

# Les plaies malignes chez les malades en phase terminale :

*approche,*

*évaluation*

*et soins*

Louise Duddin, inf.

Johanne Moreau, inf.

Collaboration Caroline Bergeron, inf. B.Sc.

## *Plan de la présentation*

### 1) Particularités des plaies malignes

- Définition et étiologie
- Physiopathologie
- Plaies malignes et processus de cicatrisation
- Apparence
- Données épidémiologiques
- Pronostic de vie
- Perspectives de guérison

### 2) La philosophie des soins palliatifs comme assise aux soins

### 3) Principaux problèmes rattachés aux plaies malignes

- Odeurs et infection
- Exsudat
- Douleur
- Saignements

### 4) Évaluation des plaies malignes

### 5) Principaux traitements liés aux problèmes

### 6) Impacts des plaies malignes et rôles des soignants

Conclusion

*1) Particularités  
des plaies malignes*



## *Définition et étiologie*

- Lésion cutanée dont le lit est **tumoral**
- Elle découle d'une:
  - tumeur maligne cutanée primaire
  - métastase cutanée
  - néoplasie locale qui ulcère la peau
- Son développement est **anarchique** et **imprévisible**

# Physiopathologie



Les cellules cancéreuses **s'infiltrent**:

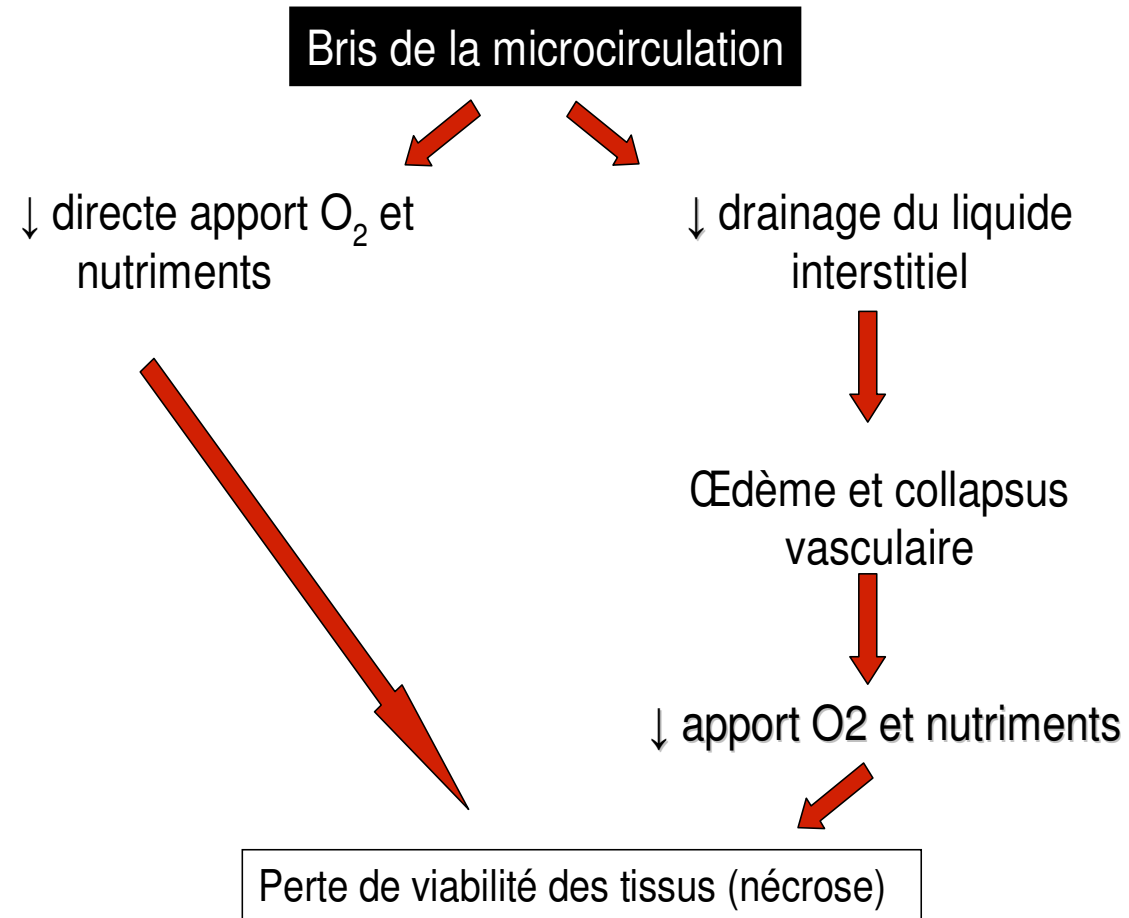
- ❑ dans la peau
- ❑ le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques

} Peu de  
résistance

Elles **se multiplient** dans la peau et créent une tumeur qui envahit les tissus environnants

La tumeur grossissante **brise la microcirculation** avoisinante

## Effets de l'altération de la vascularisation



# *Plaies malignes et processus de cicatrisation*

## Plaies malignes et processus inflammatoire

↓ apport O<sub>2</sub> et nutriments

Présence de cellules cancéreuses



Perte de viabilité des tissus  
(formation **constante** de nécrose)

Perception **constante** de corps étrangers



Réinitialisation **constante** de  
la phase inflammatoire



Rougeur, chaleur, tuméfaction, écoulement, douleur

# *Apparence*

## Nodules



# Fongoïdes ou fongueuses



# Cratères

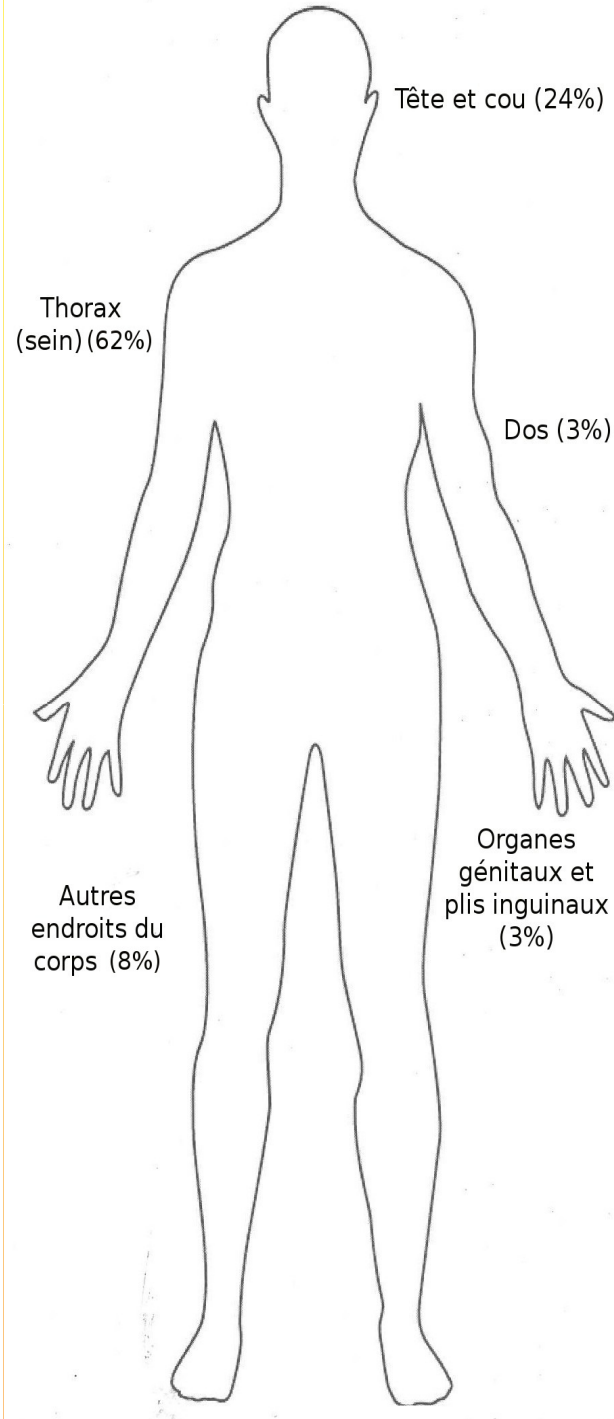


Source: Maison Michel-Sarrazin



Source: Maison Michel-Sarrazin

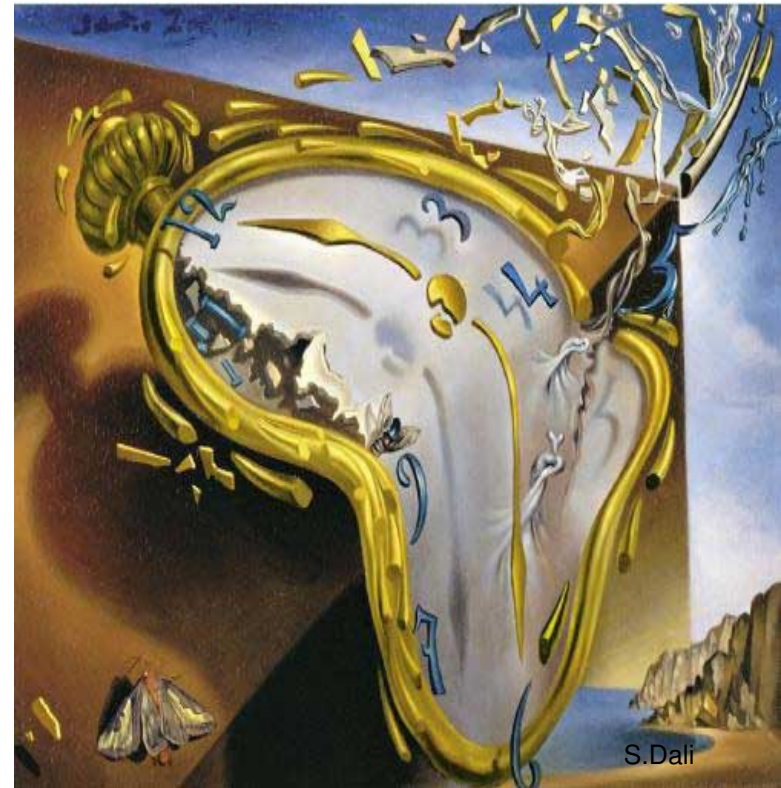
## Données épidémiologiques



- **5 à 10%** des patients cancéreux développent des plaies malignes
- La majorité de ces malades ont **70 ans et +**
- ♀ : 68%    ♂ : 32%
- Après le mélanome, la néoplasie **du sein** est le cancer qui ulcère le plus souvent à la peau (62%)

## *Pronostic de vie*

- Les personnes atteintes de cancers métastatiques et ayant une espérance de vie de **≤ 6 mois** ont plus tendance à développer ces plaies
- Les porteurs de **plus d'une** lésion voient leur pronostic de vie **réduit de 30%** par rapport à ceux présentant une seule plaie



## *Perspectives de guérison*

- Les plaies malignes guérissent rarement
- Possibilité de stabiliser ou de réduire l'étendue de certaines plaies (chimio, radio, laser, chx)
- Plusieurs facteurs entravent la guérison:
  - ↓ état général:
    - » anémie
    - » ralentissement métabolique
    - » insuffisance cardiaque
  - Fonction plaquettaire altérée par les cellules tumorales
  - Déficience en leucocytes au site de la plaie
  - Hyperméabilité des capillaires
  - Incapacité des plaies malignes à se contracter

*2) La philosophie des soins palliatifs  
comme assise aux soins*



- Interventions = occasion d'une **rencontre**
- **Contexte de fin** de vie doit être pris en compte
- Les **traitements** s'avèrent souvent **palliatifs**
- **Objectifs** des tx = **réduire les inconforts** liés aux problèmes des plaies malignes



*« Les choix des personnes devraient être honorés en tant que guide le plus approprié pour la prise de décision dans la pratique » (Bournes, 2009)*

*3) Principaux problèmes  
rattachés aux plaies malignes*



**Odeurs et  
infection**

**Saignements**

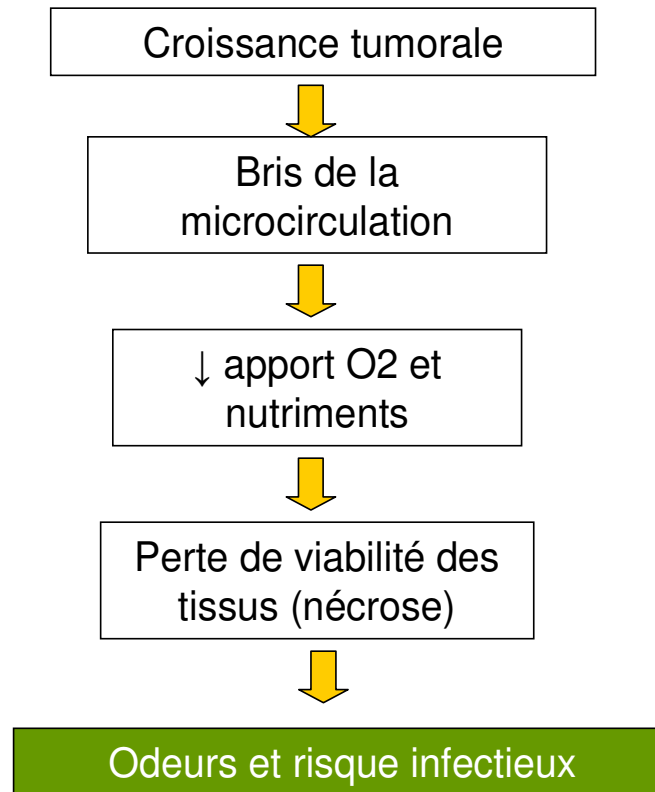


**Exsudat**

**Douleur**

# *Odeurs et infection*

## Origine des odeurs



# Odeurs

La **dévit**alisation tissulaire favorise la **croissance des bactéries**:

- **anaérobiques**

- Dégradent les protéines des tissus nécrotiques et les débris

- Libèrent un «coktail» chimique:

- putrescine

- cadavérine

- acides gras à courte chaîne

} Odeur  
extrêmement  
acariâtre

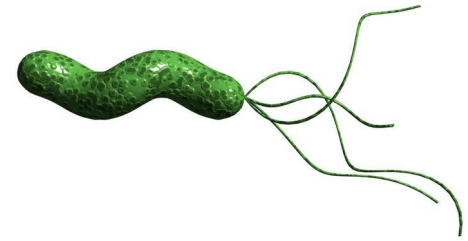
- **aérobiques** (*Pseudomonas aeruginosa*)



# *Infection*

- Les plaies malignes sont **toujours colonisées**
- Présence de **pathogènes anaérobiques** quelques semaines après l'apparition d'une plaie
- Les patients en fin de vie sont **prédisposés aux infections**:
  - ↓ état général
  - Prise d'immunosuppresseurs (chimio récente) ou stéroïdes
  - Âge avancé, dénutrition, œdème, etc.

## *Signes d'infection*



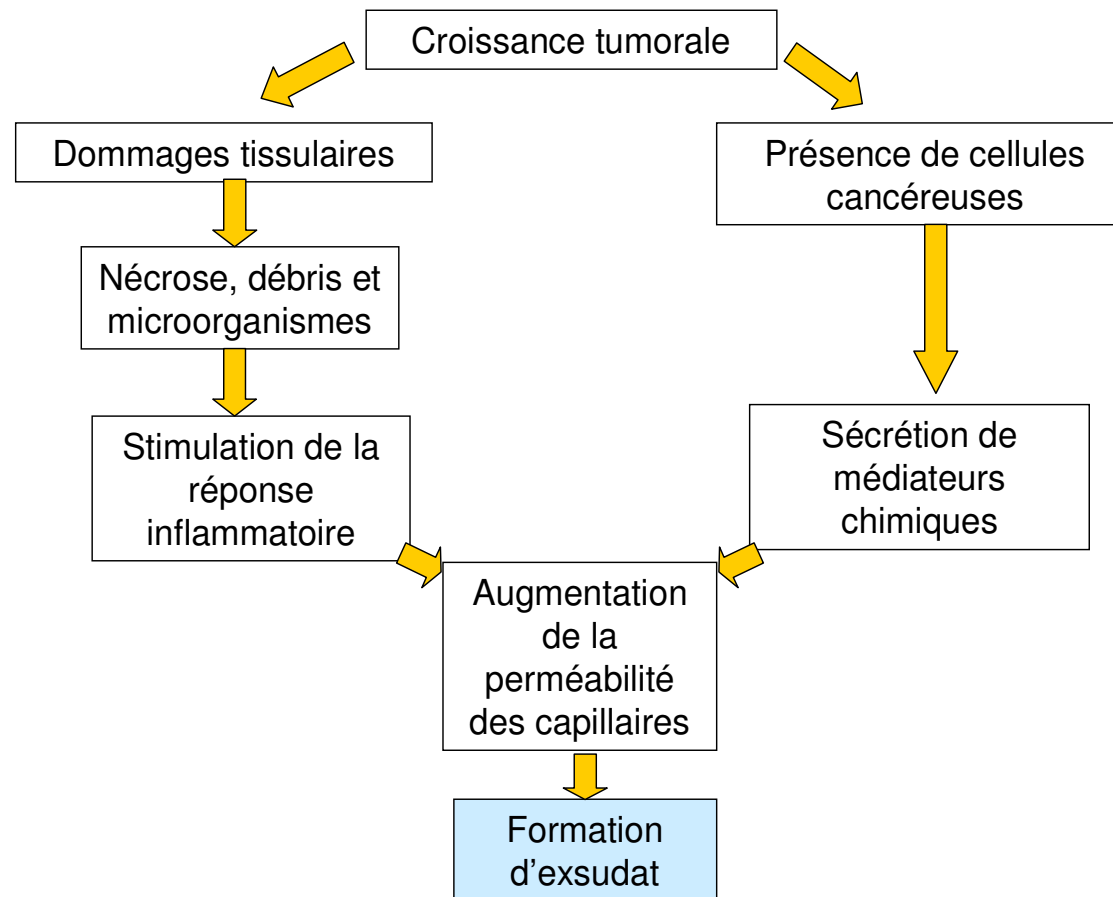
- Patients sous stéroïdes ou en aplasie médullaire:
  - sont parfois afébriles
  - ne présentent pas toujours d'écoulement purulent à leur plaie

➔ Être attentif à:

- **Aggravation** des odeurs, de l'exsudat, de la douleur, et des saignements
- Cellulite au pourtour de la plaie
- Élargissement de la plaie

# Exsudat

## Origine de l'exsudat dans une plaie maligne



# *Exsudat*

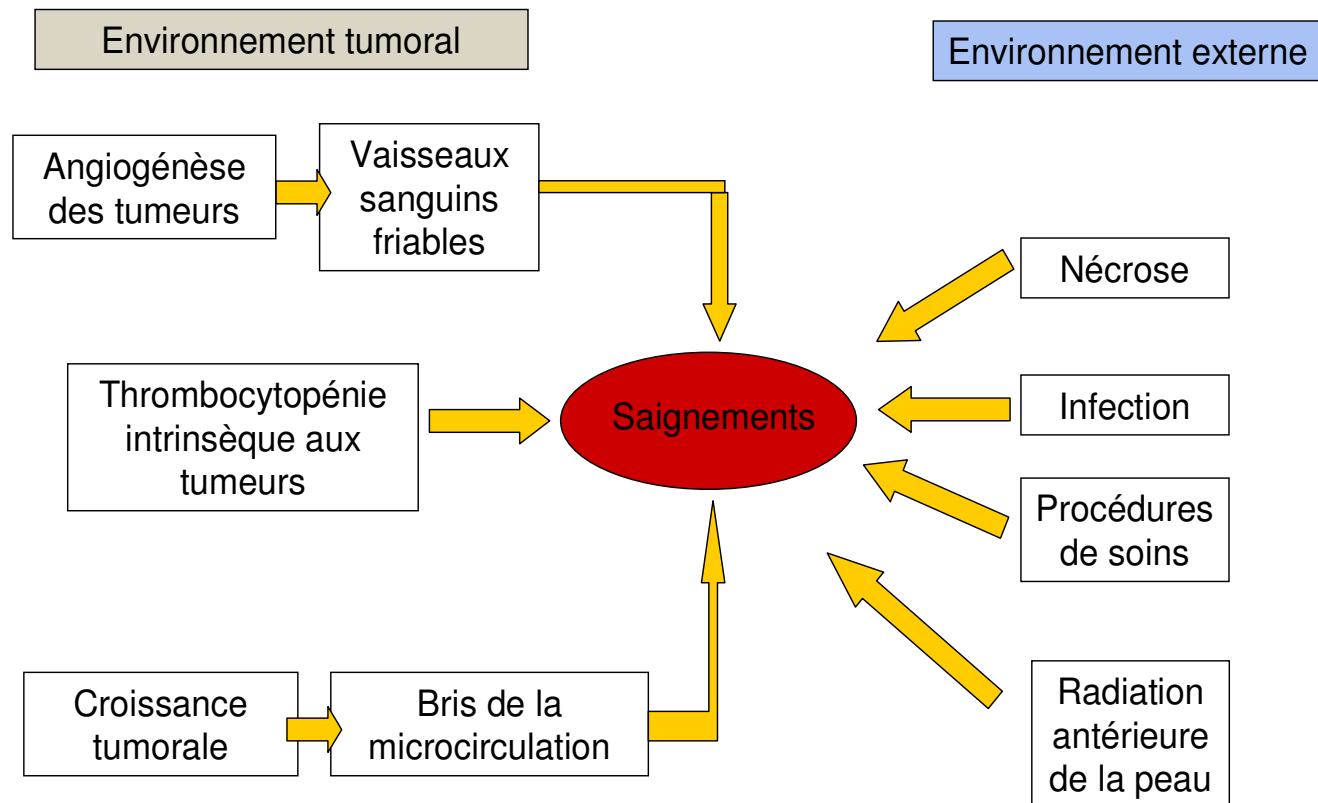
- La **surface** de la plaie influence la quantité d'exsudat
  - Infection
  - Insuffisance cardiaque
  - Albumine sérique basse
- } accroissent la production d'exsudat
- Risque non négligeable de **macération** des téguments **au pourtour** de la plaie

# Douleur

- Types de douleur:
  - Nociceptive
  - Neuropathique
- 3 schèmes de douleur rattachés aux plaies:
  - La douleur **de fond** (au repos) → ischémie, oédème, macération
  - La douleur **incidente** → AVQ, toux, déplacement accidentel des pansements
  - La douleur **liée aux procédures de soins** → application et retrait des pansements et nettoyage
- Autres facteurs:
  - Gestion parfois inadéquate ou inexistante de la douleur
  - Confusion dans les produits à employer pour les soins de plaies

# Saignements

## Origine des saignements dans une plaie maligne



*4) Évaluation  
des plaies malignes*



## *Évaluation des plaies malignes*

- localisation
- dimensions : longueur, largeur, profondeur, hauteur
- apparence du lit : propre, nécrosé, fibrineux, sanglant, fongueux
- présence de sinus et de fistules
- **odeur** (\*voir le **Guide d'évaluation des odeurs**)
- infection : signes cliniques et analyses de laboratoire
- exsudat : quantité, qualité (sec, humide, mouillé / séreux, séro-sanguin, sanguin, limpide, opaque, purulent)
- aspect de la peau au pourtour : intacte, macérée, présentant des signes d'infection, présence d'abrasions ou d'érythème
- **douleur** : qualité et intensité / de fond, incidente ou liée aux procédures
- prurit : présence et importance
- saignements : présence et importance

## Évaluation des odeurs

<b>*Guide d'évaluation des odeurs</b>	<b>Description</b>
<b>Pas d'odeur</b>	Pas d'odeur évidente à proximité du patient quand le pansement est <b>retiré</b>
<b>Légères</b>	L'odeur est évidente à proximité du patient quand le pansement est <b>retiré</b>
<b>Modérées</b>	L'odeur est évidente en entrant dans la chambre quand le pansement est <b>retiré</b> (à 2 ou 3 mètres du patient)
<b>Fortes</b>	L'odeur est évidente en entrant dans la chambre quand le pansement est <b>intact</b> (à 2 ou 3 mètres du patient)

Adapté de:

Morris, C. (2008). Wound odour : Principles of management and the use of CliniSorb. *British journal of nursing*, 17(6), S38-S42.

Alexander, S. (2009). Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *Journal of wound care*, 18(7), 273-280.

## *Évaluation de la douleur*

- Mnémotechnique **PQRSTU**
- Évaluer la douleur:
  - avant les changements de pansements, lorsque le patient est au repos
  - pendant les procédures de soins
  - une fois les soins terminés, lorsque le patient est à nouveau au repos
- Porter attention au **langage non-verbal**:
  - crispation du visage
  - blocage de la respiration
  - gémissements
  - augmentation du tonus musculaire
  - agitation
  - gestes de protection

*5) Principaux traitements  
liés aux problèmes*



### 1) Préparation du lit de la plaie:

- Nettoyage:
  - NaCl 0.9% réchauffé
  - au bain ou à la douche
- Débridement:
  - **autolytique** à l'aide d'hydrogels (ex: Intrasite Gel<sup>MC</sup>) et du maintien d'un milieu humide
  - **éviter** le débridement **mécanique**

### 2) Choix des pansements:

- Pansements non adhérents
- Absorption en fonction de la quantité d'exsudat
- Confort et esthétique

### 3) Fixation des pansements:

- Alternatives aux bordures collantes
- Fixation dans les plis cutanés ou les régions mobiles

Pansements de charbon et d'argent (ex: Actisorb Silver 220<sub>MC</sub>)

Miel en pâtes et pansements (ex: Medihoney<sub>MC</sub>)

Iode en pâtes et pansements (ex: Iodosorb<sub>MC</sub>)

➔ Créer un **scellé** autour du pansement  
(sauf en cas d'infection anaérobie)



**Cesser** les pansements contenant des **additifs** dès que les odeurs et l'infection sont contrôlées

*Tx non pharmacologiques*

## *Odeurs*

Yogourt nature et probiotiques\* (ex: Probaclac<sub>MC</sub>)

Huiles essentielles (ex: Eucalyptus, Arbre de thé)

\* Aucune donnée scientifique ne supporte l'emploi de probiotiques

Antimicrobiens topiques utiles dans les plaies  
avec infection apparente ou silencieuse:

<http://cawc.net/images/uploads/wcc/4-1-vol4no1-BP-WBP-fr.pdf>

Sulfadiazine d'argent (Flamazine<sup>MC</sup>) → *Pseudomonas*, *S. Aureus*, *SARM*

Métronidazole topique

- Crème, gel ou poudre
- Solution pour irriguer la plaie:
  - dissoudre 1 cc dans eau stérile pour concentration de 0.5 à 1%
  - ou utiliser la solution iv 500mg/100ml

Métronidazole ou clindamycine systémique

- ❑ Aliments et épices aux **parfums puissants**: clous de girofle, cannelle, menthe, vanille, café, agrumes (ce que le malade aime)
- ❑ Copeaux de cèdre sous le lit (grande quantité!)
- ❑ Litière de chat sous le lit (grande quantité!)
- ❑ Briquettes de charbon ou pierres de lave (dans une taie d'oreiller)
- ❑ Encens, chandelles parfumées, diffuseurs
- ❑ Huiles essentielles (dans la chambre, sur les vêtements)
- ❑ Mousse à raser dans une assiette (grande quantité!)
- ❑ Bicarbonate de soude entre les couches de pansements
- ❑ Bonbons à la menthe Tic tac<sub>MC</sub> dans les sacs de stomie
- ❑ Produits déodorants pour stomies (ex: M9<sub>MC</sub>)
- ❑ Porter un masque humecté de Vicks<sub>MC</sub> pendant les soins

## Odeurs

- Aérer la pièce
- À domicile, refaire les pansements ailleurs que dans la chambre à coucher
- Changer la literie
- Éloigner les vêtements souillés dès leur retrait
- Laver les vêtements à l'eau froide (déloge mieux les protéines corporelles)
- Jeter les pansements rapidement dans un sac hermétique
- Nettoyer le linge et l'équipement souillés dans une solution d'eau de javel ou de vinaigre

- Pansements **en fonction de la quantité** d'exsudat:
  - Alginates (ex: Melgisorb<sub>MC</sub>)
  - Hydrofibres (ex: Aquacel<sub>MC</sub>)
  - Mousses hydrocellulaires (ex: Mepilex<sub>MC</sub>)
  - Coussinets absorbants (ex: Exu-Dry<sub>MC</sub>)
  - Miel (activité anti-inflammatoire)
  - Thé vert (activité anti-inflammatoire)
- Les pansements **traditionnels** (gazes, coussins abdominaux):
  - Pouvoir **absorbant** nettement **moins grand**
  - Risque de **macération**
  - Peuvent **adhérer** à la plaie et causer des traumatismes

*Alternatives quand  
les pansements  
ne suffisent pas*

## Exsudat

Serviettes hygiéniques

Couches pour bébé

Culottes d'incontinence

Appareillage pour stomies et fistules

Thérapie par pression négative (ex: Vac<sub>MC</sub>)

Autres drains d'aspiration (ex: Hémovac<sub>MC</sub>)



## *Problèmes cutanés au pourtour de la plaie*

Utiliser

Protecteurs cutanés (ex: All kare<sup>MC</sup>, Caviion<sup>MC</sup>)

Pansements avec absorption adéquate

Bordures des pansements:

- **Adhésives non traumatiques** (ex: Mépita<sup>MC</sup>, Micropore<sup>MC</sup>)
- **Non adhésives** (ex: bandes de Montgomery, chaussettes, cols roulés, filets, foulards, masques chirurgicaux, rouleaux de bandage, sous-vêtements, soutiens-gorge)

- Retrait des pansements:
  - être délicat et prendre le temps
  - mouiller les pansements qui ont adhéré
- Nettoyage des plaies:
  - avec NaCl 0.9% réchauffé et sans forte pression
- Choix des pansements:
  - non adhérents
  - qui favorisent un milieu ni trop humide ni trop sec
  - protecteurs cutanés
  - les fixer adéquatement pour éviter les déplacements
  - alléger le protocole des pansements pour l'exécuter rapidement



- **Participation** des patients à leurs soins
- Temps d'**arrêts!!!**
- Écouter **musique** ou programme télévisé
- Relaxation
- Visualisation
- Application de **glace**
- Huiles essentielles et hydrolats (activité anti-inflammatoire)

- **Analgésiques** (selon les 3 paliers d'analgésie de l'OMS [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en) ou selon le guide de l'APES)
  - Douleur **de fond**:
    - Analgésie systémique sur une base régulière
  - Douleur **incidente ou procédurale**:
    - Analgésie systémique à courte action en PRN 

{	15 minutes avant si s/l
	30 minutes avant si s/c
	60 minutes avant si p/o
    - Protocole de sufentanil s/l ou fentanyl (autres voies que parentérale)
    - Opioïde topique:
      - 2 ml de morphine 50 mg/ml dans 8 ml d'eau stérile = morphine 0.1%
      - l'Intrasite Gel<sup>mc</sup> et le métronidazole peuvent aussi servir de base (recettes dans guide de l'APES)
      - application quotidienne requise

- **Co-Analgésiques:**
  - Benzodiazépines (anxiété, appréhension)
  - Antidépresseurs tricycliques
  - Anticonvulsivants
  - Corticostéroïdes
  - AINS



- World Union of Wound Healing Societies (2007). *Principes des meilleurs pratiques: Atténuation de la douleur au cours des procédures de renouvellement de pansement: Mise en place de stratégies pour soulager la douleur*. Toronto: WoundPedia.

[www.wuwhs.org](http://www.wuwhs.org)

Alginates de calcium (ex: Melgisorb<sub>MC</sub>)

Pansements hémostatiques:

- » gélatine (ex: Gelfoam<sub>MC</sub>)
- » collagène (ex: Helistat<sub>MC</sub>)
- » cellulose oxydée (ex: Surgicel<sub>MC</sub>)

Utiliser des serviettes de couleur foncée si saignements importants

*Tx non  
pharmacologiques*

## *Saignements*

**Application de pression** (10 à 15 minutes)

**Application de glace** (10 à 15 minutes)

**Thé vert** (gazes imbibées dans une infusion de thé)

- Sulcrate<sub>MC</sub>
  - en suspension (1g / 5 ml)
  - en pâte (1 co de 1g trituré dans 5 ml de gelée K-Y<sub>MC</sub>)
- Épinéphrine 1:1000 (risque d'ischémie et de nécrose tissulaire)
- Nitrate d'argent (peu de publications pour appuyer son emploi)
- Acide tranexamique (Cyclokapron<sub>MC</sub>):
  - per os
  - application locale (imbiber des gazes dans la solution injectable 500mg/5ml)
- Pâte de Mohs

*6) Impacts des plaies malignes  
et rôles des soignants*



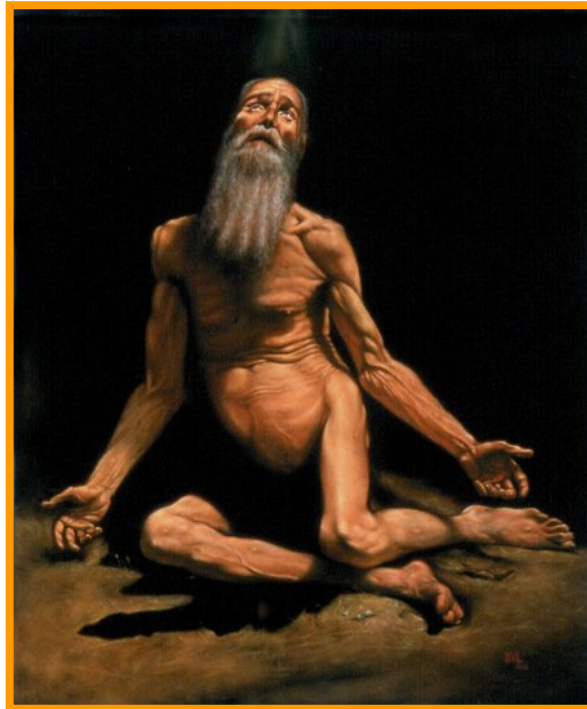
# *Impacts sur les patients*

Lésions ayant le **plus grand potentiel de perturbations** chez les patients

*Altération  
de l'image  
corporelle*

**Ça, ce n'est pas moi!**

**Allez-vous  
me le dire  
si je sens  
mauvais?**



Comment vous  
faites pour regarder  
cela?

Je ne peux plus  
manger en  
même temps  
que les autres

Je m'écoeure!!!

*Incertitudes*

Est-ce que ma plaie  
va s'agrandir?

Est-ce que  
quelqu'un devra  
faire mes  
pansements?

## *Impacts sur les soignants*

- Lésions **éprouvantes** à soigner...

Odeurs difficiles à supporter

Apparences repoussantes

Constat d'impuissance

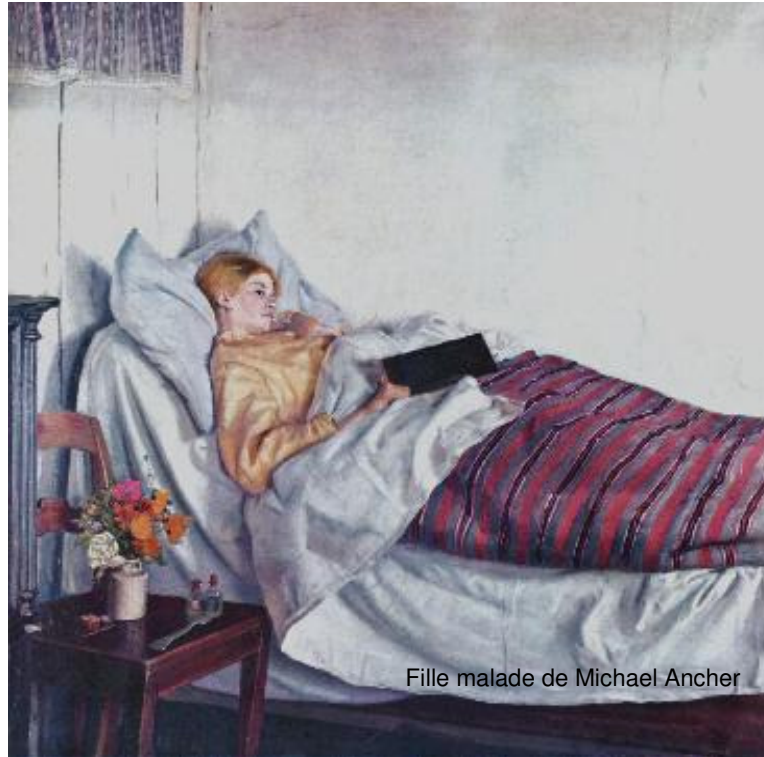


# *Rôles des soignants*

Renseigner

«Être  
avec» les  
malades

Collaborer



Fille malade de Michael Ancher

Favoriser  
l'autonomie

Faire preuve  
d'humanité

## *Conclusion*

- **Défis** des plaies malignes:
  - Évoluent différemment des autres types de plaies
  - Expérience **éprouvante** pour les malades et les proches
  - Casse-tête pour les soignants qui se butent à des caractéristiques et des **symptômes complexes**
- L'**outil interdisciplinaire** guidera les professionnels dans la **prise en charge** des plaies malignes à **domicile** et en **institution**

*L'accompagnement inclut le confort  
et les pansements,  
même si on ne guérit pas les plaies,  
même si on n'a pas l'objectif de les guérir.*

*Ce qui paraît important, c'est de définir  
le sens de tous ces soins.*

*Alors on pose les mêmes gestes,  
mais on ne les fait plus avec  
la même idée en tête.*

*Renée Sébag-Lanoë*

## Références bibliographiques

- Draper, C. (2005). The management of malodour and exudate in fungating wounds. *British journal of nursing*, 14(11), S4-S12.
- Morris, C. (2008). Wound odour : Principles of management and the use of CliniSorb. *British journal of nursing*, 17(6), S38-S42.
- Hampton, S. (2008). Malodorous fungating wounds : How dressings alleviate symptoms. *British journal of community nursing*, 13(6), S31-S38.
- Bergstrom, K.J. (2011). Assessment and management of fungating wounds. *Journal of wound ostomy and continence nursing*, 38(1), 31-37.
- Lloyd, H. (2008). Management of bleeding and malodorous in fungating wounds. *Journal of Community Nursing*, 22(8-9), 28-32.
- Noblet, M. (2008). Assessment of a fungating breast wound. *Practice nursing*, 19(6), 282-286.
- Piggin, C., & Jones, V. (2007). Malignant fungating wounds : An analysis of the lived experience. *International journal of palliative nursing*, 13(8), 384-391.
- Benbow, M. (2009). Fungating malignant wounds and their management. *Journal of community nursing*, 23(11), 12-18.
- Lo, S-F., Hu, W-Y., Hayter, M., Chang, S-C., Hsu, M-Y., & Wu, L-Y. (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound : A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 17, 2699-2708.
- Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2009). Malignant fungating wounds : A survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *European journal of oncology nursing*, 13, 295-298.
- Marieb, E.N., & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. St-Laurent : ERPI.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier. De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*. Montréal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Garnier, M., Delamare, V., Delamare, J., & Delamare, T. (2006). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (29e édition). Paris: Maloine.
- Probst, S., & Bornhauser, S. (2007). Concept et guide pour les plaies malignes : Soins et traitements. *Soins en oncologie suisse*.
- Fromantin, I. (2005). Les plaies cancéreuses. *Soins*, 50(701), 25-27.

- Hôpitaux Universitaires de Genève (2007). *Plaies oncologiques; descriptif, comment prévenir, comment soigner?*. Récupéré le 26 novembre 2010 de [http://plaies-cicatrisation.hugge.ch/types\\_plaies/plaies\\_oncologiques\\_descriptif.html](http://plaies-cicatrisation.hugge.ch/types_plaies/plaies_oncologiques_descriptif.html).
- Wilson, V. (2005). Assessment and management of fungating wounds : A review. *British journal of community nursing*, 10(3), S28-S34.
- Mc Donald, A., & Lesage, P. (2006). Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *Journal of palliative medicine*, 9(2), 285-295.
- Chaplin, J. (2004). Wound management in palliative care. *Nursing standard*, 19(1), 39-42.
- Dowsett, C. (2002). Malignant fungating wounds : Assessment and management. *British journal of community nursing*, 7(8), 394-400.
- Murphy, A. (2008). Making it better. *World of irish nursing*, 16(4), 28-29.
- Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars in oncology nursing*, 22(3), 185-193.
- Naylor, W. (2003). Pain in fungating wounds : Another perspective. *Ostomy wound management*, 49(11), 9-12.
- Haynes, J. S. (2008). An overview of caring for those with palliative wounds. *British journal of community nursing*, 13(12), S24-S30.
- Grocott, P. (2007). Care of patients with fungating malignant wounds. *Nursing standard*, 21(24), 57-66.
- Harmer, V. (2008). Breast cancer. Part 3 : Advanced cancer and psychological implications. *British journal of nursing*, 17(17), 1088-1098.
- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C., Parker, R., Chrzanowski, G., & Comfort, C. P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of palliative medicine*, 10(5), 1161-1189.
- Burns, J., & Stephens, M. (2003). Palliative wound management : The use of a glycerine hydrogel. *British journal of nursing*, 12(6), S14-S18.
- Barton, P., & Parslow, N. (1998). *Les soins des plaies cancéreuses*. Montréal : ConvaTec division de Bristol-Myers Squibb Canada.
- Delmore, B., & Duran, D. (2009). Care of fungating breast wounds. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(1), 113-115.

- Fromantin, I. (2006). Suivi ambulatoire des plaies cancéreuses : Le rôle de l'infirmière expert. *Soins*, 51(702), 47-50.
- Gethin, G. (2009). Specialist care was important for helping patients with cancer to live positively with malignant fungating wounds. *Evidence-based nursing*, 12(3), 94.
- O'Regan, P. (2006). Easing the pain. *World of irish nursing*, 14(11), 48-49.
- Naylor, W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International journal of palliative nursing*, 11(11), 572-579.
- Alexander, S. (2009). Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *Journal of wound care*, 18(7), 273-280.
- Weirs, D. (2005). Managing complex malignant wounds. *Journal for community nurses*, 10(3), 21-22.
- Moore, S. (2002). Cutaneous metastatic breast cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 6(5), 255-260.
- Charitansky, H., & Fromantin, I. (2008). Les plaies tumorales. *Soins*, 53(722), 51-55.
- Schulz, V., Kozell, K., Biondo, P.D., Stiles, C., Tonkin, K., & Hagen, N.A. (2009). The malignant wound assessment tool : A validation study using a Delphi approach. *Palliative medicine*, 23, 266-273.
- Haisfield-Wolfe, M. E., & Rund, C. (2002). Malignant cutaneous wounds : Developing education for hospice, oncology and wound care nurses. *International journal of palliative nursing*, 8(2), 57-66.
- Douglas, Q., Woo, K., Schulz, V. N., & Sibbald, R. G. (2003). Chronic wound pain and palliative cancer care. *Ostomy wound management*, 49(10).
- Nazarko, L. (2006). Malignant fungating wounds. *Nursing & residential care*, 8(9), 402-406.
- Piggitt, C. (2003). Malodorous fungating wounds : Uncertain concepts underlying the management of social isolation. *International journal of palliative nursing*, 9(5), 216-221.
- Fyrmipas, G., Barbetakis, N., Efstathiou, A., Konstantinidis, I., & Tsilikas C. (2006). Cutaneous metastasis to the face from colon adenocarcinoma: Case report. *International seminars in surgical oncology*, 3(2).
- Wu, J-J., Huang, D.B., Pang, K.R., & Tying, S.K. (2006) Cutaneous metastasis to the chest wall from prostate cancer. *International journal of dermatology*, 45, 946-948.

- Saeed, S., Keehn, C.A., & Morgan, M.B. (2004). Cutaneous metastasis: A clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *Journal of cutaneous pathology*, 31, 419-430.
- Fujioka, M., & Yakabe, A. (2010). Palliative surgery for advanced fungating skin cancers. *Wounds*, 22(10), 247-250.
- Lazelle-Ali, C. (2007). Psychological and physical care of malodorous fungating wound. *British journal of nursing*, 16(15), S16-S24.
- Réseau de soins palliatifs du Québec [RSPQ] (2011). *Définition des soins palliatifs*. Récupéré le 16 août 2011 de <http://www.aqsp.org/frametest1/definition.htm>.
- Parse, R.R. (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie* [trad. Francine Major]. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Parse, R.R. (2010). Human dignity: A Humanbecoming Ethical Phenomenon. *Nursing science quarterly*, 23(3), 257-262.
- Bournes, D.A. (2009). *Un engagement à honorer les choix des personnes*. Communication présentée au Congrès d'Aquilance, Genève. [trad. Institut des sciences Infirmières et Humaines] de Bournes, D.A (2000). A commitment to honoring people's choices. *Nursing Science Quarterly* 13(1) 18-23.
- Martineau, I., Cuvillier, N., Faucher, T., & Moreau, J. (2006). *Ulcères de pression chez les malades en phase terminale. Évaluation et traitement*. Québec : Maison Michel-Sarrazin.
- World Union of Wound Healing Societies (2004). *Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document*. London: MEP Ltd.
- Warnke, P. H., Sherry, E., Russo, P. A. J., Acil, Y., Wiltfang, J., Sivananthan, S., Sprengel, M., Roldàn, J.C., Schubert, S., Bredee, J. P., & Springer, I. N. G. (2007). Huiles essentielles antibactériennes chez des patients à tumeurs cancéreuses malodorantes. *Phytothérapie*, 5(5), 276-280.
- St-Cyr, D. (2011). L'infection d'une plaie : Traitement local et systémique. *Perspective infirmière*, 8(1) 27-28.
- Belley, R. (2010). *Gestion de l'infection dans les plaies chroniques*. Communication présentée au Ville congrès sur les plaies complexes présenté par l'Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis.
- Benbow, M. (2008). Exuding wounds. *Journal of community nursing*, 22(11), 20-26.
- World Union of Wound Healing Societies (2007). *Principes de bonne pratique: L'exsudat et rôle des pansements. Document de consensus*. Londres : MEP Ltd.

- World Union of Wound Healing Societies (2007). *Principes des meilleurs pratiques: Atténuation de la douleur au cours des procédures de renouvellement de pansement: Mise en place de stratégies pour soulager la douleur*. Toronto: WoundPedia.
- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec [APES] (2008). *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. Montréal : Bibliothèque Nationale du Québec.
- Société française et francophone des plaies et cicatrises [SFFPC] (2011). *Les plaies tumorales*. Récupéré le 14 janvier 2011 de [http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss\\_plaies-cancereuses-1](http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss_plaies-cancereuses-1).
- Programme cantonal (vaudois) de soins palliatifs (2008). Prise en charge des plaies ulcérées douloureuses. *Palliative flash*, 13, 1-4.
- Chrisman C.A. (2010). Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *International wound journal*, 7(4), 214-235.
- Léveillé, G. (2003). *Guide d'intervention clinique en soins palliatifs- À l'intention des infirmières et des infirmiers*. Québec : Anne Sigier.
- White, R. (2008). A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. *Wounds UK*, 4(1), 1-6.
- Gallagher, R. (2010). Prise en charge des plaies douloureuses au stade avancé de la maladie. *Le médecin de famille canadien*, 56(9), 315-317.
- Gélinas, C., Viens, C., Fortier, M., & Filion, L. (2005). Les indicateurs de la douleur en soins critiques. *Perspective infirmière*, 2(4) 12-22.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS] (2011). *Pansement humide : méthode stérile ou propre*. Récupéré le 31 janvier 2011 de <http://msi.aqesss.qc.ca/methodes/afficher.aspx?id=301&kw=compresse> humide.
- St-Cyr, D. (2010). Escarre au talon : Données probantes concernant le débridement. *Perspective infirmière*, 7(2), 26-28.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [OIIO] (2002). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4*. Toronto.
- St-Cyr, D. (2010). Les hydrogels amorphes. *Perspective infirmière*, 7(3), 27-28.
- Woo, K. Y., & Sibbald, R. G. (2009). *Local wound care for cutaneous palliative wounds*. Communication présentée à la XV<sup>e</sup> conférence annuelle de l'Association canadienne du soin des plaies, Québec.

- Anderson, I. (2010). Key principles involved in applying and removing wound dressings. *Nursing standard*, 25(10), 51-57.
- Laflamme, P., & Côté, M. (2010). *Plaies en palliation : Approche de traitement et counselling*. Communication présentée au VIIIe congrès sur les plaies complexes présenté par l'Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis.
- St-Cyr, D. (2009). Le miel thérapeutique. *Perspective infirmière*, 6(6), 12.
- Gravel, P. (2006). *Là où les antibiotiques échouent, le miel fait des miracles*. Récupéré le 2 septembre 2010 de <http://www.ledevoir.com/non-classe/117686/la-ou-les-antibiotiques-echouent-le-miel-fait-des-miracles>.
- Segovia, D. (2010). The clinical benefits of active *Leptospermum* honey in oncologic wounds. *Ostomy wound management*, 56(10), 10-14.
- Hé, D. (2006). *Bilan des connaissances actuelles sur la cicatrisation des plaies cutanées chez le chien et le chat*. Thèse pour obtenir le grade de docteur vétérinaire. Université Paul-Sabatier à Toulouse, France.
- Huchet, E., Coustel, J., & Guinot, L. (1996). *Les constituants chimiques du miel*. Massy-Cedex : École nationale supérieure des industries agricoles et alimentaires.
- Hampton, S. (2010). How and when to use antimicrobial dressings. *Nursing residential care*, 12(11), 533-539.
- Patel, B., & Cox-Hayley, D. (2010). Managing wound odor #218. *Journal of palliative medicine*, 13(10), 1286-1287.
- Welch, L.B. (1981). Simple new remedy for the odor of open lesions. *RN*, 44(2), 42-43.
- St-Cyr, D. (2011). Les biofilms : Que sont-ils? Où sont-ils? Quels impacts ont-ils sur les soins des plaies? *Perspective infirmière*, 8(3) 36-38.
- Boothman, S. (2009). *Iodine white paper. The use of iodine in wound therapy*. Systagenix wound management.
- Sibbald, R.G., Orsted, H.L., Coutts, P.M., & Keast, D.H. (2006). Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie. *Wound care canada*, 4(1), 73-86.
- Delmore, B., & Duran, D. (2009). Wound care at the end of life. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(4), 381-383.

- Bardy, J., Slevin, N. J., Mais, K. L., & Molassiotis, A. (2008). A systematic review of honey uses and its potential value within oncology care. *Journal of clinical nursing*, 17(19), 2604-2623.
- Yiab, L. G. (2005). Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Singapore nursing journal*, 32(2), 42-48.
- Ford-Dunn, S. (2006). Use vaccum assisted closure therapy in the palliation of malignant wound. *Palliative medicine*, 20, 477-478.
- World Union of Wound Healing Societies (2008). *Principes de bonne pratique: Vaccum assisted closure: recommandations d'utilisation. Document de consensus*. Londres : MEP Ltd.
- KCI Medical Canada Inc. *Recommandations de l'utilisation de la thérapie VAC en soins palliatifs*.
- Lehne, A.R. (2001). *Pharmacology for nursing care*. Philadelphie: W.B. Saunders company.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2009). *WHO's Pain Relief Ladder*. Récupéré le 18 janvier 2011 de <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en>.
- Mélançon, V., Beaulieu, I., & Nadeau, C. (2002). *Le sufentanil par voie sublinguale dans le traitement des douleurs incidentes*. Bulletin de pharmacie. Québec : Maison Michel-Sarrazin.
- Zappetella, G. (2004). L'application topique d'opioïdes dans les ulcères douloureux. *Journal européen de soins palliatifs*, 11(3), 93-96.
- Zappetella, G., Joel, S.P., & Ribeiro, M.D. (2005). Stability of morphine sulphate and diamorphine hydrochloride in intrasite gel. *Palliative medicine*. 19(2), 131-136.
- Kakimoto, M., Tokita, H., Okamura, T., & Yoshino, K. (2010). A chemical hemostatic technique for bleeding from malignant wounds. *Journal of palliative medicine*, 13(1), 11-13.
- Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005). Malignant wounds in women with breast cancer : Feminine and sexual perspectives. *Journal of clinical nursing*, 14, 56-64.
- Hennezel, M (2011). Les valeurs du soin. *Spiritualité santé*, 3(3), 10-14.
- Fromantin, I. (2006). Suivi ambulatoire des plaies cancéreuses : Le rôle de l'infirmière expert. *Soins*, 51(702), 47-50.
- Lavoie, M. (2008). La contribution de la théorie de l'humain en devenir au développement des soins palliatifs. *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 8(2), 9-17.
- Nadeau, G. (2006). La présence: Une compétence? *Les cahiers de soins palliatifs*, 7(1), 31-47.