

## Directives pour l'utilisation des équivalents cutanés dans les plaies difficiles à cicatriser

(version du 1<sup>er</sup> juillet 2013, prochaine révision prévue pour le 1<sup>er</sup> juillet 2016)

L'utilisation des équivalents cutanés peut accélérer la cicatrisation des plaies chroniques et améliorer l'épithélialisation sous certaines conditions.

Les équivalents cutanés sont définis par le fait qu'ils sont constitués de cellules vivantes. Les produits acellulaires font l'objet de directives différentes.

L'accélération de la cicatrisation de la plaie est comparable à la transplantation d'auto-greffe (1) (par exemple greffe de Thiersch), mais dans certaines situations, un équivalent cutané peut être préféré :

- si le lit de la plaie ne permet pas une transplantation d'auto-greffe,
- si le patient refuse une greffe de peau,
- si la procédure d'auto-greffe présente un risque,
- si la procédure permet d'éviter une hospitalisation,
- si de précédentes auto-greffes n'ont pas amélioré la plaie.

Pour pouvoir utiliser un équivalent cutané, il faudra que la plaie ait été traitée dans les règles de l'art pendant quatre semaines avec un traitement concomitant des affections sous-jacentes et que la cicatrisation documentée montre peu ou pas de progression.

On considère que le traitement de la plaie et des causes sous-jacentes est adéquat si les conditions suivantes sont remplies :

- 1) Un traitement adéquat des causes de la plaie nécessite un diagnostic correct selon les directives de l'AWMF (2) :
  - a) En présence d'une insuffisance artérielle (en général ABI <0,9 ou > 1,3 (3) la possibilité d'une revascularisation doit être considérée. Si une amélioration de la perfusion artérielle n'est pas possible par des moyens interventionnels ou chirurgicaux, l'utilisation d'un équivalent cutané ne peut être faite qu'en l'absence d'une ischémie chronique critique (3).
  - b) En présence d'une insuffisance veineuse chronique (CEAP stade C2 à C6) (4) une thérapie compressive adéquate doit être effectuée et une intervention chirurgicale (5) doit être considérée (2).
  - c) En présence d'un syndrome du pied diabétique, le diabète devra être équilibré. Une perfusion artérielle doit être garantie, l'ostéomyélite exclue et un soulagement ou une redistribution de la pression plantaire considérée. Une éducation thérapeutique du patient est indispensable (6,7).
  - d) Si la cause de l'ulcère n'est ni vasculaire ni diabétique, une confirmation par biopsie est nécessaire. En fonction du diagnostic, la décision de l'utilisation d'un équivalent cutané peut-être décidée sur la base de la littérature publiée ou des rapports de cas (8-18).
  - e) Les plaies tumorales et les plaies infectées sont des contre-indications pour l'utilisation d'équivalents dermiques.
- 2) Thérapie locale : une thérapie locale de la plaie doit avoir lieu selon les règles de l'art en conformité avec les normes internationales (19). Elle consiste en la préparation du lit de la plaie pour aboutir à un tissu de granulation de bonne qualité et comprend :
  - le débridement des tissus nécrotiques et des couches de fibrine,
  - la prévention et le traitement de l'infection,
  - le maintien du milieu humide.
- 3) Documentation : tous les points susmentionnés doivent être documentés de façon appropriée.



Schweizerische Gesellschaft  
für Dermatologie und Venerologie  
Société suisse  
de dermatologie et vénéréologie

Società svizzera  
di dermatologia e venereologia  
Swiss Society  
of Dermatology and Venereology

Pour les comités SAfW:

- Dr. med. Silvia Gretener FMH Angiologie
- Dr. med. Xavier Jordan FMH Médecine Interne et REHAB
- Dr. med. Severin Lächli FMH Dermatologie et Vénérologie
- Dr. med. Dieter Mayer FMH Chirurgie (Chirurgie vasculaire FEBVS)
- Dr. med. Markus Streit FMH Dermatologie et Vénérologie
- Dr. med. Jürg Traber FMH Chirurgie (Chirurgie vasculaire EBSQ)
- Dr. med. Hubert Vuagnat FMH REHAB

Pour le comité de la SSDM:

- Prof. Dr. med. Lars E French FMH Dermatologie et Vénérologie
- Prof. Dr. med. Jürg Hafner FMH Dermatologie et Vénérologie
- Prof. Dr. med. Peter Itin FMH Dermatologie et Vénérologie



Schweizerische Gesellschaft  
für Dermatologie und Venerologie  
Société suisse  
de dermatologie et vénéréologie

Società svizzera  
di dermatologia e venereologia  
Swiss Society  
of Dermatology and Venereology

## Références:

1. Tausche, AK et al.: An autologous epidermal equivalent tissue-engineered from follicular outer root sheath keratinocytes is as effective as split-thickness skin autograft in recalcitrant vascular leg ulcers. *Wound Repair and Regeneration* 2003;11(04), 248-252
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften Deutschland, Leitlinienregister Nr. 037 009L <http://leitlinien.net/>
3. Inter-Society consensus for Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), *J Vasc Surg* 2007 45, Supplement S: Abschnitt D1, D5.12
4. Nicolaides EA et al., Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement. *Circulation* 2000; 102(20):E126-63
5. Gohel MS et al., Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 335:83
6. Best Practice Recommendations for Prevention, Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Ulcers (Canadian Association of Wound Care) *Wound Care Canada*, 2006;4:57
7. <http://diabetes.versorgungsleitlinien.de>, Diabetes Typ 2: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fusskomplikationen (Bundesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland
8. Falabella AF, Valencia IC, Eaglstein WH, Schachner LA. Tissue-engineered skin (Apligraf) in the healing of patients with epidermolysis bullosa wounds. *Arch Dermatol* 2000; 136:1225-30.
9. Fivenson DP, Scherschun L, Choucair M, Kukuruga D, Young J, Shwayder T. Graftskin therapy in epidermolysis bullosa. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:886-92.
10. Fivenson DP, Scherschun L, Cohen LV. Apligraf in the treatment of severe mitten deformity associated with recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112:584-8.
11. Hafner J, Kühne A, Trüeb RM. Successful grafting with EpiDex in pyoderma gangrenosum. *Dermatology*. 2006; 212:258-9.
12. Pennoyer JW, Susser WS, Chapman MS. Ulcers associated with polyarteritis nodosa treated with bioengineered human skin equivalent (Apligraf). *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:145.
13. Streit M, Böhlen LM, Braathen LR. Ulcerative sarcoidosis successfully treated with apligraf. *Dermatology* 2001; 202:367-70.
14. Gordon S, Bui A. Human skin equivalent in the treatment of chronic leg ulcers in sickle cell disease patients. *J Am Podiatr Med Assoc* 2003; 93:240-1.
15. Flores F, Eaglstein WA, Kirsner RS. Hydroxyurea-induced leg ulcers treated with Apligraf. *Ann Intern Med* 2000; 132:417-8.
16. Martin LK, Kirsner RS. Ulcers caused by bullous morphea treated with tissue-engineered skin. *Int J Dermatol*. 2003; 42:402-4.
17. Bui D, Ikeda C. Reconstruction of aplasia cutis congenita (group V) of the trunk in a newborn. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111:2119-20.
18. Culican SM, Custer PL. Repair of cicatricial ectropion in an infant with harlequin ichthyosis using engineered human skin. *Am J Ophthalmol*. 2002; 134:442-3.
19. Best Practice Recommendations for Preparing the Wound Bed Canadian Association of Wound Care) *Wound Care Canada*, 2006;4:15