de plaies malignes.

Les recherches sur le contrôle des symptômes des plaies malignes sont rares. L'absence de consensus pour guider les professionnelles et professionnels de la santé contribue à un manque de connaissances et de compétences dans la gestion des plaies malignes. 15 Par conséquent, la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes cherchent parfois elles-mêmes des méthodes pour gérer les symptômes incommodants et choisir les pansements appropriés.5 Le mangue de littérature issue de la recherche affecte également le développement de lignes directrices de pratiques exemplaires basées sur des données probantes pour les plaies malignes.

Les professionnelles et professionnels de la santé doivent fournir des ressources et des soins basés sur des données probantes pour la prise en charge topique des soins de plaies. Cela comprendra la sélection des pansements ou des produits selon le plan de soins et un soutien pour l'approvisionnement du matériel nécessaire pour la gestion des symptômes. Les professionnelles et professionnels de la santé sont les premières personnes responsables de la qualité des soins de plaies, lesquels comprennent un soutien éducationnel pour toutes les personnes atteintes d'une plaie maligne. Ceci est crucial, car la ou les personnes proches aidantes

peuvent avoir besoin d'intervenir et de faire des soins de plaie lorsque les professionnelles ou professionnels ne sont pas en mesure d'être présents.

La formation du personnel infirmier et des autres professionnelles et professionnels de la santé est essentielle pour garantir la qualité des soins aux personnes atteintes de plaies malignes. Ils doivent être encouragés à poursuivre une formation fondée sur les données probantes et les pratiques exemplaires afin de soigner les plaies malignes. ^{19,35} Il est nécessaire que les membres de l'équipe s'occupant d'une personne atteinte d'une plaie maligne aient confiance en leur compréhension de ces plaies, et possèdent les compétences nécessaires pour offrir des soins appropriés. ¹⁹

Pour dispenser des soins de qualité, les infirmières et infirmiers doivent disposer de suffisamment de temps pour faire de l'enseignement spécifique, pour prendre soin de la personne atteinte d'une plaie, pour reconnaître les préoccupations de la personne et des proches aidants, et pour permettre le développement d'une relation thérapeutique. Il faut disposer suffisamment de temps et de ressources pour que les soins soient abordés selon une approche culturellement compétente, adaptable et créative. 19

Un plan de soins destiné au personnel infirmier et détaillé étape par étape est un outil fondamental pour fournir de l'enseignement informel et des instructions, ainsi qu'assurer la continuité dans les soins. Le plan de soins est mis à jour pour refléter les résultats de la réévaluation continue et les changements. 15 Les changements apportés au plan de soins de la plaie peuvent nécessiter de l'enseignement supplémentaire pour l'équipe soignante et les personnes proches aidantes. La pensée critique est nécessaire pour prendre les mesures appropriées, anticiper les situations dans les différentes phases de la maladie et reconnaître la complexité de la situation.24

Tous les professionnels et professionnelles de la santé doivent reconnaître que les cellules cancéreuses présentes dans les plaies malignes ne réagissent pas aux traitements habituels comme les cellules saines normales. 14,20 Souvent, ces plaies ne quérissent pas. Les soins des plaies deviendront partie intégrante de la routine. Par conséquent, trouver des méthodes pour simplifier le traitement des plaies de manière plus efficace peut contribuer à améliorer la qualité de vie de la personne. 15 Le personnel infirmier doit apprendre quand faire référence aux membres de l'équipe interprofessionnelle pouvant répondre efficacement aux préoccupations, comme en référant à un ou une ISPSC.

Les acronymes mnémotechniques PEBO et HOPES sont recommandés pour mémoriser les symptômes et aider à structurer la prise en charge des plaies. Le PEBO signifie douleur (pain), exsudat (exudate), saignement (bleeding) et odeur (odour).20 Le HOPES signifie hémorragie (hemorrhage), odeur (odour), douleur (pain), exsudat (exudate) et infection superficielle (superficial bacterial burden).16 L'un ou l'autre ou les deux aide-mémoires peuvent être utilisés dans le cadre de formation officielle des professionnelles et professionnels de la santé. La définition du HOPES est davantage précisée à l'annexe 5.

D'autres sections de ce document fournissent des informations sur la prise en charge de symptômes spécifiques. Les procédures organisationnelles dans les milieux de soins peuvent fournir des informations sur les pratiques communément acceptées. Le traitement des plaies malignes fait partie de l'art et de la science des soins palliatifs. Ce document soutient l'importance de la formation continue du personnel infirmier et des professionnelles et professionnels de la santé, guidée par la recherche et les thérapies innovantes pour soigner la personne atteinte d'une plaie maligne.

Recommandation 11– Présenter et expliquer le rôle d'une approche palliative, et orienter vers des soins palliatifs lorsqu'appropriés.

Les professionnelles et professionnels de la santé doivent connaître les ressources en soins palliatifs dans leur communauté et ailleurs. Il peut s'agir de centres de soins palliatifs, de soins à domicile, de centres de santé, d'hôpitaux, de cliniques externes. d'agences privées et de ressources en ligne. 23,28 Au cours des discussions avec la personne soignée et les personnes proches aidantes, il importe de considérer la nature délicate et les diverses significations du terme « soins palliatifs ».25,37 Choisir un moment propice pour discuter des options de soins adaptées à la personne et à la communauté dans laquelle elle vit. Veiller à ce que le but et les objectifs des soins spécialisés soient expliqués à la personne et ses proches aidants. Aider la personne à envisager les options les plus appropriées à sa situation en prévoyant du temps pour la discussion et les questions lors des séances d'informations. 25,28,36,37 Donner les coordonnées des ressources et des services en soins palliatifs disponibles dans la communauté, et faciliter la prise de contact lorsque nécessaire.

Recommandation 12 – Informer la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes des moments où elles doivent consulter un médecin en contexte de soins à domicile ou au sein de la communauté, selon les objectifs de soins.

Évaluer la compréhension de la personne soignée et des personnes proches aidantes quant au moment où il faut chercher de l'aide médicale.²⁴ La personne doit signaler aux professionnelles et professionnels de la santé les nouveaux symptômes associés aux plaies, comme l'odeur, la douleur, les saignements, l'augmentation de l'exsudat ou les fuites du pansement, l'augmentation de l'inconfort ou les autres préoccupations

concernant le pansement. 19,20 Encourager la personne soignée et les personnes proches aidantes à appeler si elles ont besoin d'aide pour prendre des décisions concernant le plan de soins lorsque les symptômes évoluent. 19,35 Leur fournir les numéros de téléphone, les coordonnées et les heures d'accès aux ressources disponibles dans la communauté.²⁴ En fonction des objectifs de soins, la personne atteinte d'une plaie maligne et les personnes proches aidantes doivent savoir qu'elles peuvent avoir besoin de soins médicaux plus urgents en cas de douleur aiguë, de douleur croissante et d'hémorragie. 13,23 Il faut porter une attention particulière durant les moments de crise intense, car la personne avec une plaie maligne et les personnes proches aidantes peuvent soudainement modifier leurs objectifs de soins et choisir un établissement de soins aigus ou de soins palliatifs versus la poursuite des soins à domicile ou dans la communauté. Offrir du soutien et informer d'avance la personne que si une telle crise se produit, il est possible que ses objectifs de soins changent ou évoluent.†

À RETENIR

- Fournir un enseignement holistique sur les soins de la plaie reflétant les objectifs de la personne. Enseigner les soins de la plaie en donnant à la personne les moyens de gérer au mieux la plaie.
- Modifier les plans de soins en fonction de la réévaluation des plaies, et ce autant que nécessaire au fur et à mesure que les plaies évoluent.
- Des plans de soins détaillés fournissent de l'enseignement et assurent la continuité des soins.
- Rechercher les moments propices à l'apprentissage. Des documents, des brochures ou des ressources électroniques peuvent être consultés au moment le plus opportun pour la personne.

GESTION DE LA DOULEUR ET DES SYMPTÔMES

Plusieurs thèmes fondamentaux se dégagent de la littérature concernant la gestion de la douleur reliée aux plaies malignes. Les questions qui peuvent affecter la prise en charge de la douleur comprennent la prémédication procédurale, l'identification de l'infection, le prurit, l'allodynie et les types de produits de soins de plaies. Les produits pharmacologiques et les thérapies complémentaires peuvent contribuer à la gestion de la douleur et des symptômes associés aux plaies malignes. La figure 5 montre qu'il est essentiel d'inclure la prise en charge de la douleur et des symptômes dans la planification des soins.



Figure 5 Tumeur d'un cancer du sein en expansion

Note. Tumeur maligne en expansion chez une patiente âgée atteinte d'un cancer du sein et ne pouvant bénéficier d'une intervention chirurgicale, traitée par de la radiothérapie palliative pour ralentir la croissance tumorale et les saignements. © ISPSCC, 2024.

Recommandation 13 – Créer un plan de soins pour une gestion efficace de la douleur, en utilisant des approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

Les personnes qui vivent avec une plaie maligne déclarent que la douleur est l'un des facteurs ayant le plus grand impact sur la qualité de vie. 16 Cela renforce l'importance pour les membres de l'équipe soignante d'évaluer et de traiter la douleur lorsqu'elle est présente. Pour ce faire, l'utilisation d'un outil validé d'évaluation de la douleur est primordiale. Près de la moitié des personnes atteintes de cancer estiment que leur douleur est prise en charge inadéquatement, soulignant l'importance de la prise en charge de la douleur en tant que droit humain fondamental. 29 L'évaluation de la douleur à l'aide d'un outil validé doit être continue, à la fois pendant les changements de pansements et entre les interventions. 44 Une équipe d'Italie dirigée par Janowska 20 propose l'utilisation du système d'évaluation des symptômes de Toronto (TSAS-W)

pour évaluer l'expérience de la personne et du personnel soignant avec la plaie. ¹⁰ Voir l'annexe 3.

L'identification du type de douleur ressentie par une personne aide à déterminer la voie à suivre pour la prendre en charge.

Douleur neuropathique - douleur causée par une lésion nerveuse et décrite comme une sensation de brûlure, de picotement, d'engourdissement, de fourmillement, de piqûre et d'irradiation. Il peut y avoir une sensation de stimuli douloureux anormaux (allodynie) et une réponse réduite ou accrue à la douleur.^{2,73} Les options de traitement de la douleur neuropathique comprennent la prégabaline, la gabapentine, l'amitriptyline et la duloxétine. La lidocaïne et la kétamine systémiques sont de plus en plus utilisées dans le contexte des soins palliatifs pour traiter la douleur neuropathique.^{2,74}

Douleur nociceptive - douleur causée par la réponse des nerfs à des stimuli nuisibles, résultant de dommages causés par une inflammation, une réaction chimique ou un événement physique. La personne décrit souvent ces douleurs comme des élancements, des courbatures, une pression ou un inconfort général.^{2,73} Les traitements à envisager incluent les opioïdes, l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.²³ Pour traiter la douleur, considérer l'utilisation de l'échelle analgésique

de l'Organisation mondiale de la santé, comme le suggère Alexander.⁷

La douleur globale ou totale inclut des composantes sociales, physiques, spirituelles et psychologiques. Elle reconnaît l'impact de la douleur sur la qualité de vie. 44,75 Pour expliquer la douleur totale à une personne, voici un simple exemple inspiré du hockey canadien: deux équipes de hockey jouent en finale; le hockey est un jeu difficile, donc les deux équipes ont des joueuses et joueurs blessés. Les membres de l'équipe qui remporte le championnat ne ressentent pas la douleur de la même manière que les membres de l'équipe qui perd.

La douleur peut également être un mélange de tous ces éléments. Pour les douleurs mixtes neuropathiques/nociceptives, la méthadone est souvent utilisée comme adjuvant pour les douleurs complexes, lorsque la douleur ne répond plus aux opioïdes ou lorsque le soulagement de la douleur implique des doses d'opioïdes trop élevées.76,77 Pour les douleurs plus complexes, une consultation avec l'équipe de soins palliatifs pourrait être envisagée.61 Il est important d'établir une relation de confiance entre la personne et l'équipe soignante afin d'améliorer l'identification et l'évaluation de la douleur totale. Le tableau 4 décrit les causes courantes de la douleur reliée aux plaies selon Tilley et al.28

Tableau 4 Étiologie de la douleur

Étiologie	Description
Pathologique	 compression directe d'un organe par la tumeur; érosion du derme et exposition des terminaisons nerveuses; lésions neurologiques liées à la propagation de la tumeur ou à la compression; et œdème secondaire à une altération du drainage lymphatique ou de la circulation, ou à l'infection de la plaie.
latrogénique	 manipulation des pansements; sélection inappropriée de pansements; adhésifs; nettoyage ou irritation de la plaie; et débridement.

Note. Reproduit et traduit librement de Tilley et al., 28 avec permission d'Elsevier.

MÉDICATION PRÉPROCÉDURALE

Les plaies malignes sont douloureuses^{2,39,43,45,47,48} et nécessitent souvent des médicaments préprocéduraux. Cependant, il y a un manque de ressources publiées et basées sur des données probantes afin de soutenir le personnel infirmier dans la gestion de la douleur durant les changements de pansements.^{2,45,48} Lorsque la douleur est mal gérée, les changements de pansements peuvent provoquer une douleur anticipée et de l'anxiété, entraînant une augmentation de la douleur lors des futurs changements de pansements.^{2,43} La littérature actuelle recommande une prémédication pour atteindre la concentration optimale de médicaments pendant la période la plus douloureuse du changement de pansement.2,43,48

Les médicaments utilisés avant la procédure varient en fonction du contexte clinique. Par exemple, les opioïdes intraveineux peuvent être utilisés en milieu hospitalier pour la prémédication, alors que les analgésiques et anesthésiques topiques sont utilisés dans les autres milieux de soins. ^{2,43,45,47,48} Il serait raisonnable d'utiliser le même opioïde pour la prémédication que celui utilisé par la personne dans le contrôle de sa douleur. Les doses utilisées en prémédication pour le changement de pansement peuvent être plus élevées que les doses pour un épisode habituel de douleur.

Comme discuté par Rupert et Fehl⁴⁵ et White et Kondasinghe, ⁴⁸ les analgésiques topiques comprennent 10 mg de morphine avec 8 g⁴⁵ ou 10 g⁴⁸ d'hydrogel. Cependant, les deux sources mettent en garde que les preuves cliniques à l'appui doivent être améliorées, et qu'aucune indication n'est donnée quant au délai pour le changement de pansement. Miyazaki et al. ⁴² affirment que les analgésiques topiques peuvent aider à réduire les effets secondaires des opioïdes oraux, puisque la dose orale peut être moindre. La lidocaïne et la kétamine ont tendance

à être utilisées dans la pratique clinique lorsque la douleur ne répond pas aux autres médicaments. 78,79

En milieu hospitalier, la kétamine peut être administrée par injection sous-cutanée ou intraveineuse par des médecins expérimentés en soins palliatifs, avant d'être remplacée par un liquide administré oralement. Le liquide pour prise orale peut également être administré en ambulatoire. Par ailleurs, la kétamine topique n'est pas commercialement disponible au Canada et doit être préparée par des pharmacies spécialisées ou en milieu hospitalier.⁷⁴

Contrairement aux analgésiques topiques, les anesthésiques topiques ont plus d'indications quant au moment où ils peuvent être appliqués avant le changement de pansement. Le médicament est appliqué lors du retrait délicat de l'ancien pansement, avant le nettoyage de la plaie et de la zone périlésionnelle, et avant les soins locaux de la plaie. Peng et al. 43 recommandent d'appliquer de la lidocaïne topique à 5 % 10 minutes avant le changement de pansement. Rupert et Fehl⁴⁵ recommandent d'appliquer un gel de lidocaïne à 2 % trois à cinq minutes avant les soins de la plaie. Furka et al.² recommandent d'appliquer un composé de lidocaïne et de prilocaïne 20 minutes avant le changement de pansement. Au Canada, la lidocaïne est couramment disponible sous forme de gel (0,5 %, 2 %, 4 %), de crème ou de pommade (4 %, 5 %), ou d'un mélange avec de la prilocaïne (crème ou timbre emla, 2,5 % de chaque) ou de la tétracaïne (7 % de chaque).80 Elle est également disponible sous forme de solutions topiques ou de vaporisateurs avec différentes concentrations.

En plus de la médication préprocédurale avec des anesthésiques topiques, la prémédication avec des opioïdes à action rapide, donnée en plus des doses régulières d'opioïdes ou d'analgésiques pour gérer la douleur chronique, a été recommandée dans la littérature sans qu'il n'y ait de consensus sur

le moment de l'utiliser. 2,47,48 Tsihlakidou et al.47 ont également évogué que le cannabis pourrait jouer un rôle dans la prémédication avant le changement de pansement, mais ils précisent que cela n'a pas encore été étudié. Furka et al.2 ajoutent que si la prémédication à l'aide d'analgésiques ou d'anesthésiques topiques, ou l'utilisation d'opioïdes à action rapide par différentes voies ne suffit pas, il convient alors d'envisager des interventions telles que la sédation consciente ou les injections intrathécales. La douleur peut également être causée par une infection et il peut être nécessaire d'utiliser des antibiotiques et des pansements antimicrobiens pour contribuer à son contrôle.45 Des thérapies complémentaires dans le cadre de la stratégie de lutte contre la douleur par la prémédication peuvent être envisagées.2,43

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE De la douleur

Les plaies malignes peuvent être une source de stress et d'anxiété pour les personnes, ce qui peut exacerber les symptômes de la douleur. Une approche interprofessionnelle, comprenant des équipes spécialisées composées de spécialistes en soins de plaies et en soins palliatifs, d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale, de physiothérapeutes, de travailleuses et de travailleurs sociaux, de massothérapeutes agréés et d'oncologues, peut aider les personnes soignées et les personnes proches aidantes à gérer la douleur et le stress associés aux plaies malignes par des moyens autres que la médication. 40 II a été prouvé que l'implication des services de soins palliatifs dans la gestion de la douleur permet de répondre aux préoccupations signalées par les personnes en fournissant un traitement qui va au-delà de la gestion physique de la douleur. Ceci inclut notamment les préoccupations liées aux symptômes, à la qualité de vie, à la dépression, à l'adaptation et à une meilleure compréhension de la maladie.39 De plus, le soutien social et les

relations interpersonnelles ont montré des avantages dans la gestion des symptômes de la douleur chez les personnes atteintes de plaies malignes. La prise en charge des personnes ayant de la douleur implique de fournir un soutien relationnel, en plus de soulager la douleur physique, afin de les aider à utiliser des ressources pour faire face à la douleur.³⁸

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

Les thérapies complémentaires peuvent être bénéfiques en permettant aux individus de limiter l'utilisation d'analgésiques et de leurs effets secondaires. Les thérapies qui font de la distraction et réduisent l'anxiété ou la sensation de douleur peuvent améliorer le traitement de la douleur. Les thérapies complémentaires peuvent aussi aider à réduire l'anticipation de l'anxiété et de la douleur, à favoriser la relaxation et à inhiber les processus centraux de la douleur. Elles incluent les méthodes suivantes :

- acupuncture;
- aromathérapie;
- conversation/distraction;
- hypnose;
- massage;
- · musique;
- neurostimulation électrique transcutanée (TENS)⁴¹;
- positionnement et repositionnement confortables:
- relaxation;
- support psychologique; et
- visualisation.⁴⁰

Les membres de l'équipe soignante doivent fournir des soins centrés sur la personne, en maintenant une communication ouverte pour une utilisation efficace des thérapies complémentaires pendant les changements de pansements. La relaxation peut être bénéfique pour certaines personnes, tandis que les techniques de distraction, telles que la musicothérapie ou la conversation, peuvent réduire l'anxiété et la douleur chez d'autres. 19

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PANSEMENTS

De nombreux facteurs doivent être pris en compte lors de la sélection des pansements pour la gestion de la douleur des plaies malignes, notamment l'emplacement de la plaie, l'exsudat, le type de plaie (bourgeonnante ou ulcérée), le niveau d'activité de la personne, le plan actuel pour gérer la douleur et les objectifs de soins. Cette section aborde les éléments relatifs au nettoyage de la plaie, aux considérations périlésionnelles, au choix du pansement, aux anesthésiques locaux et aux opioïdes topiques pour la gestion de la douleur.

Il est essentiel de retirer les pansements délicatement. Les pansements non adhérents tels que les interfaces de silicone, les gels et les pâtes devraient être envisagés, car ils peuvent réduire efficacement la douleur et les saignements, en particulier pour les plaies sèches et peu profondes.⁴⁴ L'exposition du lit de la plaie à l'air peut également causer de la douleur; couvrir la zone avec des pansements semi-occlusifs peut aider à réduire la douleur entre les changements de pansements.⁴⁴

Les techniques de nettoyage rudes, les changements de pansements fréquents, le retrait traumatique des pansements, l'infection et les lésions cutanées liées aux adhésifs médicaux augmentent le risque d'irritation et de douleur.²⁸ Un nettoyage en douceur est essentiel, même s'il n'est pas complètement efficace pour éliminer l'exsudat saturé de substances délétères provoquant de la douleur. Les solutions salines, les antiseptiques non cytotoxiques ou les surfactants sont recommandés pour le nettoyage.20 Le débridement mécanique par irrigation ou le débridement enzymatique avec la collagénase peut aider à éliminer les tissus nécrotiques et l'exsudat, ainsi qu'à diminuer l'intensité nécessaire pour nettoyer la plaie en profondeur.16

La protection des tissus fragiles au pourtour de la plaie et le retrait en douceur des pansements sont des éléments cruciaux pour la gestion de la douleur. Le cancer, qui a progressé dans la peau périlésionnelle, peut être confondu avec du tissu de granulation. Il est important de différencier les types de tissus et de traiter la douleur périlésionnelle. 46 Fromantin et ses collègues 40 suggèrent de protéger la peau périlésionnelle en utilisant des pansements absorbants pour contrôler l'exsudat, en appliquant des hydrocolloïdes et d'autres barrières telles que des pâtes ou des films, et en fixant les pansements avec un filet ou de la gaze pour réduire le risque de lésion associée aux adhésifs médicaux.

L'application topique de médicaments s'est avérée bénéfique pour réduire et contrôler la douleur, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires. Cornish²³ suggère des médicaments tels l'hydrogel, la mousse avec de l'ibuprofène et les timbres de lidocaïne. Les anesthésiques locaux se sont également avérés efficaces lorsqu'ils sont associés à des pansements atraumatiques et des techniques de réfection en douceur.40 Des effets anesthésiques et hémostatiques sont engendrés par la xylocaïne naphazoline, tandis que la lidocaïne mélangée à un hydrogel s'est également avérée efficace pour réduire la douleur. 40 Miyazaki et al. 42 proposent un gel de morphine pour traiter la douleur chez les personnes atteintes de certains cancers, en particulier celles qui ressentent une douleur à la surface du corps. Ils suggèrent que le soulagement apporté par le gel de morphine topique pourrait réduire l'utilisation des médicaments systémiques, en atténuant les effets indésirables du traitement opioïde systémique.42

S'assurer que les pansements soient souples et confortables, et à ce qu'ils couvrent entièrement la plaie afin de maximiser le confort.²³ Il a été prouvé qu'une antibiothérapie topique ou systémique aide à diminuer la douleur en réduisant la sensibilité des nerfs périphériques en cas d'infection.¹⁶ Les pansements compressifs ou trop serrés sont à éviter.⁴⁰ Les pansements secondaires sont recommandés pour les plaies fortement

exsudatives. Les pansements secondaires peuvent alors être changés fréquemment lorsqu'ils sont saturés, alors que le pansement primaire protégeant le lit de la plaie reste en place.⁴⁰

La thérapie par pression négative pour les plaies malignes nécessite des recherches supplémentaires. Réduire la fréquence des changements de pansements et gérer efficacement l'exsudat permettraient de réduire la douleur chez les personnes atteintes de plaies malignes. Il existe peu de recherches sur les indications concernant l'utilisation de la thérapie par pression négative en contexte palliatif.

Il existe des preuves plus solides concernant la gestion de la douleur reliée aux plaies malignes, lesquelles comprennent :

- a. Interventions pharmacologiques:
 - médicaments pour la douleur neuropathique, par exemple la prégabaline, la gabapentine, la méthadone (lorsqu'un opioïde est déjà prescrit ou qu'il est envisagé), l'amitriptyline, la duloxétine, la kétamine et la lidocaïne dans les cas plus complexes;
 - l'acétaminophène: et
 - les anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- b. Interventions non pharmacologiques:
 - consultation avec l'équipe des soins palliatifs pour aider au contrôle de la douleur complexe; et
 - envisager l'utilisation de modalités de réduction de l'anxiété avant l'intervention.

Recommandation 14 – Créer un plan de soins pour la prise en charge efficace du prurit, en utilisant des approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

Le prurit est reconnu comme un symptôme particulièrement pénible et courant chez les personnes atteintes de plaies malignes.³⁷
La littérature est peu abondante et se réfère généralement aux personnes avec des plaies chroniques. Les démangeaisons ou le prurit sont attribués à l'étirement de la peau, ce qui irrite les terminaisons nerveuses.^{23,50}
La nature incurable des plaies malignes pourrait expliquer les différences significatives dans l'incidence du prurit par rapport aux plaies bénignes. En contexte de plaies, le prurit présente différents résultats et il est généralement considéré comme ne répondant pas aux antihistaminiques.^{2,49,50,81}

Une évaluation minutieuse peut contribuer à l'élaboration de plans de soins visant à réduire le prurit et la douleur qui y est associée. Il faut particulièrement chercher à comprendre les facteurs qui provoquent ou soulagent le prurit. L'élaboration d'un plan de soins pour gérer le prurit améliore le confort en atténuant les facteurs qui provoquent l'inconfort. La figure 6 montre une personne présentant un prurit à la suite d'une mastectomie et de la radiothérapie.





Note. © ISPSCC, 2024.

Les plaies malignes fortement exsudatives peuvent entraîner une surhydratation de la peau, exacerbant les complications des lésions cutanées associées à l'humidité, y compris le prurit.²⁸ Par conséquent, des pansements absorbants appropriés, le nettoyage des plaies et la protection de la peau périlésionnelle sont justifiés, bien qu'il n'y ait pas encore d'études comparatives connues chez les personnes atteintes de plaies malignes.²⁸

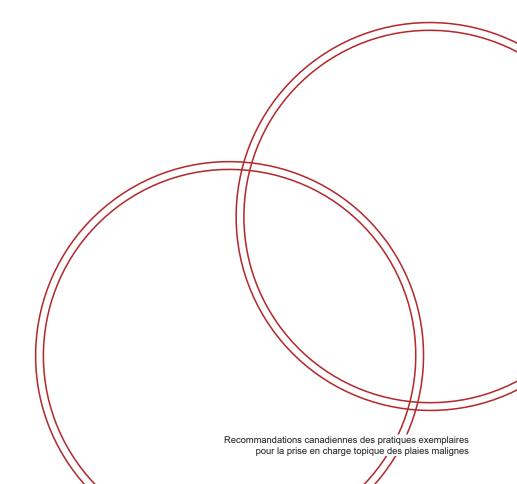
Il n'existe pas de recommandations précises pour la prise en charge du prurit associé aux plaies malignes, mais certaines interventions méritent d'être explorées^{2,7,37,49,50}:

- a) Interventions pharmacologiques:
 - anti-inflammatoires non stéroïdiens;
 - inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine;
 - antidépresseur tricyclique; ou
 - gabapentine, prégabaline.82
- b) Interventions non pharmacologiques:
 - feuilles d'hydrogel pour maintenir la peau hydratée;
 - vêtements et literie pour les personnes souffrant d'eczéma; ou
 - les appareils TENS qui stimulent les nerfs transmettant des messages non douloureux au cerveau.

À RETENIR

- La douleur doit être évaluée fréquemment, pendant et entre les changements de pansements :
 - le type de douleur doit être déterminé afin de la traiter de manière appropriée;
 - l'équipe interprofessionnelle contribue à de meilleures stratégies pour la gestion de la douleur;
 - l'implication de l'équipe de soins palliatifs plus tôt dans la trajectoire de soins améliore les résultats;
 - le moment de la prise des médicaments et la compréhension de leur pic d'action améliorent le contrôle de la douleur lors des changements de pansements;
 - la création d'un plan efficace de gestion de la douleur diminue l'anticipation de la douleur et l'anxiété;
 - prendre en considération comment le nettoyage, la prémédication et les techniques améliorant le confort pendant les changements de

- pansements contribuent à l'expérience de la personne;
- l'évaluation de la peau périlésionnelle et du lit de la plaie est nécessaire pour déterminer la cause de la douleur et contribuer à une meilleure prise en charge de celle-ci; et
- avec la personne, envisager l'élaboration d'un plan de soins complémentaire axé sur le confort pour réduire l'anxiété et la douleur pendant les procédures.
- Bien qu'il existe des preuves solides pour la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de la douleur, les preuves qui soutiennent la prise en charge du prurit doivent faire l'objet de recherches plus approfondies.



TRAITEMENT TOPIQUE — SAIGNEMENT

Le saignement d'une plaie maligne peut être une source d'anxiété pour la personne soignée et les personnes proches aidantes. Ceci peut être une expérience traumatique, particulièrement dans les cas d'hémorragie. C'est pourquoi il est pertinent d'anticiper au maximum les saignements en identifiant les situations à risque.^{2,51}

Trouver la solution hémostatique et le pansement idéal est un défi qui doit prendre en compte les caractéristiques des plaies malignes, les facteurs de risque associés, la personne et l'environnement de soins.⁵¹

Les discussions sur les objectifs de soins concernant les saignements font partie intégrante de la planification avancée des soins pour la personne atteinte d'une plaie maligne, car les interventions peuvent varier de simples ou non invasives (ex. retrait et nettoyage en douceur du pansement, modification des soins locaux) à agressives et invasives (p. ex., interventions vasculaires en cas d'hémorragie, produits sanguins, radiothérapie).²⁸ La figure 7 illustre le risque de saignement lié à une récidive de carcinome épidermoïde (origine primaire de la langue).

Figure 7 Carcinome épidermoïde récidivant



Note. Homme de 57 ans atteint d'un carcinome épidermoïde récidivant (origine primaire de la langue). ISPSCC, 2024.

Recommandation 15 – Évaluer le risque de saignement chez la personne atteinte d'une plaie maligne et lui proposer, ainsi qu'aux personnes proches aidantes et à l'équipe de soins, de la formation et du soutien quant à la prise en charge des saignements potentiellement graves avec de telles plaies.

Le saignement d'une plaie maligne est souvent imprévisible. Il est donc impératif d'anticiper le risque de saignement et d'évaluer les raisons possibles de celui-ci. Les raisons les plus fréquentes sont l'invasion directe des vaisseaux, la présence de tissus friables ou d'une charge microbienne élevée dans le lit de la plaie, une thrombocytopénie paranéoplasique ou induite par la chimiothérapie, une aplasie due à l'infiltration ou à l'irradiation de la moelle osseuse, une coagulopathie associée à une tumeur maligne du foie, une coaquiation intravasculaire disséminée, un traitement anticoagulant sousoptimal, ou une combinaison de plusieurs facteurs. 2,28,51

Les saignements peuvent aller de ruptures superficielles des microvaisseaux jusqu'à des lésions de gros vaisseaux. Le tissu dans une plaie maligne est souvent friable. Il saigne facilement en raison de la stimulation locale du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire, laquelle entraîne une formation excessive de vaisseaux sanguins fragiles. L'activité réduite des fibroblastes et la thrombose continue des gros vaisseaux dans les plaies malignes compromettent la résistance et la création de la matrice de collagène, rendant le tissu moins résistant aux traumatismes. 16,28

ÉDUCATION / ÉLABORATION D'UN PLAN

Le saignement d'une plaie, même s'il n'est pas mortel, peut être pénible pour la personne atteinte d'une plaie maligne, les personnes proches aidantes et les membres de l'équipe soignante. Toutes ces personnes doivent pouvoir bénéficier d'un soutien avant, pendant et après l'incident.²³ L'accès à des membres

de l'équipe interprofessionnelle ayant reçu une formation spécifique sur les soins de plaies malignes et le soin des hémorragies peut faciliter la gestion des saignements. Ceci peut également rassurer la personne atteinte d'une plaie maligne, les personnes proches aidantes et les membres de l'équipe soignante en leur permettant de faire appel à des personnes-ressources pour les aider. De nombreuses options hémostatiques sont disponibles. Planifier ce qu'il faut faire en tenant compte de ce qui est disponible dans l'environnement de soins permettra de contrôler plus facilement ce type d'événement.⁵¹

Les professionnelles et professionnels de la santé doivent envisager et planifier la possibilité d'une hémorragie importante.

Dans ce cas, il est essentiel de comprendre les souhaits de la personne soignée et des personnes proches aidantes, pour ensuite élaborer un plan d'action basé sur les objectifs de soins, tout en considérant les limites, les moyens et les fournitures disponibles. 17 Un plan de soins doit être préalablement mis en place pour s'assurer que chaque éventualité soit prise en compte, et que la personne et les proches aidants disposent de la formation et du matériel nécessaires pour fournir le traitement adéquat. 7.23

Des discussions avec la personne soignée et les personnes proches aidantes devraient avoir lieu à l'avance pour décrire ce qui pourrait se produire. Les membres du personnel soignant doivent être en mesure d'administrer efficacement le traitement approprié pour gérer la situation.²³

Recommandation 16 – Choisir le pansement le plus approprié pour prévenir ou gérer les saignements mineurs en fonction de l'évaluation de la plaie, de la gestion des symptômes et des objectifs de soins.

Des saignements mineurs se produisent souvent au moment du changement de pansement, d'où la nécessité de prodiguer des soins atraumatiques et tout en douceur lors du retrait du pansement, du nettoyage de la plaie, du choix et de l'application du pansement. 16,51

Le sérum physiologique réchauffé peut aider à gérer les saignements lors du nettoyage de la plaie. 7,25,51 Le nettoyage, l'irrigation et le rinçage peuvent être utilisés au lieu d'essuyer et de frotter pour prévenir les saignements. Un angiocathéter de calibre 18-20 sur une serinque de 30-60 ml pour créer une pression de 8-15 psi peut être utilisé pour irriguer doucement et nettoyer efficacement la plaie sans frotter. Les dispositifs d'irrigation des plaies qui fournissent une irrigation similaire peuvent également être utilisés. Si elle en est capable, la personne atteinte d'une plaie maligne peut être encouragée à rincer la plaie sous l'eau de la douche avant l'application d'un nouveau pansement.51

Pour prévenir le traumatisme des tissus fragiles lors du retrait du pansement, il vaut la peine d'humidifier les pansements adhérents avec du sérum physiologique avant de les retirer lentement.^{7,51} Comme option alternative, il est possible d'utiliser un dissolvant ou encore de retirer lentement les pansements sous la douche afin de réduire les traumatismes. Pour éviter l'adhésion des pansements au lit de la plaie, appliquer une interface non adhérente avant de mettre le pansement.^{27,40,51}

Les alginates sont un autre type de pansement privilégié pour éviter les traumatismes lors du retrait du pansement, en particulier pour les plaies modérément à fortement exsudatives. En absorbant l'exsudat, ils forment un gel qui rend leur retrait plus facile et moins traumatique. 23,40,51 De plus, les pansements d'alginate peuvent aider à contrôler les saignements mineurs et superficiels d'une plaie. Les pansements d'alginate de calcium ont des propriétés hémostatiques. Ces alginates libèrent de grandes quantités de calcium au contact de l'humidité (exsudat), ce qui renforce le processus normal de coagulation. 23,40,52 Les

alginates ne doivent pas être utilisés pour les plaies peu exsudatives afin d'éviter qu'ils adhèrent au lit de la plaie et causent un traumatisme lors du retrait. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on envisage l'utilisation des alginates pour prévenir ou contrôler les saignements, car ils peuvent d'une part causer un traumatisme supplémentaire en adhérant au lit de la plaie et, d'autre part, ne pas être en mesure de libérer le calcium nécessaire à l'hémostase s'il n'y a pas suffisamment d'exsudat de la plaie. Il n'est également pas clair si les alginates seuls peuvent contrôler des saignements plus importants que les saignements mineurs et superficiels.⁵²

D'autres techniques courantes pouvant aider à contrôler un saignement mineur dans une plaie maligne comme l'utilisation de sacs de glace,⁷ la réduction de la fréquence des changements de pansements pour limiter les traumatismes, et l'application d'une pression locale au site de saignement.⁵¹

Recommandation 17 – Dresser une liste d'interventions appropriées pour la prise en charge des saignements actifs et graves.

Les hémorragies plus importantes nécessitent des mesures plus urgentes et plus agressives.⁷ Certaines interventions peuvent être basées sur la disponibilité des ressources, le contexte clinique ainsi que les connaissances, les compétences et l'expérience clinique de la personne soignante.

Le tableau 5 énumère les interventions topiques qui peuvent être utilisées pour gérer un saignement actif.

Table 5 Interventions topiques pour gérer les saignements actifs

Intervention	Justification										
Pansement hémostatique	 peut être utilisé comme mesure d'urgence pour favoriser la coagulation⁷; peut être laissé sur la plaie et recouvert d'un pansement secondaire une fois le saignement maîtrisé; les éponges chirurgicales hémostatiques, les pansements de cellulose oxydée ou les pansements de collagène en sont des exemples⁷; et les éponges chirurgicales hémostatiques sont des gélatines naturelles qui peuvent absorber le sang. L'éponge peut rester en place et être résorbée naturellement ou être retirée lors du prochain changement de pansement, car elle forme une structure gélatineuse.⁷ 										
Vaporisateur nasal d'oxymétazoline	 vasoconstricteur en vente libre généralement utilisé pour l'épistaxis^{25,52}; et lorsqu'il est pulvérisé directement sur le lit de la plaie, il aide à contrôler les saignements légers à modérés grâce à ses effets alpha-adrénergiques, sans avoir d'effets secondaires systémiques signalés.^{25,52} 										
Épinéphrine (adrénaline)	 vasoconstricteur qui peut être appliqué localement pour contrôler les saignements^{7,23,25,35,40}; l'application suggérée au site de saignement est un tampon humidifié avec une dilution d'adrénaline 1:1000 ou 1 mg/1 ml dans une solution saline^{7,23,35,40}; peut être pulvérisée sur le lit de la plaie pendant plusieurs minutes²⁵; et peut provoquer une ischémie et une nécrose des tissus.^{7,23} 										
Acide tranexamique	 plusieurs voies d'administration existent, peut être appliquée localement en écrasant les comprimés et en les mélangeant à du sérum physiologique pour obtenir une pâte qui est appliquée sur la plaie pendant 10 à 15 minutes, puis retirée²³; la prudence est de mise lorsqu'il s'agit d'écraser des médicaments en milieu communautaire. Si le lieu de travail n'est pas bien ventilé lors de l'écrasement des comprimés, il y a un risque d'inhalation et d'irritation des poumons. Le risque d'inhalation est faible à l'hôpital, car les médicaments sont généralement préemballés et les médicaments sont d'abord écrasés dans le petit sachet, puis ouverts et versés avec précaution; et les formes injectables appliquées au lit de la plaie sont stériles et plus faciles à manipuler, et elles sont recommandées comme traitement de première intention pour cette raison. Toutefois, elles ne sont pas disponibles dans tous les établissements de soins.⁸³ 										
Nitrate d'argent	 le nitrate d'argent est un moyen facilement accessible et peu coûteux de cautériser les sites de saignement^{7,25,84}; et peut se présenter sous forme de bâtonnets ou de solution à 10 %^{25,85}; peut provoquer une sensation de brûlure lors de l'application; et nécessite une compétence spécialisée pour être utilisé. 										

SAIGNEMENT GRAVE

Un saignement grave peut être bouleversant pour la personne soignée, les personnes proches aidantes et l'équipe soignante. Il existe un risque que les membres de l'équipe de soins soient mal équipés pour faire face à une telle urgence, même lorsque le risque a été identifié, car il y a souvent peu de signes avant-coureurs. Comme indiqué précédemment, un plan stratégique doit être élaboré en collaboration avec la personne soignée ou la personne mandataire dans le cas où une personne atteinte d'une plaie maligne présente un risque d'hémorragie. Une évaluation minutieuse des circonstances, des objectifs de soins et de l'environnement de soins doit être prise en compte lors de l'élaboration du plan.7

En particulier pour les personnes qui ne sont pas hospitalisées et qui sont par exemple à domicile ou dans un centre de soins palliatifs, avoir sous la main une trousse d'urgence peut contribuer à atténuer l'anxiété de la personne soignée et des personnes proches aidantes.7 Il est suggéré que ces trousses incluent des serviettes rouges ou de couleur foncée, ainsi que des seringues préremplies de midazolam pour la sédation en situation de crise.^{7,50} Ces interventions ne résoudront pas les hémorragies graves. Si les interventions s'alignent sur des objectifs de soins visant la gestion médicale active, l'accès aux services d'urgence et au transport devrait être accessible, ainsi qu'une communication continue avec les membres de l'équipe soignante pour faciliter les interventions nécessaires rapidement en cas d'urgence.7

À RETENIR

- Évaluer le risque de saignement en examinant les antécédents médicaux de la personne, y compris les maladies/ diagnostics pertinents et les traitements antérieurs et actuels (médicaments, thérapies).
- Si disponible, examiner les dernières analyses sanguines.
- Établir des objectifs de soins basés sur les souhaits de la personne et les documenter clairement. Réévaluer régulièrement les objectifs de soins autant que nécessaire.
- Évaluer le lit de la plaie à la recherche de tissu friable.
- Si des facteurs de risque de saignement sont identifiés, élaborer un plan avec l'équipe interprofessionnelle pour gérer le saignement avec les solutions hémostatiques disponibles.⁵¹
- Informer la personne atteinte d'une plaie maligne, les personnes proches aidantes et l'équipe soignante sur le moment où il convient de consulter un médecin.
- Humidifier les pansements adhérents avant de les retirer, puis nettoyer le lit de la plaie en douceur par irrigation ou rinçage à l'aide de dispositifs tels qu'une douchette.⁵¹
- Utiliser une interface non adhérente ou un alginate pour empêcher le pansement d'adhérer à la plaie.⁵¹
- Utiliser des pansements ayant des propriétés hémostatiques pour les plaies présentant des saignements mineurs.⁵¹
- Choisir un pansement qui favorise le maintien d'une humidité contrôlée pour empêcher le pansement de sécher et d'adhérer au lit de la plaie.

TRAITEMENT TOPIQUE — ODEURS

Les odeurs nauséabondes sont un symptôme courant des plaies malignes souvent décrit comme parmi les plus pénibles pour la personne et ses proches aidants.⁵⁷ Vivre avec une plaie maligne peut être un rappel constamment visible d'une maladie maligne incurable.⁸⁶ Les odeurs peuvent provoquer la nausée, la perte d'appétit, l'isolement social et la dépression, lesquels peuvent affecter la qualité de vie de la personne sur le plan spirituel et émotionnel.^{23,87}

Les odeurs nauséabondes sont le résultat de la prolifération bactérienne anaérobique et aérobique, ainsi que de la production de substances délétères dans les tissus nécrosés. Les bactéries anaérobies émettent principalement de la putrescine et de la cadavérine, provoquant des odeurs nauséabondes. L'odeur malodorante se produit lorsque les tissus sont privés d'oxygène et nécrosent, ce qui favorise la croissance bactérienne. D'autres causes potentielles peuvent être un drainage purulent accru causé par une augmentation excessive de la charge bactérienne, telles que les anaérobies et les Gram négatifs. Les mauvaises odeurs peuvent être omniprésentes, imprégnant les vêtements, les draps et le mobilier. Elles peuvent même s'étendre dans les couloirs, défiant ainsi les limites d'une chambre. Comme pour tous les autres symptômes, il est essentiel de diagnostiquer avec précision la cause des odeurs malodorantes pour s'assurer du bon choix de traitement. La figure 8 montre une plaie bourgeonnante malodorante.

Figure 8 Plaie bourgeonnante avec un pansement antimicrobien pour gérer l'odeur

Note. Cancer du col de l'utérus, un pansement antimicrobien est utilisé pour gérer l'odeur nauséabonde. © ISPSCC, 2024.

EFFET PSYCHOLOGIQUE ET GESTION DES ODEURS

Les odeurs malodorantes sont susceptibles d'avoir un effet significatif sur les relations interpersonnelles. L'isolement est fréquent et la personne est susceptible d'être sensible à la réaction des autres en regard de la plaie et aux soins qu'elle nécessite. L'effet des plaies malodorantes et bourgeonnantes sur l'image corporelle a été bien documenté chez les femmes souffrant de plaies mammaires ou gynécologiques.⁵⁴ L'image corporelle est peut-être tout aussi cruciale pour les hommes, mais peu de recherche est disponible à ce sujet.

Les ISPSC, les membres de l'équipe soignante et les personnes qui effectuent les changements de pansements peuvent avoir besoin d'aborder leurs craintes, leurs

difficultés et leurs réactions face à l'apparence et aux odeurs des lésions bourgeonnantes, car la personne soignée sera sensible à leurs réactions verbales et non verbales.61 Comprendre le parcours et la transition entre une image corporelle normale et une image corporelle altérée permet aux membres de l'équipe soignante d'être mieux équipés pour soutenir la personne atteinte d'une plaie maligne. L'utilisation du guide d'évaluation des mauvaises odeurs (tableau 6) peut aider les membres de l'équipe soignante à identifier des stratégies pour soutenir les personnes affectées négativement par les odeurs. En outre, il peut s'agir d'un outil précieux pour surveiller l'évolution de l'état de la plaie.

Tableau 6 Guide d'évaluation des mauvaises odeurs

Type d'odeur	Description
Forte	Odeur perceptible en entrant dans la pièce lorsque le pansement est en place.
Modérée	Odeur perceptible en entrant dans la pièce lorsque le pansement est retiré.
Légère	Odeur perceptible lorsque le pansement est retiré.
Pas d'odeur	Aucune odeur perceptible lorsque le pansement est retiré.

Note. Reproduit de Leadbeater, 61 avec l'autorisation de Mark Allen Healthcare Ltd.

Recommandation 18 – Gérer l'odeur de la plaie à l'aide de solutions nettoyantes, d'antibiotiques topiques, d'antimicrobiens topiques ou d'autres produits.

NETTOYAGE DE LA PLAIE et de la peau périlésionnelle

Une odeur désagréable et un écoulement nauséabond se produisent lorsque le tissu est privé d'oxygène et se nécrose, ce qui favorise la prolifération bactérienne. Le nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique réchauffé peut réduire les odeurs. Si la personne en est capable, elle peut également prendre une douche. N'oubliez pas que le tissu des plaies malignes peut être fragile en raison du bourgeonnement tumoral très friable. Il est donc nécessaire de déterminer le traitement en fonction de l'état de la plaie et des souhaits de la personne.^{23,40}

Un bain, une douche ou un nettoyage en douceur permettront non seulement de donner des soins efficaces de la peau et de la plaie, mais aussi d'améliorer la qualité de vie en réduisant la douleur et l'incidence des saignements.²³ Beers⁵² recommande également l'utilisation d'une solution diluée d'hypochlorite de sodium (NaClO) ou d'acide hypochloreux pour débridement doux éliminant les tissus nécrotiques humides et gérant les odeurs. Si les options ci-dessus ne sont pas disponibles pour le nettoyage, il est recommandé d'utiliser une solution de sérum physiologique ou d'autres agents non toxiques en trempette de 5 à 10 minutes.

ANTIMICROBIEN TOPIQUE

Les pansements contenant de l'argent, de l'iode, du miel et du polyhexaméthylène biguanide (PHMB) réduisent la charge bactérienne et fongique.²³ Les effets

antimicrobiens des pansements en présence d'une infection peuvent être bénéfiques pour réduire les odeurs. Les pansements à l'argent sont efficaces pour réduire les odeurs nauséabondes des plaies malignes.^{23,52,89} Bien qu'efficaces, ils ne doivent pas être utilisés pendant la radiothérapie. Il a été démontré que le miel de grade médical possède des propriétés anti-inflammatoires et antimicrobiennes, et qu'il peut aider à contrôler les mauvaises odeurs. Le cadexomère d'iode a une structure microscopique qui lui permet d'absorber six fois son poids en liquide. Il est donc utilisé comme antiseptique asséchant pour les plaies présentant un exsudat abondant. Ses propriétés absorbantes et antibactériennes en font un autre bon choix pour réduire l'odeur des plaies.⁵² Le PHMB est un agent antiseptique qui s'est avéré aussi efficace que le métronidazole pour gérer les odeurs.90 Le PHMB est un choix financièrement avantageux qui peut être utilisé lorsque les antibiotiques ne sont pas disponibles.90 En se basant seulement sur l'évaluation de la mauvaise odeur, les pansements imprégnés de miel ou d'argent améliorent la qualité de vie de la plupart des personnes atteintes d'une plaie maligne.91

GESTION DES ODEURS—ANTIBIOTIQUES TOPIQUES

Les antibiotiques sont couramment prescrits dans le seul but de contrôler efficacement les odeurs des plaies malignes, et ce en l'absence de signes infectieux. Le métronidazole est connu pour agir contre les bactéries anaérobies, lesquelles sont connues pour exacerber l'inflammation et l'infection. 16 Le métronidazole est disponible sous forme de gel, de crème ou de liquide (solution intraveineuse préparée par le fabricant), et il peut être appliqué directement sur la tumeur ou utilisé en trempette à l'aide d'une compresse. 16,24 Bien que principalement indiqué pour la rosacée, le gel de métronidazole (0,75 %) est également efficace contre les bactéries anaérobies et est régulièrement utilisé pour la gestion des odeurs.92

Note. Le métronidazole intraveineux préparé par le fabricant est utilisé comme solution d'irrigation ou sur des compresses pour une application topique sur les plaies malignes malodorantes. Celui-ci n'est pas administré par voie systémique dans le seul but de traiter l'odeur des plaies.

Bien que la littérature fasse état de l'utilisation du métronidazole sous forme de poudre à partir de comprimés écrasés, la prudence s'impose en raison du risque d'irritation pulmonaire par inhalation. Si le lieu de travail n'est pas bien ventilé, il y a un risque d'inhalation et d'irritation des poumons pendant la préparation du médicament. En milieu hospitalier, le risque d'inhalation est faible, car les médicaments sont généralement préemballés et les médicaments sont d'abord écrasés dans le petit sachet, puis ouverts et versés avec précaution. D'importantes précautions doivent être prises pour éviter l'inhalation du métronidazole écrasé en portant des gants, un masque et en se lavant les mains. Bien que disponible dans certains établissements de soins, l'utilisation de métronidazole en poudre (c'est-à-dire provenant de comprimés écrasés et d'autres formes de poudre composées) n'est pas recommandée.†

Le traitement le plus courant consiste à appliquer le métronidazole une fois par jour sous un pansement non adhérent, tel qu'une mousse absorbante, pour une durée totale de 14 jours.^{36,52}

Le métronidazole appliqué par voie topique comme agent anti-infectieux peut réduire ou éliminer les odeurs. Cependant, une utilisation sur des plaies fortement exsudatives peut le rendre inefficace. Par conséquent, le choix du pansement approprié est crucial dans la gestion des mauvaises odeurs des plaies malignes.⁶¹

D'autres antibiotiques à large spectre peuvent être prescrits, mais pour limiter le risque de résistance et d'effets secondaires, il semble plus raisonnable de les réserver au traitement de l'infection.⁴⁰

GESTION DES ODEURS—PANSEMENTS

Les plaies exsudatives peuvent bénéficier des pansements à deux couches, la couche de contact primaire attirant les exsudats vers une couche absorbante secondaire.⁶¹

Les pansements au charbon piègent et adsorbent efficacement les particules odorantes, en agissant comme un filtre. Dès qu'une légère odeur est rapportée par la personne soignée ou les personnes proches aidantes, les pansements au charbon peuvent être appliqués. Les pansements au charbon peuvent devenir saturés si les odeurs sont trop fortes. Ils sont placés par-dessus le pansement primaire pour adsorber les composés volatils nauséabonds. Ils peuvent

être appliqués en couches successives, ce qui augmente la surface d'adsorption et, par conséquent, leur efficacité sur une plaie très malodorante. 1,40,52

AUTRES STRATÉGIES

La thérapie antimicrobienne topique et les pansements absorbants, combinés à un nettoyage et des interventions pour diminuer les mauvaises odeurs, sont les piliers du traitement des odeurs et de l'exsudat des plaies malignes. D'autres stratégies incluent l'utilisation de curcuma, de pâte de sucre, de miel, et de babeurre sur la plaie en concomitance avec des pansements absorbants, avec l'augmentation de la fréquence des changements de pansements, la disposition et l'élimination rapides des pansements souillés, et le maintien des fenêtres ouvertes pour assurer une

Tableau 7 Prise en charge globale des plaies malodorantes : la stratégie RACE

Retrait des tissus nécrotiques	Nettoyer et irriguer la plaie avec du sérum physiologique; et Utiliser des pansements favorisant le débridement autolytique.
Antibactériens, absorption	Gel, crème ou comprimés écrasés de métronidazole (voir note); Sulfadiazine d'argent; préparations contenant de l'iode; préparations en vente libre contenant de la bacitracine, de la néomycine et de la polymyxine B; miel; yogourt; babeurre; et Pansements absorbants avec ou sans charbon actif ou chlorure de sodium.
Camouflage	Bougies parfumées, fleurs et plantes parfumées, vaporisateurs désodorisants, grains de café, gousses de vanille, vinaigre de cidre, huile de menthe poivrée, huile de gaulthérie; et adsorbants (charbon de bois, bicarbonate de soude, litière pour chats).
Enseignement et soutien	S'engager à contrôler les mauvaises odeurs autant que possible; Assurer un suivi régulier pour vérifier les préoccupations nouvelles et existantes; Prendre en charge la douleur, les saignements et les troubles du sommeil; Fournir du matériel éducatif adapté; Anticiper et répondre aux questions et aux inquiétudes concernant les soins de plaies; et Éviter d'exprimer sa détresse face aux odeurs devant ou à portée de voix des personnes soignées et de leur famille.

Note. Le métronidazole écrasé peut ne pas être disponible selon la politique et les procédures de la province, du territoire ou de l'établissement local de soins de santé. Traduit librement et reproduit avec l'autorisation de Samala et Davis. ³⁶ Copyright © 2024 Cleveland Clinic Foundation. Tous droits réservés.

ventilation adéquate. 60,93 L'aromathérapie, les pulvérisateurs, la litière pour chat, le charbon de bois ou les bols de mousse à raser peuvent aider à contrôler les odeurs. 23,36,94,95 Une option supplémentaire pour gérer les mauvaises odeurs peut inclure l'utilisation d'un appareillage à stomie ou d'un système de sac pour gérer la plaie. Que les plaies soient peu ou très exsudatives, l'utilisation d'un appareillage avec sac peut contenir efficacement les mauvaises odeurs.

L'évaluation des mauvaises odeurs est subjective et si une personne est exposée à une odeur pendant une période prolongée, ses cellules sensorielles peuvent devenir insensibles, l'empêchant de percevoir l'odeur. Il existe des outils validés pour évaluer les odeurs de manière objective. 88 La stratégie RACE est un outil complet, validé et efficace pour identifier la cause de l'odeur, comme le montre le tableau 7.

Recommandation 19 – Envisager le retrait des tissus dévitalisés qui peuvent contribuer à la charge microbienne et à l'odeur en utilisant le débridement selon votre champ de pratique, votre milieu de soins et les facteurs de risque. Obtenir préalablement un consentement éclairé.

RÔLE DU DÉBRIDEMENT

La gestion des tumeurs malignes par un débridement agressif n'est pas recommandée en raison du risque de douleur et de saignement. En utilisant une approche de soins palliatifs, un débridement selon une méthode appropriée peut être envisagé pour améliorer la qualité de vie, car l'élimination des tissus dévitalisés peut aider à réduire les odeurs. 16,96 Un débridement chirurgical conservateur réalisé avec précautions est un moyen efficace de contrôler les odeurs

en éliminant les tissus dévitalisés (fibres de collagène dévitalisées), ce qui ralentit la croissance bactérienne et les odeurs. ¹⁶ Dans une approche de soins palliatifs, le but du débridement n'est pas d'obtenir la guérison, mais d'améliorer la qualité de vie et de réduire le risque d'infection. ¹⁶

Le débridement autolytique est préférable et, selon le pronostic de la personne, il peut être pertinent de laisser les tissus nécrotiques durs et secs intacts, et simplement protéger cette zone.²³

À RETENIR

- Les mauvaises odeurs sont un symptôme courant des plaies malignes souvent décrit comme parmi les plus pénibles et pouvant conduire à l'isolement social et à la dépression de la personne soignée et des personnes proches aidantes.⁵⁷
- La stratégie RACE est un outil complet, validé et efficace pour la gestion des odeurs.
- Le nettoyage des plaies et de la région périlésionnelle, les antimicrobiens topiques, les antibiotiques topiques et les pansements permettant la gestion des odeurs peuvent contribuer à atténuer ou à dissimuler les mauvaises odeurs.
- ISPSCC reconnait que toutes les formes de débridement, y compris le débridement autolytique, présentent un niveau élevé de risque clinique, se traduisant alors par de faibles résultats cliniques. Des connaissances spécialisées, des habiletés et des capacités de réflexion critique sont essentielles au développement des compétences requises pour initier et effectuer un débridement sécuritaire et efficace.

TRAITEMENT TOPIQUE — HUMIDITÉ

Il y a souvent une augmentation de la vascularisation et de la perméabilité des vaisseaux sanguins dans les plaies malignes, ce qui peut entraîner un volume élevé d'exsudat, affectant négativement la qualité de vie d'une personne. ⁹⁷ Une prise en charge appropriée des plaies doit être mise en place pour aider la personne à retrouver une capacité fonctionnelle et une qualité de vie optimale. ⁵⁹

Recommandation 20 – Protéger la peau périlésionnelle de l'exsudat irritant ou excessif en utilisant une barrière cutanée appropriée et des produits absorbants.

RECOMMANDATIONS POUR LA PROTECTION DE LA PEAU PÉRILÉSIONNELLE

Le choix du protecteur cutané le plus approprié est fait selon la localisation des lésions cutanées associées à l'humidité, les allergies et le niveau d'implication des personnes proches aidantes. Un acrylate liquide laissant un film protecteur qui n'interfère pas avec l'adhérence du pansement ou des appareillages est à utiliser. Le polymère d'acrylate liquide est le plus approprié pour les plaies situées dans la région supérieure du corps, à la tête et au visage, car il est moins salissant comparé aux autres protecteurs cutanés, et il n'interfère pas avec l'adhérence des pansements.²⁸
La figure 9 montre les pansements utilisés pour gérer l'exsudat.

Figure 9 Carcinome basocellulaire au dos



Note. Carcinome basocellulaire du dos traité à l'aide d'alginate de calcium et d'un pansement en mousse pour gérer l'exsudat sanguin. © ISPSCC, 2024.

La dermatite de contact irritative ou allergique (érythème local, œdème et phlyctènes sur les bords de la plaie) peut nécessiter des tests épicutanés pour déterminer l'allergène. Pour minimiser le traumatisme lié au retrait du pansement adhésif, il faut utiliser un produit barrière ou un protecteur. Des exemples en lingettes, vaporisateurs, gels et applicateurs liquides sont résumés dans le tableau 8.16

Tableau 8 Stratégies pour protéger la peau périlésionnelle

Туре	Description	Application	Commentaires		
Silicone	Polymère comprenant du silicone avec du carbone, de l'hydrogène et de l'oxygène	Appliquer sur la peau périlésionnelle	L'allergie est rare; certains types de produits en silicone sont collants, ce qui facilite l'adhérence du pansement à la peau sans aucun adhésif		
Oxyde de zinc / gelée de pétrole	Composé inorganique insoluble	Appliquer en couche généreuse sur la peau	Peut interférer avec l'activité de l'argent ionique		
Acrylates	Préparation cutanée liquide formant un film qui produit une interface protectrice sur la peau	Vaporiser ou appliquer sur la peau avec parcimonie	L'allergie est peu fréquente; facilite la visualisation de la peau périlésionnelle		
Hydrocolloïde ou pellicule adhésive	Un hydrocolloïde se compose d'une matrice de carboxyméth- ylcellulose, de composants ab- sorbant l'eau tels que la géla- tine et la pectine (comme dans les desserts commerciaux à la gélatine), et d'un adhésif	Appliquer pour former un cadre entourant le bord de la plaie pour prévenir l'arrachement récurrent de la peau	Des allergies ont été signalées à cause de certains adhésifs liés à la colophane présente dans certains pansements hy- drocolloïdes		

Note. L'oxyde de zinc peut gêner la visualisation du lit de la plaie. Reproduit et traduit librement de Woo et Sibbald¹6 avec autorisation. © K. Woo.

PROTECTION PÉRILÉSIONNELLE

L'utilisation de ruban en silicone pour fixer les pansements permet de prévenir les lésions cutanées associées aux adhésifs.³⁵ Les bandages tubulaires peuvent aider à fixer les pansements sous les vêtements tout en évitant les traumatismes cutanés.³⁵

La méthode Stanley peut être nécessaire à chaque changement de pansement :

- nettoyer la peau périlésionnelle à l'aide d'un nettoyant médical liquide (pH 4,5-5,7) ou de sérum physiologique;
- retirer tout résidu d'adhésif à l'aide d'un dissolvant non irritant;
- appliquer de la poudre à stomie; et
- recouvrir d'un protecteur cutané non irritant.⁵⁸

Recommandation 21- Choisir des pansements qui absorbent l'exsudat et minimisent l'inconfort, en considérant que d'autres produits peuvent être bénéfiques (p. ex., appareillage à stomie).

PRODUITS EN SOINS DE PLAIES

L'excès d'humidité est nuisible pour les plaies malignes sans potentiel de cicatrisation. Les pansements adaptés aux plaies légèrement exsudatives tels que les hydrogels ou les pansements hydrocolloïdes occlusifs peuvent ne pas convenir aux plaies fortement exsudatives. 16,25

De nombreux produits absorbants pour les plaies peuvent absorber l'excès d'exsudat, notamment les alginates, les fibres gélifiantes, les mousses hydrocellulaires et les produits très absorbants qui évacuent l'humidité. ¹⁶ Une combinaison de pansements non adhérents,

conformables et absorbants tels que les alginates ou les fibres gélifiantes appliqués au lit de la plaie, avec des pansements secondaires hautement absorbants tels que des pansements en mousse de polyuréthane bordés de silicone ou de pansements superabsorbants à absorption verticale peut être nécessaire. 16,20,25,40

En raison de la présence de bactéries anaérobies et aérobies dans ces types de plaies, des produits antimicrobiens peuvent être nécessaires pour réduire les odeurs ainsi que prévenir la macération périlésionnelle et la dégradation de la peau secondaire aux exsudats excessifs. ^{20,60} Des pansements antimicrobiens contenant de l'argent, du miel ou du PHMB peuvent être nécessaires en association avec des pansements absorbants. ^{53,58}

Tenir compte des objectifs de la personne et de l'intensité de sa douleur lors de la planification des changements de pansements. Initialement, une personne atteinte d'une plaie maligne peut souhaiter des changements de pansements quotidiens et la possibilité de se doucher pour se sentir propre. ⁴⁰ Cependant, avec la progression de la maladie et l'augmentation de la douleur, il peut devenir nécessaire de réduire le nombre hebdomadaire de changements de pansements en intégrant l'utilisation de produits plus absorbants. ⁴⁰

Pour les lésions cutanées récentes (nodules ulcérés) avec un exsudat modéré, il faut utiliser des interfaces ou des mousses hydrocellulaires minces siliconées pour empêcher la formation de croûtes ou hydrater la plaie.²⁷ Les lésions présentant un exsudat excessif peuvent nécessiter des pansements

de fibres gélifiantes ou d'alginate, lesquels peuvent être appliqués en plusieurs couches superposées pour augmenter l'absorption.²⁷

APPAREILLAGES

L'utilisation d'appareillage à stomie, à fistule ou d'un système de sac pour gérer la plaie est recommandée lorsque les quantités d'exsudat sont importantes, lorsque la plaie maligne n'est pas trop grande, et lorsque la peau périlésionnelle est suffisamment intacte pour résister aux adhésifs.^{23,40} Utiliser des lingettes de barrière cutanée autour de la plaie pour prévenir la macération et les traumatismes cutanés reliés aux systèmes d'appareillage.⁴⁰ L'ISPSC possède les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour soutenir la gestion de ces appareillages.

À RETENIR

- Protéger la peau périlésionnelle en choisissant un produit selon la localisation des lésions cutanées associées à l'humidité, les allergies et le niveau d'implication des personnes proches aidantes
- Choisir des pansements appropriés au niveau d'exsudat de la plaie.
- L'objectif de la prise en charge de l'exsudat doit être d'améliorer le bienêtre de la personne tout en assurant une utilisation efficace du temps infirmier. Le choix du pansement le plus approprié se fait en fonction des symptômes de la plaie.
- Les culottes d'incontinence jetables dont l'entrejambe a été enlevé peuvent être utiles pour fixer les pansements sans avoir recours à du ruban adhésif.

ÉVALUATION ET RECHERCHE

La prise en charge des plaies malignes n'est pas un processus unique. Les personnes soignées et les personnes proches aidantes auront besoin d'un soutien émotionnel continu et de formation. Comme décrit dans les sections précédentes, les preuves concernant la prise en charge des plaies malignes sont limitées. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour fournir de meilleurs conseils aux professionnelles et professionnels de la santé ainsi que des preuves plus solides. Sachant que la guérison n'est pas un objectif réaliste, il est impératif d'améliorer la qualité de vie par une gestion efficace des symptômes et de la douleur.

La littérature actuelle révèle une lacune notable lorsqu'il s'agit d'aborder l'égalité en matière de santé, les divers facteurs socioéconomiques et la prestation de soins avec humilité culturelle. Bien que des progrès aient été réalisés dans la gestion topique des plaies, il subsiste un manque de compréhension et d'approches pour des soins adaptés afin de répondre efficacement aux divers besoins des personnes atteintes de plaies malignes. Cette lacune souligne l'importance de la formation auprès de chaque profession de la santé concernant l'impact du racisme sur la santé, et la nécessité de développer des recherches futures pour des modèles de soins plus inclusifs et équitables.

Recommandation 22 – Évaluer continuellement les résultats, y compris la gestion de l'odeur, de l'humidité, du risque de saignement et de la douleur, ainsi que les aspects psychosociaux. Apporter les ajustements nécessaires au plan de soins.

L'objectif principal du traitement topique des plaies est de soulager divers symptômes physiques, y compris l'exsudat excessif, les odeurs malodorantes, la douleur et le risque d'hémorragie. Évaluer l'efficacité des interventions à l'aide d'un outil objectif validé tel que l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, le Malignant Wound Assessment Tool-Clinical (MWAT-C) ou le Toronto Symptom Assessment System for Wounds (TSAS-W), lesquels peuvent être employés pour mesurer les symptômes spécifiques de la plaie ou la qualité de vie globale de la personne (de Haes, 1996, noté dans Adderley et Holt¹). 10-12,98 Ces outils ont été décrits dans la section Évaluation des plaies et confirmation de l'étiologie des plaies et sont présentés aux annexes 2, 3, et 4.

Pour soigner efficacement une personne atteinte d'une plaie maligne, il faut être capable de faire une évaluation exhaustive et de traiter la plaie en utilisant les pansements les plus appropriés en fonction des caractéristiques spécifiques de la plaie. L'évaluation continue et la coopération avec les équipes interprofessionnelles sont des éléments cruciaux dans ce processus. ⁶¹

Recommandation 23 – Encourager la recherche et la publication sur la prise en charge biopsychosociale des personnes atteintes de plaies malignes, en favorisant la prestation de soins centrés sur la personne et fondés sur les meilleures données probantes disponibles.

De nombreuses études cliniques examinées dans le cadre de ce projet ont mis en lumière que la diversité des devis utilisés représente une limitation en raison de la variété des populations cibles et des méthodes d'intervention empêchant la comparaison des résultats. Un nombre considérable d'articles ont rapporté un faible niveau de preuve scientifique sur la base de critères internationaux, d'une mauvaise communication des critères d'exclusion et de la comparabilité des données de base, de l'absence d'analyse de l'intention de traiter, de l'utilisation d'échantillons de petite taille, de l'absence de groupes de contrôle et de randomisation à double insu. La rareté des essais cliniques randomisés contrôlés témoigne de la limite des résultats de la recherche dans ce domaine. 1,7,62

La réalisation d'essais randomisés contrôlés pour les plaies malignes peut représenter un défi. Si certains résultats peuvent se prêter à des études randomisées contrôlées, la mesure spécifique de résultats pertinents peut s'avérer complexe. Des devis d'étude moins rigoureux, tels que des études de cas multiples, peuvent fournir les meilleures preuves disponibles pour ces cas. Le recrutement de personnes en fin de vie soulève aussi des préoccupations éthiques, rendant les essais contrôlés randomisés difficiles à réaliser. Dans ce contexte, les essais doivent être bien conçus, tenir compte du fardeau qui pèse sur l'individu et fournir des informations fiables. Par exemple, les essais randomisés contrôlés évaluant la douleur ou les mauvaises odeurs pourraient nécessiter des suivis plus rapprochés et des échantillons plus petits en raison de l'ampleur de l'effet escompté. Priver cette population

d'informations cliniques précieuses provenant d'essais contrôlés de haute qualité semble éthiquement discutable, étant donné la nécessité d'interventions efficaces.¹

Les futurs efforts de recherche sur la prise en charge des plaies malignes devraient se concentrer sur les limites et les lacunes identifiées dans la littérature existante.

Tout d'abord, il existe un besoin pressant d'essais randomisés contrôlés bien conçus et multicentriques afin d'évaluer l'efficacité des différentes interventions dans le traitement des plaies. Ces études devraient viser à évaluer l'impact des différentes techniques de nettoyage, des pansements et des agents topiques sur les taux de cicatrisation, la réduction de la douleur et le contrôle des odeurs.

Alexander⁷ rapporte qu'en plus des essais cliniques, la recherche qualitative explorant les expériences vécues par les personnes atteintes de plaies malignes peut fournir des informations précieuses sur l'impact psychosocial de ces plaies sur les individus et les proches. La compréhension des perspectives, des préférences et des défis personnels en regard des soins de plaies sera déterminante pour le développement d'approches de soins centrés sur la personne.^{7,99}

Luo et al.¹⁵ reconnaissent que la plupart des plaies malignes sont chroniques et incurables, et ils soulignent la nécessité pour la personne soignée de prendre conscience de la présence d'une plaie tout au long de leur vie et d'intégrer les soins de la plaie dans leurs activités quotidiennes. Ainsi, l'amélioration de la simplicité et de l'efficacité des soins de plaies devient cruciale pour améliorer la qualité de vie de la personne.

Selon Gibson et Green¹⁹, il est évident que les implications spirituelles des plaies malignes varient considérablement d'une personne à l'autre. Pour certains, faire face à l'angoisse de la plaie peut remettre en question leur

spiritualité, tandis que d'autres peuvent trouver du réconfort dans l'espoir pour diverses raisons. En outre, ce qui apporte la paix à une personne peut être angoissant pour une autre.

Historiquement, les essais sur le traitement des plaies se sont principalement concentrés sur la cicatrisation comme principal résultat, ce qui ne s'applique pas aux personnes atteintes de plaies malignes. Les recherches futures ayant comme principal objectif le traitement des plaies malignes selon une approche en soins palliatifs devraient prioriser l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Sur le plan clinique, il existe une forte corrélation entre le soulagement efficace des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie globale. Cependant, dans le contexte de la recherche, la qualité de vie a une signification distincte et spécifique, qui nécessite d'être mesurée à l'aide d'outils désignés.1

Compte tenu de ces considérations, l'évaluation de la qualité de vie en tant que résultat primaire ou la garantie d'une puissance statistique adéquate pour l'évaluer en tant que résultat secondaire devient particulièrement importante pour cette population spécifique. En mettant l'accent sur la qualité de vie dans les recherches futures, des progrès peuvent être réalisés dans la compréhension et la prise en compte des besoins et des défis uniques auxquels sont confrontées les personnes atteintes de plaies malignes, dans le but ultime d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie globale.1

Rassembler les ressources financières et consacrer des efforts à une meilleure compréhension des plaies malignes peut favoriser le développement d'interventions ciblées pour réduire leur occurrence. La mise en place d'un mécanisme structuré pour rapporter les plaies malignes est essentielle pour en découvrir l'étendue et la prévalence réelles. Ce processus de communication a le double objectif de fournir des statistiques

officielles et d'éclairer les tendances, incluant les facteurs anatomiques et géographiques qui contribuent à la prolifération de ces plaies. De telles informations permettent d'allouer efficacement les ressources nécessaires pour résoudre ce problème.

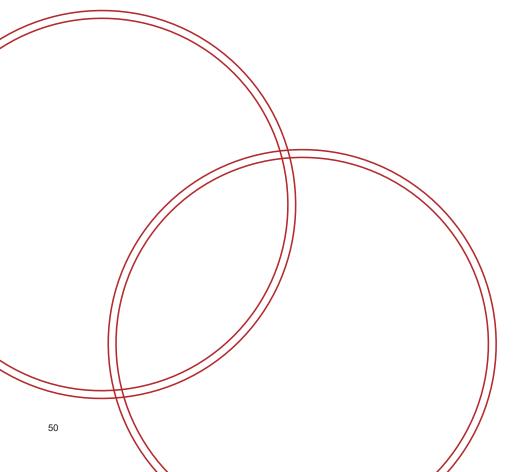
Compte tenu de l'importance primordiale des soins infirmiers fondés sur des données probantes dans les systèmes de santé contemporains, il est notable que les infirmières et infirmiers se retrouvent souvent à prodiguer des soins sans directives officielles. Par conséquent, les données qui seraient recueillies dans le cadre d'un processus de déclaration, conjuguées aux investissements financiers, justifieraient la poursuite des recherches en vue de formuler des recommandations exhaustives. L'objectif ultime étant d'établir des lignes directrices locales, nationales et internationales fondées sur des données probantes pour servir de fondement à la pratique infirmière.19

Pour réduire de manière proactive le développement de plaies malignes, les organisations doivent prioriser la sensibilisation aux signes et symptômes du cancer. De plus, la fréquence des programmes de dépistage devrait être améliorée afin de minimiser l'apparition de ces plaies. La mise en place d'un processus formel de déclaration et la publication de principes directeurs sont essentielles pour ancrer les meilleures pratiques sur le terrain. De plus, les investissements dans la recherche axée sur la prévention et la prise en charge des plaies malignes peuvent réduire considérablement l'incidence de ces plaies, ce qui atténue les expériences pénibles des personnes et ultimement améliore leur qualité de vie.19

A RETENIR

 L'élaboration de consensus sur les lignes directrices pour la prise en charge des plaies malignes, intégrant l'expertise d'équipes interprofessionnelles, aidera les professionnelles et professionnels de la

- santé à prendre des décisions éclairées et standardisées en matière de traitement.
- Les efforts de collaboration entre les spécialistes en soins de plaies, les oncologues, les prestataires de soins palliatifs et les psychologues permettent d'établir des plans de soins complets et intégrés.
- L'évaluation et l'orientation de la future recherche sur la prise en charge des plaies malignes devraient viser à promouvoir des soins fondés sur les données probantes et centrés sur la personne. En abordant les défis et les limites des pratiques actuelles et en préconisant des initiatives de recherche solide, nous nous efforçons d'améliorer la prise en charge des plaies malignes, d'alléger la souffrance et d'améliorer les résultats globaux pour les personnes confrontées à ces plaies complexes et dévastatrices.



ANNEXE 1INTERPRÉTATION DES NIVEAUX DE PREUVE

Reproduit avec la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. 63 Révisé en 2017.

la	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés, et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout <i>quantitatives</i> .
lb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
lla	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études, surtout de recherche qualitative.
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques, des études descriptives et des études <i>qualitatives</i> .
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

ANNEXE 2

MALIGNANT WOUND ASSESSMENT TOOL (MWAT-C)

MALIGNANT WOUND ASSESSMENT TOOL - CLINICAL (MWAT-C)

Instructions for completion: The *purpose of this tool* is to guide the discussion between patient and clinician regarding the patient's concerns about living with a malignant wound. This tool is not a comprehensive symptom assessment; rather, it is intended to help the clinician ascertain patient needs. The tool should be used in conjunction with other performance assessments (e.g., Palliative Performance Scale) to develop an appropriate wound management plan. Part A – Demographic information: this section should be completed by the clinician. Information may be obtained from the chart or the patient. Part B – Symptom assessment: Patient Report information is obtained by interviewing the patient. Record the patient's response, not your interpretation of the response. The Clinical Assessment column is for completion by the clinician. Boxes with no instruction may still be used to record any relevant observations. Part C – Wound assessment: unless otherwise specified, this section is to be completed by the clinician. Note. Follow current privacy, confidentiality, and consent legislation and protect personal health information (PHI), i.e., Personal Health Information Protection Act.

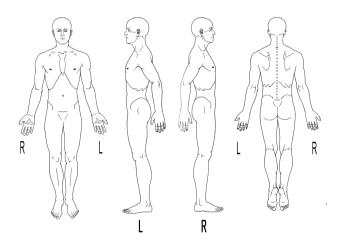
	hic Information	
A1. Today's date	<u> </u>	
	nosis:	
A3. Date of canc	er diagnosis:	
A4. When was th	e wound first noted?	
A5. Has this wou	nd been treated with chemotherapy, radiation, surgery? List with	n dates
A6. Recent Woul	nd Management (within the past month):	
A7. Attach a cop	y of the list of patient medications, allergies, and sensitivities.	
B. Symptom	<u>Assessment</u>	
Symptom	Patient Report	Clinical Assessment
B1. Pain / Itching	On a scale from 0 to 10, with 0 being 'no pain' and 10 being 'pain as bad as you can imagine', how would you rate your pain:	
	a. in the wound, at its worst, in the past 24 hours? b. around the wound, at its worst, in the past 24 hours? c. during dressing changes, at its worst? d. between dressing changes, at its worst?	
	What helps to relieve your pain? What makes your pain worse? Is itching present (Describe.) What helps to relieve your itching? What makes your itching worse?	
B2. Odour ¹Odour scale adapted from Baker PG & Haig G. The Practitioner	Do you notice any odour from the wound? (Describe.)	 Strong odour evident upon entering room (6-10 feet away from patient); dressing is intact
1981; 225:569-573.		 Moderate odour evident upon entering room (6-10 feet) and dressing is removed.
		☐ Slight odour evident at close proximity
		when dressing is removed. No odour evident even when at patient's bedside with dressing
		removed.

Insert your site's patient addressograph here:

Symptom	Patient Report	Clinical Assessment
B3. Exudate	Do you have any drainage from the wound? Do dressings prevent leakage? Number of dressing changes per day:	Amount: □ dry □ minimal □ moderate □ heavy
	Comment:	Characteristics (check all that apply): ☐ serous ☐ serosanguinous ☐ purulent ☐ not applicable (no exudate) ☐ other (specify):
B4. Bleeding	Do you have any bleeding from the wound? □ none □ occasional □ constant	Amount: ☐ minimal ☐ moderate ☐ heavy
	When does the wound bleed? (check all that apply) ☐ dressing change ☐ spontaneous ☐ other Comment:	Comment:
B5. Edema	Do you have any swelling in the area of the wound? Comment:	Location (check all that apply): ☐ in wound ☐ around wound ☐ head ☐ neck ☐ arm (specify L, R, or both):
	Do you have swelling anywhere else? Comment:	☐ leg (specify L, R, or both):
		□other (specify):
		Is lymphedema present? (Comment.)
B6. Other Symptoms / Concerns	Do you have any other symptoms or concerns?	Other concerns? (i.e., infection, proximity to vital structures etc.)
B7. Function	Does the wound affect your physical movement in your daily living? Comment:	Does the patient have difficulty moving as a result of the wound?
B8. Social	Does the wound affect your participation in social activities? Comment:	
B9. Support	Describe your support from your health care team, family, and friends.	
B10. Emotional	How does the wound make you feel? Comment:	
B11. Patient's Overall Concern	What bothers you the most about living with the wound?	

C. Wound Assessment

C1. Wound location: (shade in the entire malignant wound area and add comments such as proximity to vital structures and periwound skin area etc.)



Draw the wound, or, attach a photo, protecting PHI, to show the wound pattern (i.e., shape, measurements), and wound characteristics (i.e., bleeding, exudates, proximity to vital structures, periwound skin etc.).

C3. Wound bed: % red % % other (specify)	pink % yellow % grey % black
C4. Measurement: Surface area*: L x W _ Depth (deepest aspect) Height (highest aspect) *Calculated as length (L) x width dicular to L.	cm
C5. Change in wound size: ☐ la ☐ this is the first recorded meas	rger since last recorded $\ \square$ smaller since last recorded $\ \square$ no change since last recorded urement
C6. According to the patient, ov	er the past month, has the wound become: □ larger □ smaller □ no change
C7. Periwound condition (check ☐ other (specify): C8. Wound Classification:	all that apply): □ intact □ red □ dry □ wet □ blistered □ ulcerated □ ulcerated
Please classify the wound.	☐ Fungating (ulcerating and proliferative growth)
(check all that apply) Describe the wound:	☐ Ulcerating: wound creating an ulcer bed
	□ Fistula
	☐ Zosteriform lesions (small, isolated tumors, clustering of small clear vesicles)
	□ Subcutaneous spread (flat, spreading wound, may not have open areas); if yes, what type of subcutaneous spread is present? Carcinoma erysipeloides (erythema, appearance of cellulitis) Carcinoma en cuirasse (dry, flat indurated skin) Elephantiasis skin changes (thick, raised indurated skin) Sclerous skin changes (scleroderma tightness in appearance)
	□ Other:

Summary of Assessment:
Issues (problem list):
Management Plan:

Note. Reproduit avec l'autorisation de Valerie Schulz (Schulz et al.¹¹).

ANNEXE 3

TORONTO SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (TSAS-W)

Time:		te:	Da	_								e:	Patient's Name
yyyy ssment number:	dd mn Vound asse	W							D:	ıd I	/our	We	Study ID:
9□ Sacrum/Coccyx	emity emity	5□ Upper Extremity 6□ Lower Extremity 7□ Pelvis/Hips							-	ck	Wound Location:		
eded:	further if ne	ion f	ocat	e lo	crib	eso	D		ter	en	3□ C	.eft 2□Right 3	Side: 1□ L e
7□ latrogenic 8□ Infection/Inflammato 9□ Ostomy	cer	4□ Diabetic Foot ulcer 5□ Venous ulcer 6□ Arterial ulcer									Jice	: 1□ Malignant 2□ Pressure U 3□ Traumatic	
10□ Other				1 ²)	(cm					ze:	Siz		Stage:
ymptoms over the past 24 h	d-related s	und	wo	ur	yo	es	rib	esc	t de	es	hat l	the number th	*Please circle
ost severe Pain with dressings d/or debridement		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Pain with di and/or debriden
ost severe Pain between dressi d/or debridement		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Pain betwe e and/or debriden
ost severe and/or continuous ainage or Exudation		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0	r Exudation	No Drainage or
ost severe Odor	10 M	9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Odor
ost severe Itching	10 M	9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Itching
ost severe and/or continuous eeding		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Bleeding
ost severe Cosmetic or Aestheti ncern and/or distress		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Cosmetic or concern and/or
ost severe Swelling or Edema ound wound		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Swelling or laround
ost severe Bulk or Mass effect m wound		9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0	ss effect	No Bulk or Mas from wound
ost severe Bulk or Mass effect	10 M	9 1	8	7	6	5	4	3	2	1	0		No Bulk or Mas from dressings

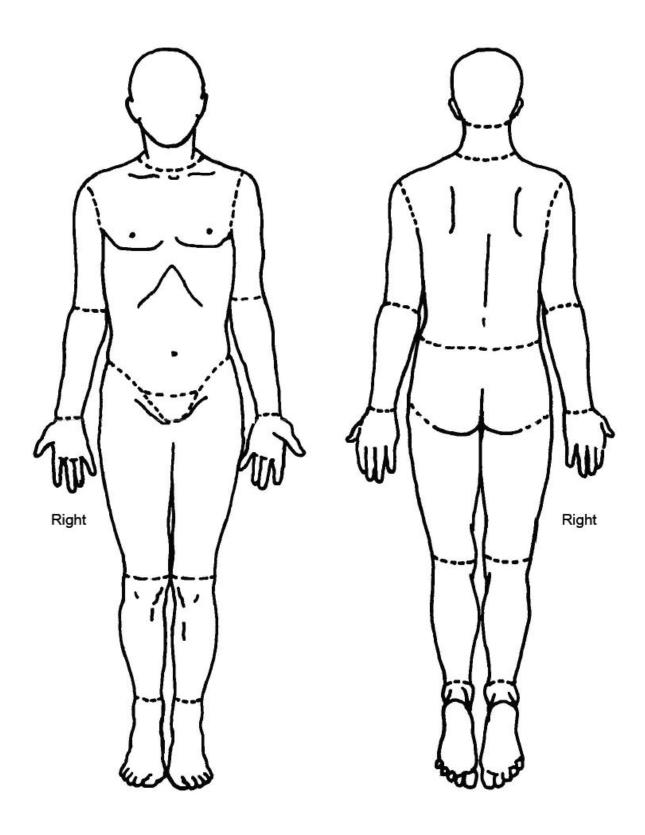
Note. Reproduit avec l'autorisation de Vincent Maida (Maida et al. 10).

ANNEXE 4

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON

Edmonton Symptoi	m As	sses	sme	nt S\	/sten	n				Affix p	oatient la	abel within this box
Revised (ESAS-r) Please circle the nun				_			, ,,,,,,,	ı fool	NOW	ı.		
No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness (Tiredness = lack of energy)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness (Drowsiness = feeling sleepy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetitie
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breat
No Depression (Depression = feeling sad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety (Anxiety = feeling nervous)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing (Wellbeing = how you feel ov	0 rerall)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No Other Problem (For exa	0 imple	1 constip	2 pation)	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible
Patient Name Date (yyyy-Mon-dd)		Completed by (Check one) ☐ Patient ☐ Family Caregiver ☐ Health Care Professional Caregiver ☐ Caregiver-assisted										
Time (hh:mm)								┧	Carc	9.701	400101	

Please mark on these pictures where it is that you hurt:



Note. Reproduit avec l'autorisation d'Elsevier (Watanbe et al.¹²). Comme il n'existe pas, à notre connaissance de version traduite en français, la version originale en anglais est ici publiée. De nombreuses versions françaises existent cependant en ligne, en voici quelques exemples: https://www.palli-science.com/sites/default/files/PDF/echelle_devaluation_des_symptomes_dedmonton_esas.pdf ou https://ajl-asso.fr/wp-content/uploads/sites/4/2022/09/08-Echelle-EDMONTON.pdf ou https://ajl-asso.fr/wp-content/uploads/sites/4/2022/09/08-Echelle-EDMONTON.pdf ou https://ajl-asso.fr/wp-content/uploads/sites/4/2022/09/08-Echelle-EDMONTON.pdf ou https://ajl-asso.fr/wp-content/uploads/sites/4/2022/09/08-Echelle-EDMONTON.pdf ou https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31287375/

ANNEXE 5MNÉMOTECHNIQUE HOPES

Une approche systématique, globale et méthodique est essentielle pour la prise en charge efficace des caractéristiques des plaies malignes et palliatives, et pour obtenir les meilleurs résultats possibles pour les personnes.

La prise en charge topique des soins de plaies doit être adaptée pour répondre à plusieurs préoccupations clés décrites à l'aide de l'acronyme mnémotechnique HOPES.¹⁶

H (hémorragie) – envisager des pansements d'alginate de calcium pour les saignements mineurs;

O (odeur) – appliquer du métronidazole topique ou des pansements au charbon activé;

P (douler [pain]) – choisir des pansements avec des interfaces atraumatiques et non adhérentes, telles que le silicone;

E (exsudat) – l'humidité est contre-indiquée pour les plaies incurables; considérer les mousses, les alginates et les fibres gélifiantes, ainsi que les produits superabsorbants basés sur la technologie multicouche TPN – Thérapie par pression négative; et

S (infection superficielle [superficial bacterial burden]) – utiliser des agents antimicrobiens topiques pour l'infection superficielle de la plaie, et des thérapies antimicrobiennes systémiques pour l'infection profonde de la plaie et de la peau périlésionnelle.

ABRÉVIATIONS

ACSIP-Association canadienne des soins infirmiers palliatifs

AllAO-Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

AIIC-Association des infirmières et infirmiers du Canada

ISPSC-Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence

ISPSCC-Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada

PHMB–polyhexaméthylène biguanide

TENS–neurostimulation électrique transcutanée

RÉFÉRENCES

- Adderley UJ, Holt IG. Topical agents and dressings for fungating wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2014 (5). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003948.pub3
- Furka A, Simkó C, Kostyál L, Szabó I, Valikovics A, Fekete G, Tornyi I, Oross E, Révész J. Treatment algorithm for cancerous wounds: a systematic review. Cancers. 2022;14(5):article 1203 [12 p.]. https://doi.org/10.3390/cancers14051203
- Ramasubbu DA, Smith V, Hayden F, Cronin P. Systemic antibiotics for treating malignant wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2017 24 août(8):article CD011609 [25 p.]. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011609.pub2
- 4. Sussman C, Bates-Jensen BM, editors. Wound care: a collaborative practice manual. 4e éd. New York: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 811 p.
- 5. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. Curr Opin Support Palliat Care. 2013;7(1):101–5. https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32835c0482
- Kondra K, Pekcan A, Stanton E, Cook AD, Jimenez C, Aronowitz A, Winterhalter BA, Hammoudeh JA, Aronowitz JA. Fungating malignancies: management of a distinct wound entity. Adv Skin Wound Care. 2022 déc.;35(12):646–52. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000891852.64709.fe
- 7. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. J Wound Care. 2009 oct.;18(10):418–25. https://doi.org/10.12968/jowc.2009.18.10.44603
- 8. Narla S, Heath CR, Alexis A, Silverberg JI. Racial disparities in dermatology. Archives Dermatological Res. 2023;315(5):1215–23. https://doi.org/10.1007/s00403-022-02507-z
- Naylor W. World wide wounds, Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds [Internet].
 Sutton, Surrey, UK: 2002 févr [cité le 2023 3 déc.]; [environ 6 écrans]. Disponible de: http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html
- Maida V, Ennis M, Kuziemsky C. The Toronto Symptom Assessment System for wounds: a new clinical and research tool. Adv Skin Wound Care. 2009 oct.;22(10):468–74. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000361383.12737.a9
- Schulz V, Kozell K, Biondo P, Stiles C, Tonkin K, Hagen N. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. Palliat Med. 2009 avr.;23(3):266–73. https://doi.org/10.1177/0269216309102536
- 12. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2011 févr;41(2):456–68. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020
- 13. Fromantin I. Stratégie soignante: les plaies cancéreuses. Soins savoirs et pratiques. [date inconnu] [3 p.].
- 14. Probst S, Arber A, Trojan A, Faithfull S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. Support Care Cancer. 2012 déc.;20(12):3065–70. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1430-y
- 15. Luo B, Xiao Y, Jiang M, Wang L, Ge Y, Zheng M. Successful management of exudate and odor using a pouch system in a patient with malignant facial wound: a case report. Asia-Pac J Oncol Nurs. 2022 avr.;9(4):236–41. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.006
- 16. Woo KY, Sibbald RG. Local wound care for malignant and palliative wounds. 2010 sept.;23(9):417–28. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2
- 17. Fromantin I. Suivi en ambulatoire des plaies cancéreuses, le rôle de l'infirmière expert. Soins. 2006 janv.–févr.;51(702):47–50. https://www.em-consulte.com/article/85262/suivi-en-ambulatoire-des-plaies-cancereuses-le-rol
- 18. Ghasemi F, Anooshirvani N, Sibbald RG, Alavi A. The point prevalence of malignancy in a wound clinic. Int J Low Extrem Wounds. 2016 1er mars;15(1):58–62. https://doi.org/10.1177/1534734615627721
- Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. J Wound Care. 2013 1er mai;22(5):265–75. https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.5.265

- 20. Janowska A, Davini G, Dini V, Iannone M, Morganti R, Romanelli M. Local management of malignant and unresectable fungating wounds: PEBO assessment. Int J Low Extrem Wounds. 2021 6 nov.;0(0):article 15347346211053478 [6 p.]. https://doi.org/10.1177/15347346211053478
- 21. Piggin C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. Int J Palliat Nurs. 2003 1er mai;9(5):216–21. https://doi.org/10.12968/ijpn.2003.9.5.11495
- 22. Young CV. The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life. J Wound Care. 2005 1er sept.;14(8):359–62. https://doi.org/10.12968/jowc.2005.14.8.26827
- 23. Cornish L. Holistic management of malignant wounds in palliative patients. Br J Community Nurs. 2019 1er sept.;24(supp9):S19–23. https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup9.S19
- 24. de Castro MC, da Silva Cruz P, dos Santos Grellmann M, dos Santos WA, dos Santos Claro Fuly P. Palliative care for patients with oncological wounds in a teaching hospital: an experience report. Cogitare Enferm. 2014 oct./déc.;19(4):780–3. https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37294/23968
- 25. Graves ML, Sun V. Providing quality wound care at the end of life. J Hosp Palliat Nurs. 2013 avr.;15(2):66–74. https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31827edcf0
- 26. Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. J Clin Nurs. 2008 oct.;17(20):2699–708. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02482.x
- 27. Meaume S, Fromantin I, Teot L. Neoplastic wounds and degenerescence. J Tissue Viability. 2013 nov.;22(4):122–30. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2013.07.001
- 28. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. Nurs Clin N Am. 2016 sept.;51(3):513–31. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.006
- 29. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers = Promoting cultural competence in nursing. Énoncé de position. 2018 mars. 8 p. https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/outils-daide-aux-politiques/enonces-de-position
- 30. Vancouver Coastal Health. Indigenous cultural safety policy. Vancouver: Vancouver Coastal Health; 2018 août. 24 p. https://www.vch.ca/en/indigenous-cultural-safety
- 31. Indigenous Health. Cultural safety: respect and dignity in relationships. Prince George (BC): Northern Health, Government of British Columbia; 2017. 5 p. No. de rapport: 10-307-6033 (IND03/17). https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety?keys=cultural%20safety#cultural-humility#cultural-awareness#cultural-sensitivity#cultural-competence#cultural-safety
- 32. Knowles M. Andragogy in action: applying modern principles of adult learning. [lieu inconnu]: Jossey-Bass; 1984 29 oct.. 444 p.
- 33. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Semin Oncol Nurs. 2006 Aug;22(3):185–93. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.04.006
- 34. Watret L. Management of a fungating wound. J Community Nurs. 2011 mars;25(2):31–6. https://www.jcn.co.uk/journals/issue/03-2011/article/management-of-a-fungating-wound
- 35. Tandler S, Stephen-Haynes J. Fungating wounds: management and treatment options. Br J Nurs. 2017 22 juin;26(12):S6–16. https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.12.S6
- 36. Samala RV, Davis MP. Comprehensive wound malodor management: win the RACE. Cleve Clin J Med. 2015 1er août;82(8):535–43. https://doi.org/10.3949/ccjm.82a.14077
- 37. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. Adv Skin Wound Care. 2015 mars;28(3):130–40. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000461116.13218.43
- 38. Espanet N, Colson S, Baumstarck K, Futo F, Mancini J, Salas S. Les stratégies d'adaptation des patients porteurs d'une plaie cancéreuse : une étude analytique [The coping strategies of patients with malignant wound: an analytic study]. Rech Soins Infirm. 2016;125(2):98–107. https://doi.org/10.3917/rsi.125.0098
- 39. Faria C, Branco V, Ferreira P, Gouveia C, Trevas S, Ferreira P Sr. Total pain management and a malignant wound: the importance of early palliative care referral. Cureus. 2021 25 déc.;13(12):article e20678 [6 p.]. https://doi.org/10.7759/cureus.20678
- 40. Fromantin I, Rollot F, Nicodeme M, Kriegel I. Les plaies tumorales en soins palliatifs. Soins. 2015 janv.—févr.;60(792):31–4. https://www.em-consulte.com/article/957689/article/les-en-soins-palliatifs
- Grocott P. Controlling bleeding in fragile fungating tumours [lettre]. J Wound Care. 1998 juil.;7(7):342. https://doi.org/10.12968/jowc.1998.7.7.340

- 42. Miyazaki T, Satou S, Ohno T, Yoshida A, Nishimura K. Topical morphine gel for pain management in head and neck cancer patients. Auris Nasus Larynx. 2014 oct.;41(5):496–8. https://doi.org/10.1016/j.anl.2014.05.016
- Peng L, Zheng HY, Dai Y. Local dermal application of a compound lidocaine cream in pain management of cancer wounds. Braz J Med Biol Res. 2019 7 nov.;52(11):article e8567 [5 p.]. https://doi.org/10.1590/1414-431X20198567
- 44. Queen D, Woo K, Schulz V, Sibbald R. Chronic wound pain and palliative cancer care. Ostomy Wound Manage. 2005 nov.;51(11A [supp]):9–11.
- 45. Rupert KL, Fehl AJ. A patient-centered approach for the treatment of fungating breast wounds. J Adv Pract Oncol. 2020 juil.;11(5):503–10. https://doi.org/10.6004/jadpro.2020.11.5.6
- 46. Tamai N, Mugita Y, Ikeda M, Sanada H. The relationship between malignant wound status and pain in breast cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2016 oct.;24:8–12. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.05.004
- 47. Tsichlakidou A, Govina O, Vasilopoulos G, Kavga A, Vastardi M, Kalemikerakis I. Intervention for symptom management in patients with malignant fungating wounds a systematic review. J BUON. 2019 mai–juin;24(3):1301–8. https://www.jbuon.com/archive/24-3-1301.pdf
- 48. White D, Kondasinghe S. Managing a malignant wound in palliative care. Wound Practice Res: J Australian Wound Management Assoc. 2022;30(3):150–7. https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.649353380784588
- 49. BC Cancer Agency. Care of malignant wounds. Nursing practice reference. Vancouver: Provincial Health Services Agency, Government of British Columbia; 2011 mai. 10 p. No. de rapport: M-30. http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/M30CareofMalignantWounds.pdf
- 50. European Oncology Nursing Society. EONS recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. London: European Oncology Nursing Society; 2015. 30 p.
- 51. Nicodème M, Dureau S, Chéron M, Kriegel I, Trenchand M, Bauër P, Fromantin I. Frequency and management of hemorrhagic malignant wounds: a retrospective, single-center, observational study. J Pain Symptom Manage. 2021 juil.;62(1):134–40. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.11.031
- 52. Beers EH. Palliative wound care: less is more. Surg Clin North Am. 2019 1er oct.;99(5):899–919. https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.008
- 53. Fromantin I, Charitansky H. Les antimicrobiens dans la plaie cancéreuse et chez le patient traité par chimiothérapie. Soins. 2010 janv.–févr.;55(742):45–7. https://www.em-consulte.com/article/243356/article/pratique-soignante-les-antimicrobiens-dans-la-plai
- 54. Lund-Nielsen B, Müller K, Adamsen L. Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. J Clin Nurs. 2005 janv.;14(1):56–64. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01022.x
- 55. Mericli AF, Rhines L, Bird J, Liu J, Selber JC. Immediate reconstruction of oncologic spinal wounds is cost-effective compared with conventional primary wound closure. Plast Reconstr Surg. 2019 nov.;144(5):1182–95. https://doi.org/10.1097/PRS.000000000000006170
- 56. Naylor RM, Gilder HE, Gupta N, Hydrick TC, Labott JR, Mauler DJ, Trentadue TP, Ghislain B, Elder BD, Fogelson JL. Effects of negative pressure wound therapy on wound dehiscence and surgical site infection following instrumented spinal fusion surgery—a single surgeon's experience. World Neurosurgery. 2020 mai;137:e257–62. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.01.152
- 57. Stringer J, Donald G, Knowles R, Warn P. The symptom management of fungating malignant wounds using a novel essential oil cream. Wounds UK. 2014 15 sept.;10(3):54–9. https://wounds-uk.com/journal-articles/the-symptom-management-of-fungating-malignant-wounds-using-a-novel-essential-oil-cream/
- 58. Lo SF, Hsu MY, Hu WY. Using wound bed preparation to heal a malignant fungating wound: a single case study. J Wound Care. 2007 1er sept.;16(9):373–6. https://doi.org/10.12968/jowc.2007.16.9.27867
- 59. Barton P, Parslow N, Savage P. Malignant wound management: a patient-centered approach. Dans: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald G, éditeurs. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 4e éd. Malvern PA: HMP Communications; 2007. p. 715–25.
- 60. Vardhan M, Flaminio Z, Sapru S, Tilley CP, Fu MR, Comfort C, Li X, Saxena D. The microbiome, malignant fungating wounds, and palliative care. Front Cell Infect Microbiol. 2019 1er nov.;9:article 373 [7 p.]. https://doi.org/10.3389/fcimb.2019.00373
- 61. Leadbeater M. Assessment and treatment of fungating, malodorous wounds. Br J Community Nurs. 2016 4 mars;21(supp):S6–10. https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.Sup3.S6

- 62. Barreto AM, Marques AD, Cestari VR, Cavalcante RdC, Moreira TM. Effectiveness of metronidazole in the treatment of tumor wound odors. Rev Rene. 2018;19:article e3245 [9 p.]. http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/30409
- 63. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Soins de l'asthme chez les adultes : favoriser le contrôle de l'asthme = Adult asthma care: promoting control of asthma. 2e éd. Toronto: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2017 mai. https://rnao.ca/bpg/guidelines/adult-asthma-care
- 64. Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. Wounds UK. 2017 4 août;13(5):22–9. https://wounds-uk.com/journal-articles/caring-for-patients-with-malignant-and-end-of-life-wounds/
- 65. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. Wounds: Compendium Clin Res Pract. 2005 janv.;17(1):8–15. https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wounds/article/3626
- 66. Lo SF, Hayter M, Hu WY, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. 2012 juin;68(6):1312–21. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x
- 68. Centre for Effective Practice. Poverty: a clinical tool for primary care providers (ON) [Internet]. Toronto: 2016 nov. [cité le 2024 25 mars]; [3 p.]. Disponible de : https://cep.health/clinical-products/poverty-a-clinical-tool-for-primary-care-providers/
- 69. Sezgin D, Geraghty J, Graham T, Blomberg K, Charnley K, Dobbs S, McElvaney A, Probst S, Beeckman D, Grocott P, Gethin G. Defining palliative wound care: a scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce. J Tissue Viability. 2023 nov.;32(4):627–34. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.07.002
- 70. BC Centre for Disease Control. Culturally safe care [Internet]. Vancouver: [date inconnu] [cité le 2024 25 mars]; [environ 8 écrans]. Disponible de: <a href="http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/education-and-training/culturally-safe-care#:~:text=Achieving%20a%20culturally%20safe%20care,of%20the%20health%20care%20environment
- 71. First Nations Health Authority. Creating a climate for change. West Vancouver: [date inconnu]. 32 p. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf
- 72. Pettus KI. Palliative care advocacy: why does it matter? J Palliat Med. 2020 15 juil.;23(8):1009–12. http://doi.org/10.1089/jpm.2019.0696
- 73. Fallon MT. Neuropathic pain in cancer. Br J Anaesth. 2013 1er juil.;111(1):105–11. https://doi.org/10.1093/bja/aet208
- 74. St Joseph's Health Care London. Ketamine 10% topical product. London, ON: 2021 17 juin. 2 p. https://www.sjhc.london.on.ca/media/8809/download
- 75. Wood J. Cicely Saunders, 'total pain' and emotional evidence at the end of life. Med Humanities. 2022;48(4):411–20. https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107
- 76. McPherson ML, Walker KA, Davis MP, Bruera E, Reddy A, Paice J, Malotte K, Lockman DK, Wellman C, Salpeter S, Bemben NM, Ray JB, Lapointe BJ, Chou R. Safe and appropriate use of methadone in hospice and palliative care: expert consensus white paper. J Pain Symptom Manage. 2019 mars;57(3):635–45. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.001
- 77. Palat G, Chary S. Practical guide for using methadone in pain and palliative care practice. Indian J Palliat Care. 2018 janv.;24:S21–9. https://doi.org/10.4103/IJPC_IJPC_186_17
- 78. Goldman N, Frankenthaler M, Klepacz L. The efficacy of ketamine in the palliative care setting: a comprehensive review of the literature. J Palliat Med. 2019 sept.;22(9):1154–61. https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0627
- 79. Winegarden JA, Carr DB, Bradshaw YS. Topical ketamine with other adjuvants: underutilized for refractory cancer pain? a case series and suggested revision of the World Health Organization stepladder for cancer pain. J Palliat Med. 2020;23(9):1167–71. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0618
- 80. Gouvernment du Canada. Recherche de produits pharmaceutiques en ligne [internet]. Ottawa: 2024 août 14; [environ trois écrans]. Disponible de : https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/search?lang=fre
- 81. Paul JC. Wound pruritus: pathophysiology and management. Chronic Wound Care Manage Res. 2015;2015(2):119–27. https://doi.org/10.2147/CWCMR.S70360
- 82. Sanderson C, Quinn SJ, Agar M, Chye R, Clark K, Doogue M, Fazekas B, Lee CT, Lovell MR, Rowett D, Spruyt O, Currow DC. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: net effect of pregabalin for neuropathic pain. BMJ

- Support Palliat Care. 2016 1er sept.;6(3):323-30. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000825
- 83. Ausen K, Fossmark R, Spigset O, Pleym H. Randomized clinical trial of topical tranexamic acid after reduction mammoplasty. Br J Surg. 2015 15 oct;102(11):1348–53. https://doi.org/10.1002/bjs.9878
- 84. Niculescu AG, Georgescu M, Marinas IC, Ustundag CB, Bertesteanu G, Pinteală M, Maier SS, Al-Matarneh CM, Angheloiu M, Chifiriuc MC. Therapeutic management of malignant wounds: an update. Curr Treat Options Oncol. 2024 janv.;25(1):97–126. https://doi.org/10.1007/s11864-023-01172-2
- 85. British Columbia Provincial Nursing Skin & Wound Committee. Silver nitrate (AgNO3) sticks [Internet]. Vancouver: 2022 mai [cité le 2024 25 mars]; [environ 4 écrans]. Disponible de : https://www.clwk.ca/get-resource/silver-nitrate/
- 86. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds the meaning of living in an unbounded body. Eur J Oncol Nurs. 2013 févr.;17(1):38–45. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001
- 87. Morris C. Wound odour: principles of management and the use of CliniSorb. Br J Nurs. 2008 Mar 27;17(supp3):S38–42. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.Sup3.28914
- 88. O'Brien C. Malignant wounds: managing odour. Can Fam Physician. 2012 1er mars;58(3):272–4. https://www.cfp.ca/content/58/3/272.short
- 89. Kalemikerakis J, Vardaki Z, Fouka G, Vlachou E, Gkovina U, Kosma E, Dionyssopoulos A. Comparison of foam dressings with silver versus foam dressings without silver in the care of malodorous malignant fungating wounds. J BUON. 2012 juil.—sept.;17(3):560–4. https://jbuon.com/archive/17-3-560.pdf
- 90. Villela-Castro DL, de Gouveia Santos VL, Woo K. Polyhexanide versus metronidazole for odor management in malignant (fungating) wounds: a double-blinded, randomized, clinical trial. JWOCN. 2018 sept./oct.;45(5):413–8. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000460
- 91. Bolton L. Evidence corner: evidence-based care for malignant wounds. Wounds. 2016 1er juin;28(6):214–6. https://europepmc.org/article/med/27377612
- 92. Watanabe K, Shimo A, Tsugawa K, Tokuda Y, Yamauchi H, Miyai E, Takemura K, Ikoma A, Nakamura S. Safe and effective deodorization of malodorous fungating tumors using topical metronidazole 0.75 % gel (GK567): a multicenter, open-label, phase III study (RDT.07.SRE.27013). Support Care Cancer. 2016 juin;24(6):2583–90. https://doi.org/10.1007/s00520-015-3067-0
- 93. Tejada S, Manayi A, Daglia M, F. Nabavi S, Sureda A, Hajheydari Z, Gortzi O, Pazoki-Toroudi H, M. Nabavi S. Wound healing effects of curcumin: a short review. Current pharmaceutical biotechnology. 2016;17(11):1002–7. https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cpb/2016/00000017/00000011/art00009#expand/collapse
- 94. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: an international survey. Int J Nurs Stud. 2014 juin;51(6):865–74. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.013
- 95. Gethin G, Vellinga A, McIntosh C, Sezgin D, Probst S, Murphy L, Carr P, Ivory J, Cunningham S, Oommen AM, Joshi L, Ffrench C. Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic or malignant fungating wounds. J Tissue Viability. 2023 févr.;32(1):151–7. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.10.007
- 96. Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada. Debridement: Canadian best practice recommendations for nurses. Ottawa: Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada; 2021 avr. 88 p. [cité le 2024 26 janv.]. Disponible de : https://www.nswoc.ca/bpr
- 97. Journal of Wound Care. Odour control. Wound care handbook: 2014–2015. Salisbury, UK: Mark Allen Publishing; 2014. p. 238–44.
- 98. Savage P, Murphy-Kane P, Lee CT, Suet-Lam Chung C, Howell D. Validation par entretien cognitif de l'outil d'évaluation des plaies malignes MWAT-R = Validation of the Malignant Wound Assessment Tool Research (MWAT-R) using cognitive interviewing. R can soins infirm oncol. 2019 printemps;29(2):103–109. https://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/979
- 99. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. J Wound Care. 2009 juil.;18(7):273–80. https://doi.org/10.12968/jowc.2009.18.7.43110





INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE CANADA

http://nswoc.ca

Les Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC) est un organisme de bienfaisance enregistré regroupant des infirmières et infirmiers spécialisés dans les soins aux personnes ayant des problèmes de plaies, de stomie ou de continence. Les ISPSCC assurent un leadership national dans le domaine des plaies, des stomies et de la continence en faisant la promotion de normes élevées en matière de pratique, d'éducation, de recherche et d'administration afin d'offrir des soins infirmiers spécialisés de qualité.

ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS INFIRMIERS PALLIATIFS https://www.cpcna.ca

L'Association canadienne des soins infirmiers palliatifs (ACSIP) représente les infirmières et infirmiers de partout au Canada qui s'intègrent ou se spécialisent dans la prestation de soins palliatifs aux personnes atteintes d'une maladie grave et à leurs proches.

TOUTES LES MARQUES DE COMMERCE CITÉES ONT ÉTÉ RECONNUES. FINANCEMENT PAR UNE SUBVENTION ÉDUCATIVE SANS RESTRICTION DE MÖLNLYCKE HEALTH CARE. RÉDACTION TECHNIQUE ET CHEF DE PROJET JOHN GREGORY, OPENCITY INC.