Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Asticothérapie pour le débridement des plaies. Un essai multicentrique randomisé.

Maggot therapy for wound debridement. A randomized multicenter trial.

Opletalová K., Blaizot X., Mourgeon B., Chêne Y., Creveuil C., Combemale P., Laplaud A.L., Sohyer-Lebreuilly I., Dompmartin A. Arch. Dermato. 2012 ; 148 (4) : 432-8.

Chleir F.

Depuis 2004, les asticots sont reconnus comme traitement en France et aux États-Unis.
On favorise la cicatrisation d'un ulcère en réalisant un débridement, en restaurant la flore normale et en stimulant des facteurs de croissance.

Les effets des asticots sur les plaies sont divisés en trois mécanismes : un débridement, une action antibactérienne et une stimulation de la cicatrisation.

Peu d'études cliniques ont été publiées sur ce sujet.

Kristina Opletalova et ***Anne Dompmartin*** (Caen) ont conduit **une étude de phase III, prospective, randomisée et contrôlée**, dans le but d'étudier l'efficacité des asticots enfermés dans un pansement sur le débridement des plaies et en le comparant avec un traitement conventionnel.

Le critère principal était de comparer le taux de tissu nécrotique à J15.
Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le débridement (à J8 et 30), la cicatrisation (à J8, J15 et J30), la douleur liée au traitement, les modifications microbiologiques, le confort et le temps passé aux soins.

119 patients présentant des ulcères variqueux, fibrineux et torpide, de 40 cm^2 au maximum, ont été inclus.
Dans chaque pansement, étaient enfermés 80 asticots issus d'œufs désinfectés de mouches vertes (*Lucilia sericata*).
Les asticots de cette mouche ont la propriété de ne consommer que les tissus nécrosés.
La face du pansement en contact avec le malade est une membrane biocompatible, permettant aux asticots d'effectuer leur travail sans s'échapper.
Il n'y a pas eu de réticence de la part des patients à avoir ce traitement.

Dans le groupe témoin, un débridement chirurgical des plaies a été réalisé trois fois par semaine.
Un pansement hydrocolloïde était posé sur les plaies sèches et un alginate ou un pansement à fibres était posé sur les plaies suintantes.

Les résultats montrent qu'il y a une différence significative en faveur du pansement utilisant les asticots à J8 pour le critère principal.
Mais la différence ne persiste pas à J15, ne justifiant pas la poursuite du traitement par asticothérapie au-delà de la première semaine.
Durant les huit premiers jours, le débridement est plus rapide dans le bras asticothérapie.
Les cotations de la douleur sont similaires dans les deux groupes.
L'usage d'un anesthésique local n'a concerné que le groupe du traitement conventionnel.
Les soins du groupe de l'asticothérapie sont plus rapides.
L'étude confirme par ailleurs que l'asticothérapie n'accroît pas les pourcentages de cicatrisation.

Le résultat est donc positif pour l'asticothérapie pendant les 8 premiers jours.

Néanmoins, deux questions demeurent : le débridement peut-il être amélioré en utilisant plus d'asticots ?

Et si c'est le cas, l'augmentation du nombre d'asticots augmente-t-elle la douleur ?