

La prise en charge des sites donneurs de greffe de peau mince

Marguerite NICODEME^{a,*}
Infirmière

Sonia GAUCHER^{b,c}
Chirurgien, chirurgie
plastique reconstructrice
et esthétique

Isabelle FROMANTIN^a
Infirmière

^aUnité plaies et cicatrisation,
département d'anesthésie-
réanimation douleur, Institut
Curie, 23, rue Pierre-et-Marie-
Curie, 75005 Paris, France

^bFaculté de médecine,
université Paris-Descartes,
Sorbonne Paris Cité, 12, rue
de l'École-de-Médecine,
75006 Paris, France

^cService de chirurgie
générale, plastique et
ambulatoire, AP-HP, HUPC,
hôpital Cochin, 27, rue du
Faubourg-Saint-Jacques,
75014 Paris, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
marguerite.nicodeme@curie.fr
(M. Nicodème).

Les sites donneurs de greffe de peau, également appelés “zones donneuses”, sont des zones de peau saine sur lesquelles sont réalisées des plaies aiguës chirurgicales dans le but de prélever des greffons de peau. La prise en charge de ces plaies est variable selon les équipes médico-chirurgicales. Aucun consensus n'est retrouvé dans la littérature bien que ces plaies puissent générer des douleurs, des retards de cicatrisation et laisser des séquelles esthétiques. L'homogénéisation des pratiques permettrait d'éviter les complications imputables à des défauts de continuité de soins ou choix de protocoles inadaptés.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - cicatrisation ; greffe de peau ; pansement ; site donneur ; soin ; zone donneuse

Management of donor sites in split-thickness skin grafts. Skin graft donor sites, also called 'donor site areas', are zones of healthy skin on which acute surgical wounds are realised in the aim of harvesting skin grafts. The management of these wounds varies depending on the medical-surgical teams. No consensus is found in literature even though these wounds can cause pain, present delays in healing and leave cosmetic sequelae. The standardisation of practices would allow to avoid complications resulting from a lack of continuity of care or the choice of unsuitable protocols.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - care; donor area; donor site; dressings; healing; skin graft

Les sites donneurs de greffe de peau sont des plaies aiguës postchirurgicales consécutives au prélèvement d'un greffon de peau plus ou moins épais pour recouvrir une autre plaie. Les sites donneurs correspondent théoriquement à des lésions comparables, en termes de profondeur, à des brûlures de 2^e degré superficiel et doivent cicatriser rapidement. Néanmoins, leur gestion peut se révéler compliquée dans la mesure où les prélèvements de peau sont susceptibles de générer des douleurs importantes [1]. En effet, la peau est un organe sensoriel majeur. Elle est le principal site d'interaction de l'organisme avec l'environnement [2]. La douleur est provoquée par une augmentation des messages nociceptifs générés par les récepteurs au sein des tissus lésés (derme exposé). Cette douleur est souvent associée à une réaction inflammatoire locale.

La prise en charge des sites donneurs de greffe de peau est variable selon les équipes médico-chirurgicales. Quel que soit le protocole de soins, les objectifs principaux sont les mêmes : une cicatrisation rapide et l'absence de cicatrice visible à distance. Les durées d'hospitalisation (de séjour) des patients opérés étant de plus en plus courtes, elles imposent des relais de prise en charge au domicile de plus en plus précoces. Cette diversité de prise en charge ne devrait pas être un facteur de retard de cicatrisation des sites donneurs.

Le choix du site donneur

♦ **La particularité du site donneur est d'être une plaie créée par le chirurgien.** Cette nouvelle plaie s'ajoute à la plaie initiale qu'il faut greffer en termes de rançon cicatricielle. C'est la raison pour laquelle le choix du ou des site(s) donneur(s) de peau doit être discuté entre le chirurgien et son patient, à partir d'informations sur les différentes possibilités, leurs avantages et leurs inconvénients. Lorsque l'échange n'est pas possible (par exemple, si le patient est intubé et ventilé), cette démarche doit être expliquée à la personne de confiance et notée dans l'observation clinique du patient. Par ailleurs, un même site peut être prélevé plusieurs fois. Enfin, le choix du site donneur se discute en fonction des disponibilités de peau saine, en particulier chez le patient grand brûlé.

♦ **Le prélèvement sur la cuisse offre une grande surface de prélèvement,** c'est probablement la raison pour laquelle il est le plus fréquemment réalisé. Cependant, d'autres sites plus dissimulables peuvent être préférés, comme la fesse, la face interne du bras ou encore le cuir chevelu qui impose un rasage préalable mais sera caché par la repousse des cheveux [3]. À l'inverse, il est déconseillé de prélever une zone visible difficilement dissimulable par la suite, comme la jambe ou l'avant-bras pour des raisons esthétiques, chez des sujets jeunes, ou une zone en regard d'une articulation pour des raisons fonctionnelles.

La technique de prélèvement

♦ **La qualité du prélèvement est essentielle** car celle-ci détermine en grande partie la cicatrisation ultérieure du site prélevé. Le prélèvement de peau mince se fait à l'aide d'un dermatome. Le dermatome peut être manuel, électrique ou pneumatique. Les dermatomes électriques et pneumatiques permettent de réaliser des prélèvements beaucoup plus réguliers que les dermatomes manuels, à la fois en termes d'épaisseur et de largeur. Les prélèvements de peau réalisés à l'aide d'un dermatome (quel que soit le type de dermatome) peuvent être classés en fonction de leur épaisseur. Il est toutefois difficile d'indiquer une épaisseur standard pour un type donné de prélèvement, tant l'épaisseur de la peau varie en fonction de la localisation sur le corps ou encore de l'âge du patient. La plupart des prélèvements se font entre 0,2 mm et 0,4 mm.

♦ **Classiquement**, un prélèvement de peau mince emporte la totalité de l'épiderme et seulement une partie du derme, réalisant un équivalent de brûlure de 2^e degré superficiel, alors qu'un prélèvement de peau semi-épaisse emporte la totalité de l'épiderme et la quasi-totalité du derme, réalisant un équivalent de brûlure de 2^e degré profond. Le prélèvement de peau mince cicatrise normalement en 8 à 10 jours à partir de la couche basale laissée en partie en place, alors qu'un prélèvement de peau semi-épaisse cicatrise en 2 à 3 semaines uniquement à partir des annexes. Ces durées sont variables selon la présence de facteurs de retard de cicatrisation, locaux et/ou généraux, propres à chaque patient et au site prélevé.

♦ **En pratique**, afin de faciliter le prélèvement, la peau de la zone donneuse doit être fortement tendue soit par les aides de l'opérateur, soit par une infiltration préalable de sérum physiologique. Le sérum physiologique infiltré peut être adrénaliné de façon à limiter le saignement local. La zone donneuse peut également recevoir sur sa surface un lubrifiant (de type vaseline) de façon à faciliter le passage du dermatome.

♦ **Par la suite**, la greffe prélevée, qu'elle soit mince ou semi-épaisse, peut être utilisée pleine ou en filet. L'utilisation du filet permet de recouvrir une surface supérieure à celle du prélèvement.

La cicatrisation et le choix du pansement

♦ **La cicatrisation du site donneur de greffe de peau mince (GPM) et de peau demi-épaisse** suit les étapes physiologiques de la cicatrisation cutanée. La première phase est une phase vasculaire avec l'arrêt de saignement en postopératoire et l'apparition d'une matrice provisoire. L'étape suivante est une phase inflammatoire avec une migration, une activation des cellules inflammatoires et une sécrétion de facteurs de croissance. Suit la

phase de réparation tissulaire avec l'épithélialisation par la migration et la prolifération de cellules cutanées (fibroblastes, kératinocytes) et l'angiogenèse [4]. Enfin, l'étape de maturation de la cicatrice qui est la plus longue (jusqu'à deux ans mais parfois plus selon le type de peau), permet d'obtenir une cicatrice définitive (*figures 1a et b*) qui se modélise et se consolide progressivement grâce, notamment, aux structures collagéniques.

♦ **Les kératinocytes de l'épiderme se renouvellent en moyenne tous les 20 à 45 jours en progressant de la couche basale à la couche cornée.** Plus la greffe est mince, plus la cicatrisation se fait rapidement. À l'inverse, plus la greffe est épaisse, plus la cicatrisation est lente et plus le risque d'hypertrophie de la cicatrice de la zone donneuse est élevé du fait de la présence de myofibroblastes. Les cicatrices chéloïdes sont rarement observées sur le site donneur mais leur survenue reste possible.

Revue de littérature

Sur le moteur de recherche PubMed, la revue de littérature concernant la prise en charge des sites donneurs de greffe de peau avec les mots clés "split-thickness",



Figure 1 (a, b). Patient brûlé sur une grande surface en cours de traitement. a. Les sites donneurs de peau ont été prélevés de façon itérative en raison de la surface limitée de peau saine disponible. Les cicatrices sont immatures et resteront probablement très visibles ; b. Avec un recul de 6 mois après le prélèvement, les cicatrices ont un aspect relativement discret.

Références

- [1] Yuksel Delice E, Ulus B. The donor site pain assessment of the patient who were reconstructed split-thickness graft. *Agri*. 2015;27(4):205-9.
- [2] Démarchez M. Le toucher, la sensibilité à la pression, aux vibrations, à la température, à la douleur, nociception Le système nerveux cutané. 26 novembre 2015. <http://biologiedelapeau.fr/>
- [3] White N, Hettiaratchy S, Papini RP. The choice of split-thickness skin graft donor site: patients' and surgeons' preferences. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Sep;112(3):933-4.
- [4] Senni K, Coulomb, Godeau GJ. Matrice extracellulaire. In: Meaume S, Téot L, Dereure O. Plaie et cicatrisation. Paris: Masson; 2005. p. 13-9.
- [5] Caliot J, Bodin F, Chiriack S, Correia N, Poli-Mérol ML, François-Fiquet C. Split-thickness skin graft donor site: which dressing use? *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 2015;60:140-7.
- [6] Karlsson M, Lindgren M, Jarnhed-Andersson I, Tarpila E. Adv. Dressing the split-thickness skin graft donor site: a randomized clinical trial. *Skin Wound Care*. 2014 Jan;27(1):20-5.
- [7] Weber RS, Hankins P, Limitone E, Callender D, Frankenthaler RM, Wolf P et al. Split-thickness skin graft donor site management. A randomized prospective trial comparing a hydrophilic polyurethane absorbent foam dressing with a petrolatum gauze dressing. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995 Oct;121(10):1145-9.
- [8] Dornseifer U, Lonic D, Gerstung TI, Herter F, Fichter AM, Holm C et al. The ideal split-thickness skin graft donor-site dressing: a clinical comparative trial of a modified polyurethane dressing and aquacel. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Oct;128(4):918-24.
- [9] Subrahmanyam M. Honey Dressing Accelerates Split-Thickness Skin Graft Donor Site Healing. *Indian J Surg*. 2015 Dec;77(Suppl 2):261-3.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10999506>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10999506>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)