

La cicatrisation

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1	Peau et cicatrisation.....	1
2	Cicatrisation de 2° intention ou cicatrisation dirigée.....	2
3	La cicatrisation.....	3

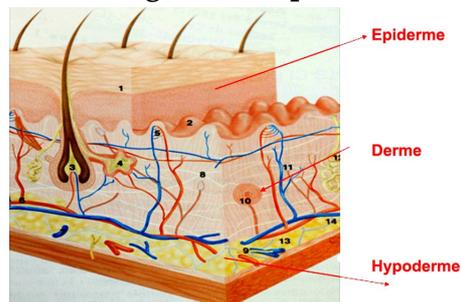
I PEAU ET CICATRISATION

La peau

Constitution : 3 couches

- L'épiderme
- Le derme
- L'hypoderme

Figure 1 : La peau



- Epiderme

- Couche fine: 0,1 mm d'épaisseur
- Couche cellulaire :
 - Kératinocyte
 - Mélanocyte
 - Cellules de Langerhans ++
- Glandes sébacées et sudoripares
- Follicules pileux
- Couche en « contact » avec l'extérieur
- Renouvellement tous les 28 jours à partir de la lame basale

- Derme

- Couche épaisse

- Couche protéinique :
 - Fibroblaste : collagène et élastine
 - Glycoprotéine
- Vascularisation et terminaisons nerveuses
- Fonction : Solidité et élasticité
- Couche qui donne les propriétés à la peau

- **Hypoderme**

- Constitution :
 - Lobules graisseux
 - Trames fibreuses
- Fonction :
 - zone de transition
 - Zone de glissement

La peau

- Organe à part entière > 2 m²
- Indispensable à la survie

Fonction

- Barrière : pertes hydriques et caloriques
- Protection : traumatisme
- Régulation thermique
- Sensibilité, esthétique

II CICATRISATION DE 2° INTENTION OU CICATRISATION DIRIGÉE

- Problématique

- Phénomène naturel
- Aider et contrôler ce phénomène
- Impose un suivi régulier

- Mécanisme

- Mécanisme cellulaire très complexe
- 6 phases :
 - Réponse vasculaire
 - Hémostase
 - Inflammation
 - Prolifération cellulaire
 - Épidermisation
 - Contraction

- Mécanisme simplifié

- Trois phases :
 - Détersion
 - Bourgeonnement
 - Épidermisation

1. Détersion

- But : enlever les tissus nécrosés
- Moyens :
 - Mécanique : compresse, curette
 - Chimique : enzyme
 - Chirurgicaux : bistouri, dermatome

Figure 2 : Ablation de tous les éléments fibreux et/ou nécrotiques



2. Bourgeonnement

- Phase inflammatoire
- Création tissulaire: tissu conjonctif
- Comblement de la plaie

Aide:

- Pansement pro-inflammatoire
 - Vaseline, Tulle gras, Jelonet
- V.A.C.
- Bourgeon : doit permettre l'épidermisation

Bourgeon

- Doit combler la perte de substance
 - Ne doit pas la dépasser
-
- Contrôle du bourgeon nécessaire

Figure 3 : Epidermisation

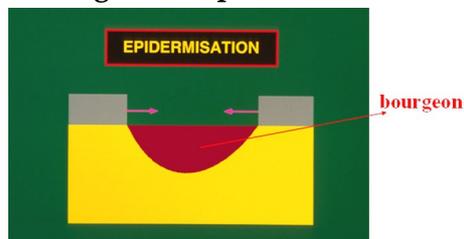


Figure 4 : Bourgeon plat : Epidermisation possible



Figure 5 : Bourgeon hypertrophique

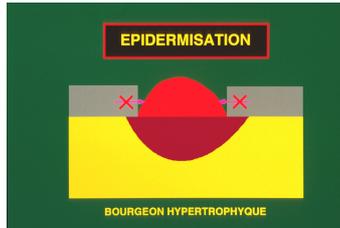


Figure 6 : Bourgeon dépassant les berges : Épidermisation impossible



Figure 7 : Bourgeon dépassant les berges : Épidermisation impossible



Bourgeon hypertrophique

- Cliniquement :
 - Dépasse les berges
 - Hémorragique
 - Aspect violacée
 - Aspect granulée
- Traitement : Corticothérapie en cure courte (patient surveillé)

3. Epidermisation

- Progressif et parfois lent
- Pansement :
 - Pas trop fréquent 1/3 jours
 - Neutre
 - Non « collant »: adaptic
- Vérifier l'absence de surinfection microbienne

Cicatrisation secondaire

- Processus lent :
- Risque :
 - De rétraction importante
 - De cicatrice hypertrophique
 - De cancérisation
- Si bourgeon de qualité et grande surface: greffe de peau mince

Figure 8 : Force de rétraction

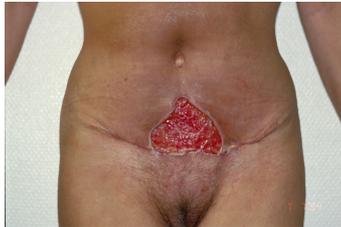


Figure 9 : Force de rétraction



Figure 10 : Risque de cancérisation



17 ans de pansement, Spino-cellulaire, Envahissement pariétal

Figure 11 : Hypertrophie



III LA CICATRISATION

La cicatrisation

- But :
 - Absence de plaie
 - Disparition de tout processus cicatriciel
 - Obtenir une épidermisation +++
- Cicatrisation primaire : suture cutanée
- Cicatrisation secondaire ou cicatrisation dirigée

1. Cicatrisation primaire

- Principe :
 - Affronter deux berges cutanées
 - Suturer bord à bord
- Meilleure solution si elle est réalisable
- Impossible :
 - Plaie trop importante, trop large
 - Tension trop élevée
- Risquée :
 - Plaie souillée
 - Plaie contuse, nécrotique
 - Plaie > 6 h00
 - Morsure animale

2. Suture cutanée

- Instrumentation adaptée
- Bonne installation :
 - Anesthésie
 - Lumière...
- Prendre son temps...

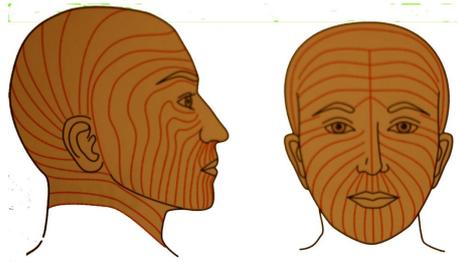
Figure 12 : Instruments



Technique

- Cicatrices : jamais invisible
- « belles » cicatrices :
 - Fine
 - Pas de décalage
 - Intégrée

Figure 13 : Technique



Mettre les cicatrices dans les plis naturels si possible

La « sous peau »

- Fils résorbables adaptées (monobrin ++)
- Points dermiques
- Affrontement du derme :
 - Sans tension
 - Sans décalage

Figure 14 : Technique : Effet du décalage

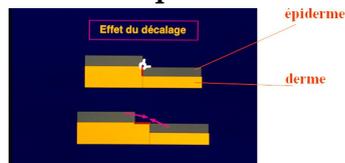


Figure 15 : Cicatrisation de 1er intention

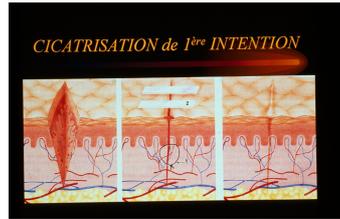


Figure 16 : Technique



Figure 17 : Technique



Sous peau de qualité, Bon contact, Absence de décalage

Les points superficiels

- Affrontement parfait des berges :
 - Points séparés (5 ou 6/0)
 - Stéristrip
 - Surjet : résorbable ou nylon

- Pas de marque :
 - Ablation des fils trans-épidermique: J+5
 - Pas de grandes prises des berges
 - Être « doux » avec les berges

Cas cliniques

Figure 18 : Cas clinique



Enfant de 7 ans □ naevus congénital palpébral

Figure 19 : Cas clinique



Exérèse et lambeau d'avancement

Figure 20 : Cas clinique



Résultat à 1 an

Risques de défauts

Figure 21 : Défaut



Marques cutanées en « échelle de perroquet »

Figure 22 : Défaut



Cicatrices élargies

Figure 23 : Défaut



Cicatrice large, Marques cutanées

Au total

Cicatrisation de 1° intention :

- Bonne solution si bonne indication
- Technique rigoureuse
- Chronophage
- Bon souvenir des patients