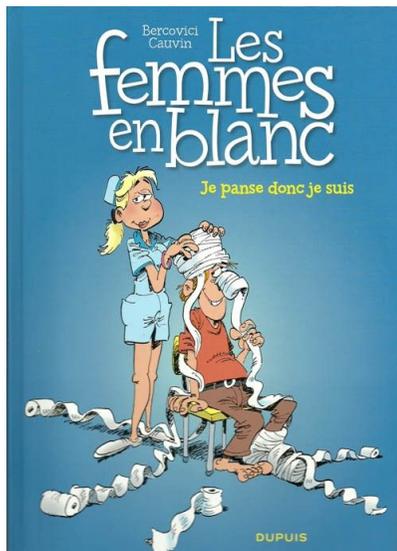


# Prise en charge des plaies et cicatrisation

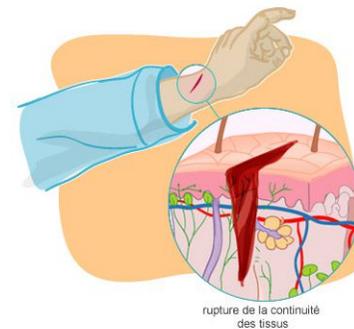
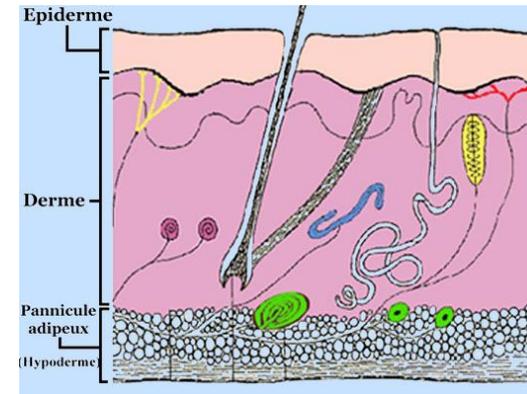


Formation Plélan Le Grand  
Novembre 2017  
Andrée-Alice Allain  
IDE, expert en plaies

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

# Définition de la plaie

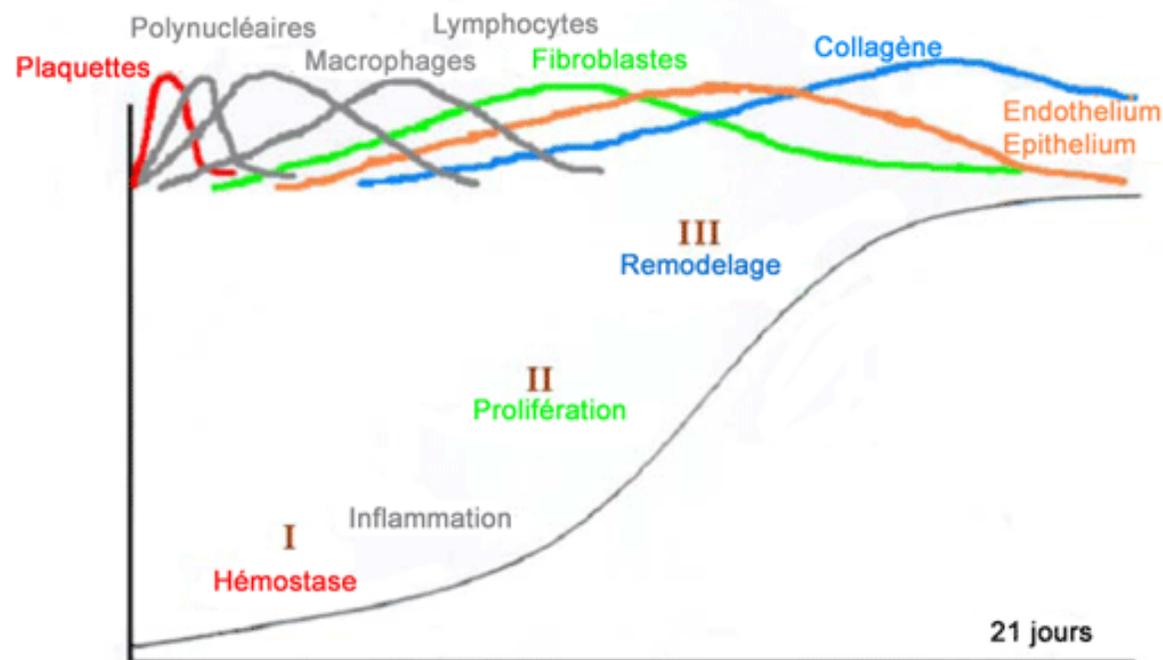
- **Rupture de la continuité** et de l'intégrité de la peau due à une agression physique, thermique ou mécanique
- **Deux types de plaies :**
  - les plaies aiguës
  - les plaies chroniques



La plaie

# Physiologie de la cicatrisation (1)

- Le processus complexe de cicatrisation est découpé en 4 phases (plaies aiguës)



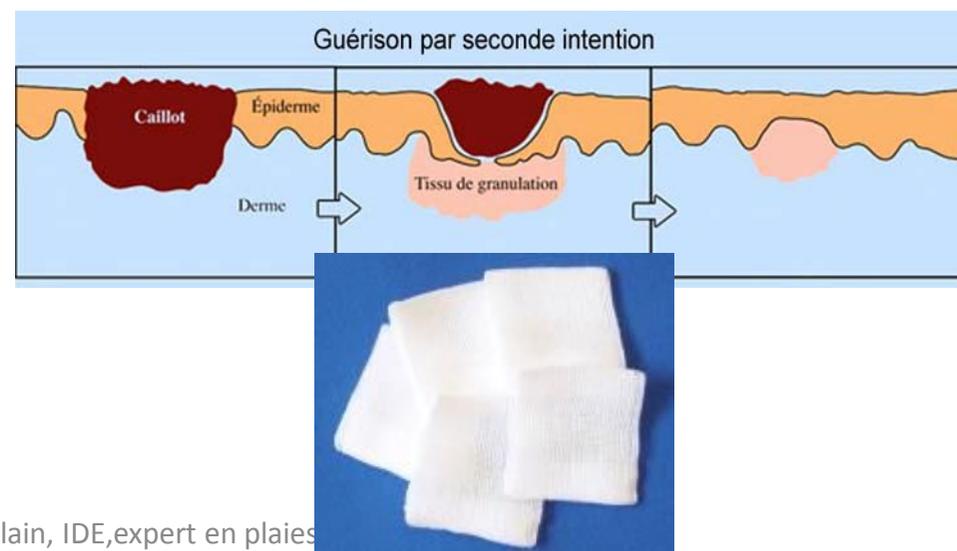
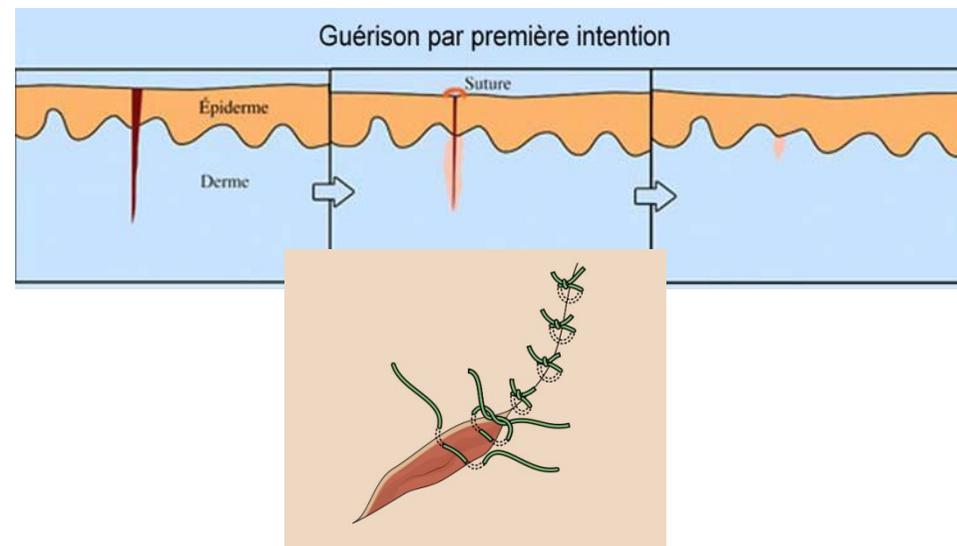
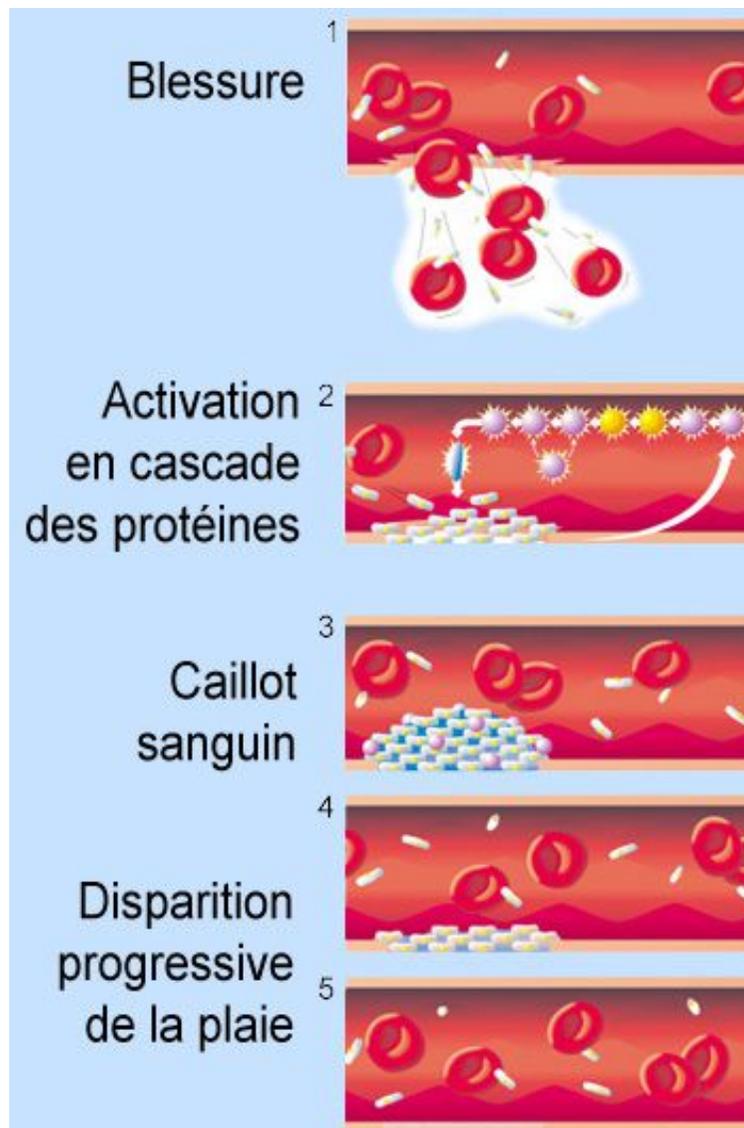
## Physiologie de la cicatrisation (2)

1)Phase vasculaire et inflammatoire (5 à 7 jours) avec la formation de caillot, arrivée des macrophages et des facteurs de croissance

2)Phase de prolifération – granulation (10 à 15 jours) avec évènements en cascade favorisant la néo formation des vaisseaux et tissu pour combler la plaie

3)Phase d'épidermisation (7 à 15 jours) avec couverture finale de la plaie à partir des berges

4)Phase de remodelage (2 mois à 2 ans) avec retour à une structure et une fonction proche de la normale



# Définition des plaies aiguës

- « En l'absence de facteur local ou général pouvant retarder la cicatrisation, on parle de **plaie aiguë** (HAS 2011) »
- Plaie due à un **traumatisme** ( choc, chirurgie), dans un tissu sain, à un moment précis avec un mécanisme connu (coupure)



- La **cicatrisation est rapide** mais dépend de la profondeur et du contexte (vascularisation), de la survenue d'une infection
- La plaie aiguë peut se chroniciser ( retard de cicatrisation )

# Plaie aiguë

« Les causes de plaie aiguë incluent notamment les brûlures, les gelures, les morsures, les greffes et les prises de greffe, les dermabrasions profondes, les plaies à cicatrisation dirigée postchirurgicale et les sinus pilonidaux opérés. (HAS 2011) »



# Plaies chroniques

« Une **plaie chronique** est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après **4 à 6 semaines d'évolution**, selon son étiologie. Les causes de plaie chronique incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation (déf HAS) »



Ulcer mixte



Ulcer artériel



Ulcer veineux



Mal perforant plantaire



Escarres



Amputation  
transméta

# Phases de cicatrisation des plaies chroniques

❖ Phase de détersion : présence de nécrose et/ou fibrine (tissu inerte qui empêche la cicatrisation)



❖ Phase de bourgeonnement : présence de bourgeons rouges et charnus (cicatrisation dermique)



❖ Phase d'épithélialisation ou d'épidermisation: c'est la cicatrisation épidermique

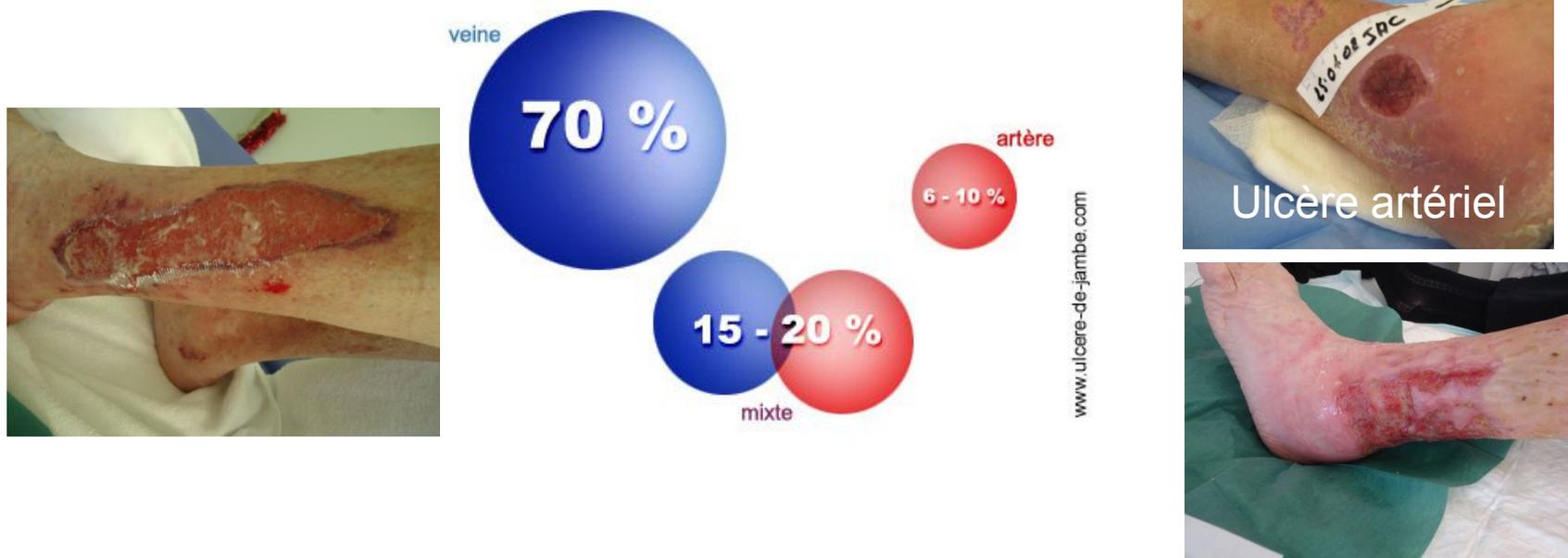


☞ **Le temps de cicatrisation est allongé +++**  
(plusieurs mois ou années!!!!)



# Classification des ulcères de jambe

- ❖ 5 à 10 % des ulcères de jambes sont liés à une A.O.M.I
- ❖ 15 à 20% des ulcères artériels sont associés à une I.V



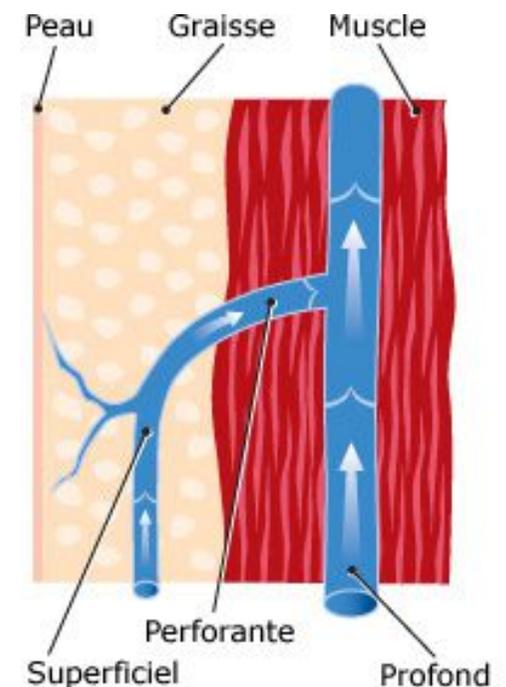
➔ **Ulcère veineux = recherche systématique d'AOMI**

# Anatomie du réseau veineux

- ❖ Le sang revient au cœur par les veines grâce à 2 réseaux :
  - un réseau veineux profond drainant 90% de circulation de retour (gros débit)
  - un réseau veineux superficiel drainant 10% avec la grande veine saphène (interne) et la petite veine saphène (externe)

## Les perforantes relient les 2 réseaux

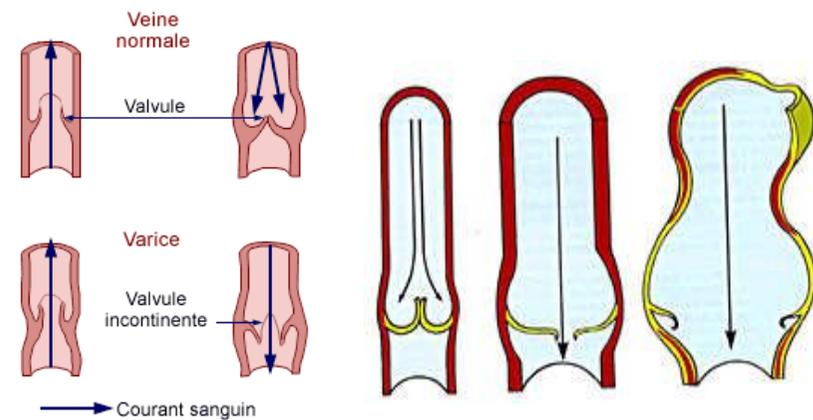
Chaque système veineux est pourvu de valvules qui s'opposent au reflux sanguin

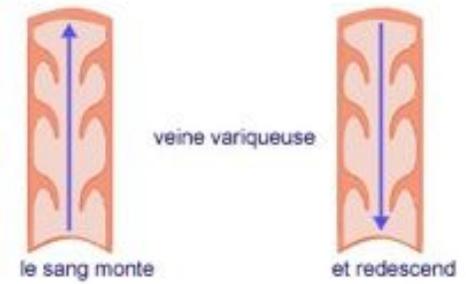
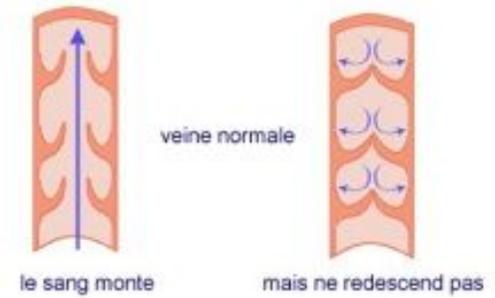
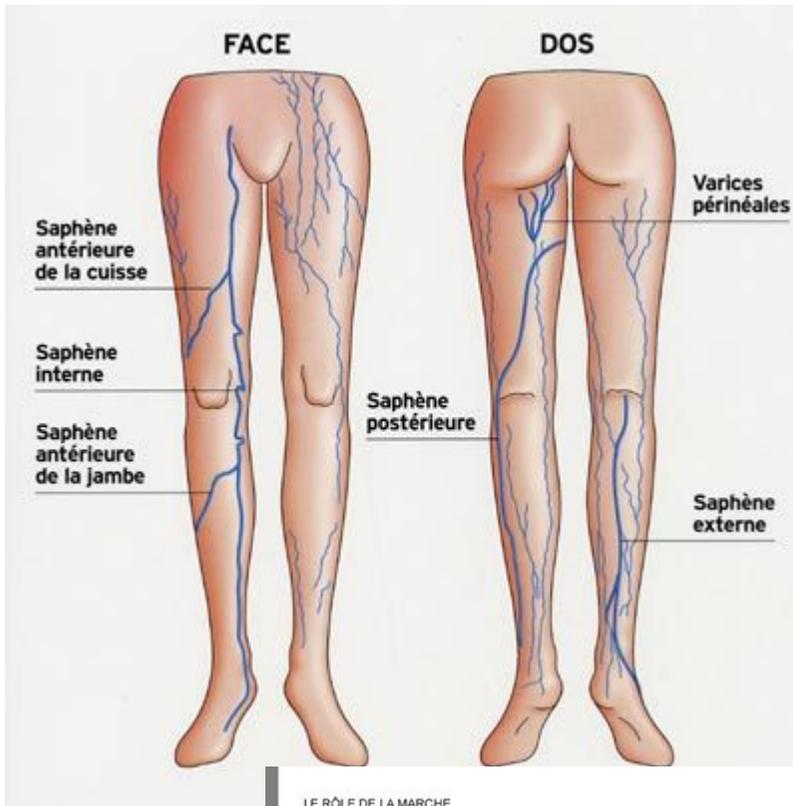


# Physio- pathologie

L'ulcère veineux résulte :

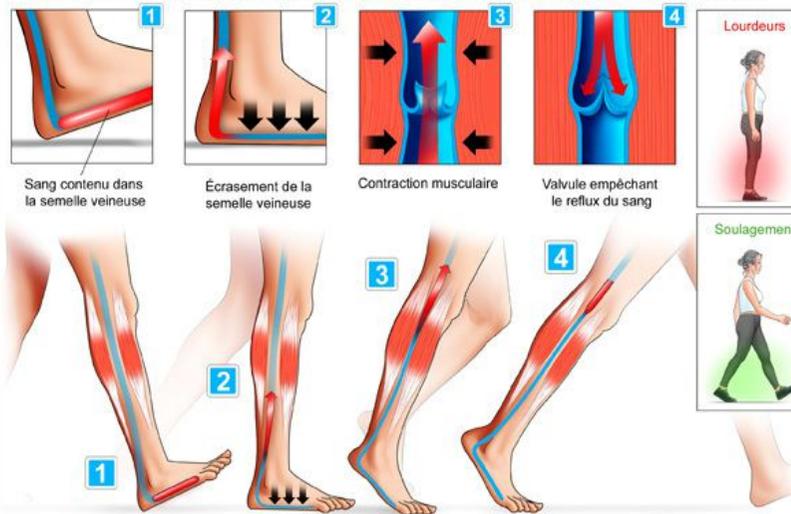
- d'une **hyperpression veineuse** par anomalie du réseau veineux superficiel (varices) ou profond (post-thrombotique) associée à
- une pathologie de la **paroi veineuse (valvules)**
- un **mauvais fonctionnement** du moteur musculo-articulaire (cheville bloquée)





**LE RÔLE DE LA MARCHÉ**

Écrasement des collecteurs veineux du mollet à chaque pas, les valves obligeant à une progression vers le haut (cœur)



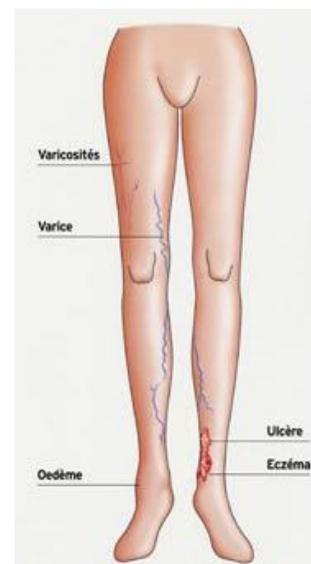
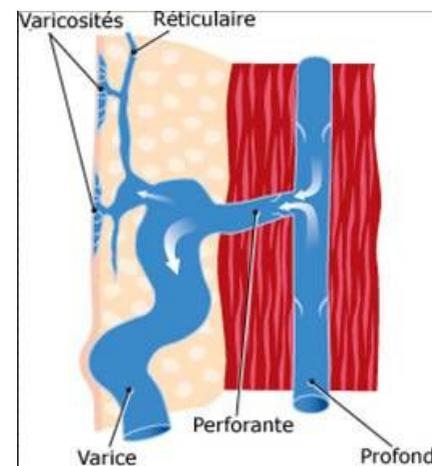
# Conséquences

Anomalie du réseau veineux =

→ hyperpression veineuse

→ anoxie cutanée

→ = **ulcères**



# Caractéristiques de l'ulcère veineux

- Siège péri malléolaire, entre cheville et mollet
- Peu ou **pas douloureux**
- Superficiel
- Contours **irréguliers**, en carte de géographie
- Bords en pente douce
- Fond de la plaie **fibrineux et bourgeonnant**
- Plaie **exsudative +++** ( lié à l'oedème)
- Taille variable qui augmente rapidement



# Peau péri ulcéreuse

Peau périphérique sèche à coloration **brunâtre**

Eczéma veineux , atrophie blanche, hypodermite scléreuse

Œdème

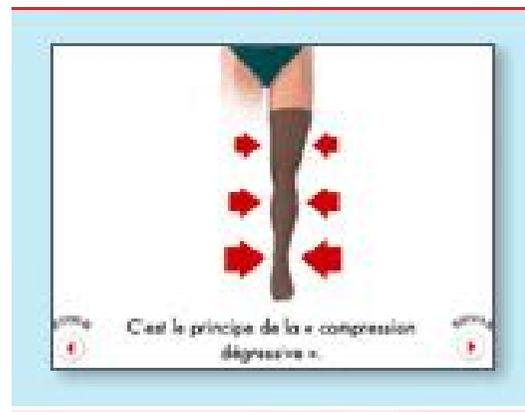
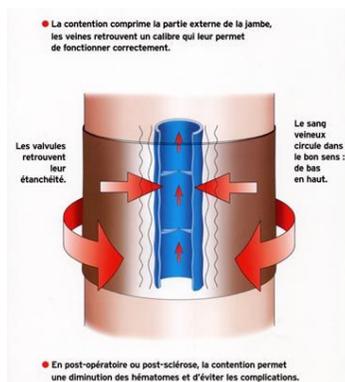


Eczéma de contact avec un aspect inflammatoire, vésiculo- croûteux, suintant et prurigineux; mal limité et lésions à distance



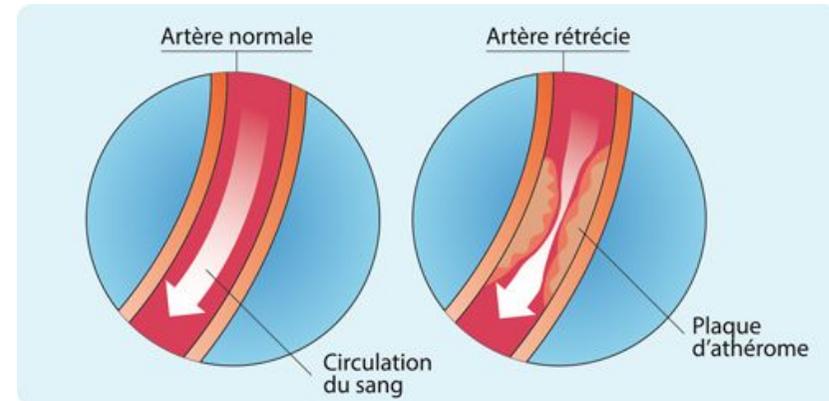
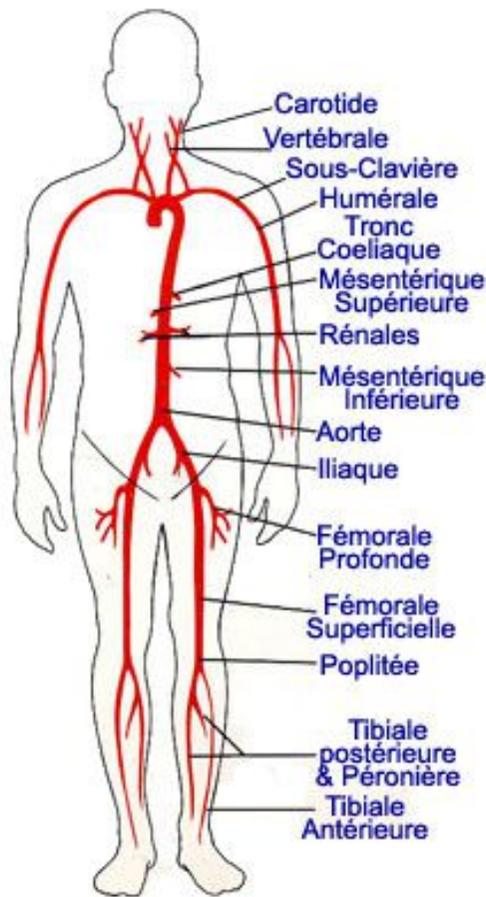
# Traitements médicaux

- **Compression +++** (contention) = « c'est un médicament qui se porte »
- Hygiène de vie (marche, éviter source de chaleur...)
- Postures jambes sur-élevées
- Soins locaux



# Anatomie du réseau artériel

Tubes élastiques, peu de résistance au passage du sang



# Physiopathologie

**A.O.M.i** : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)

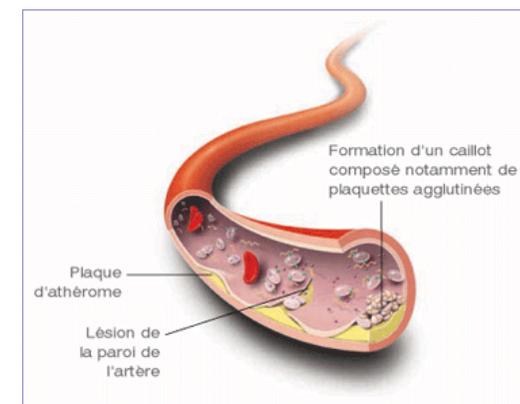
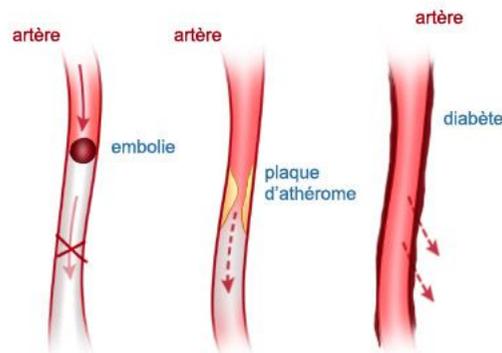
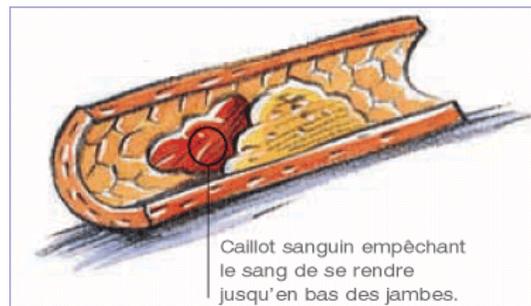
**Importante morbi-mortalité** de l'artérite :

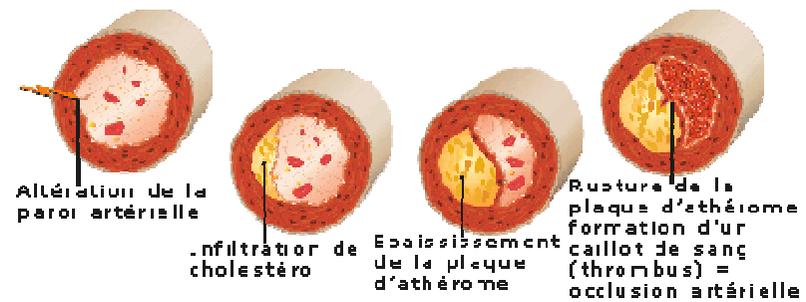
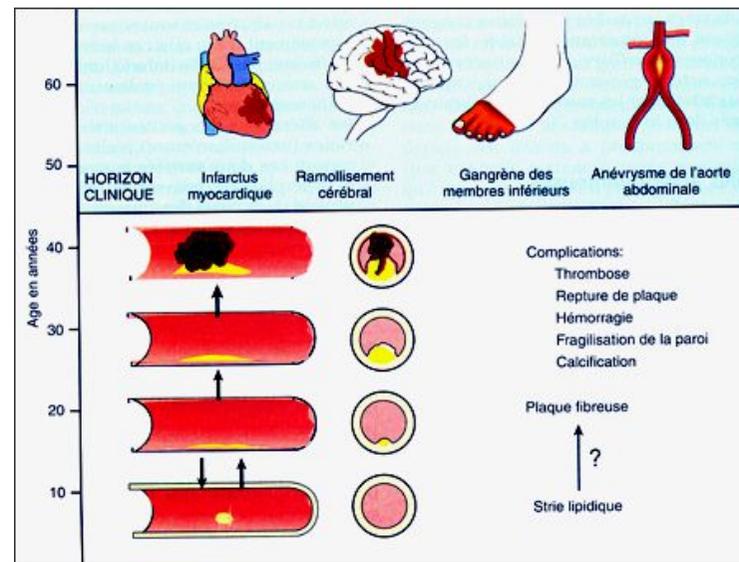
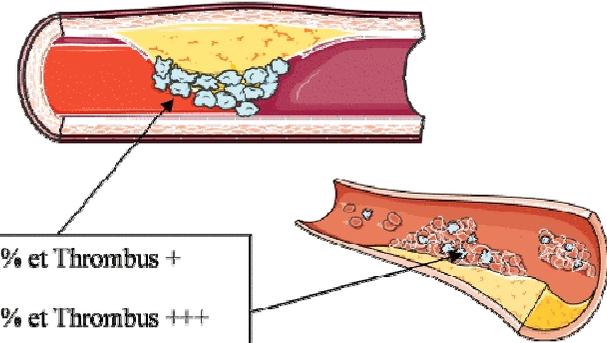
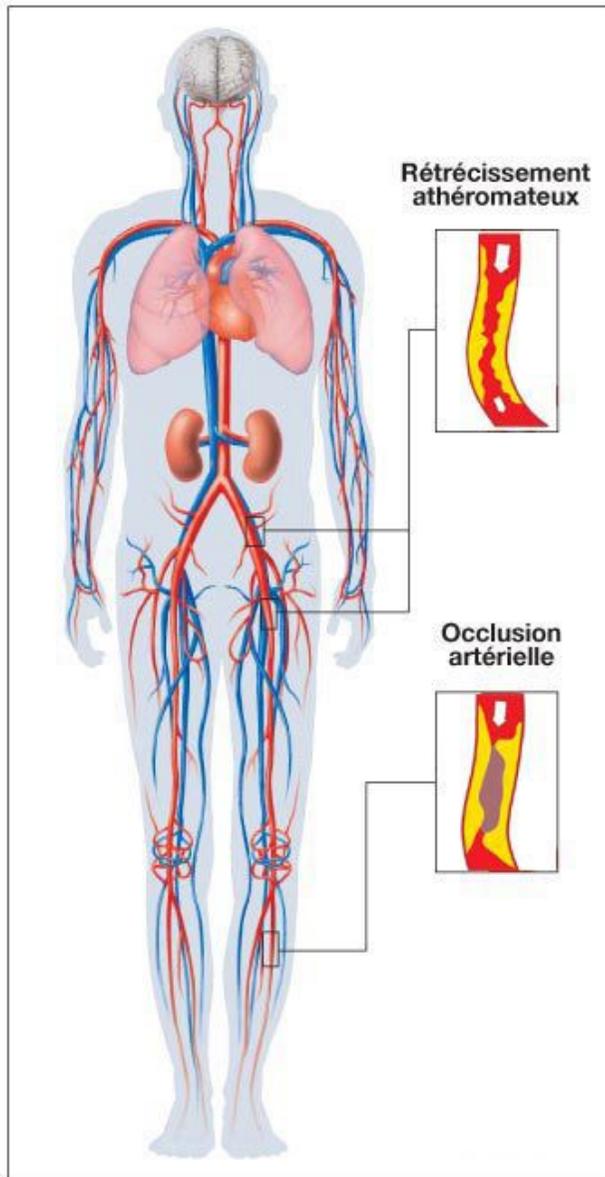
- risque de décès de 30% dans les 5 ans
- 50% à 10 ans (IDM,AVC)
- risque d'amputation majeure dans 2% des cas à 2 ans



# Définition

- **L'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI)** ou artérite est une maladie des artères qui se caractérise par la présence de sténoses (rétrécissements localisés du diamètre de l'artère) ou de thrombose (formation d'un bouchon ou caillot dans le canal intérieur appelé lumière de l'artère)
- Conséquence : mauvaise irrigation ou "ischémie" des tissus et muscles sur le territoire des artères atteintes.

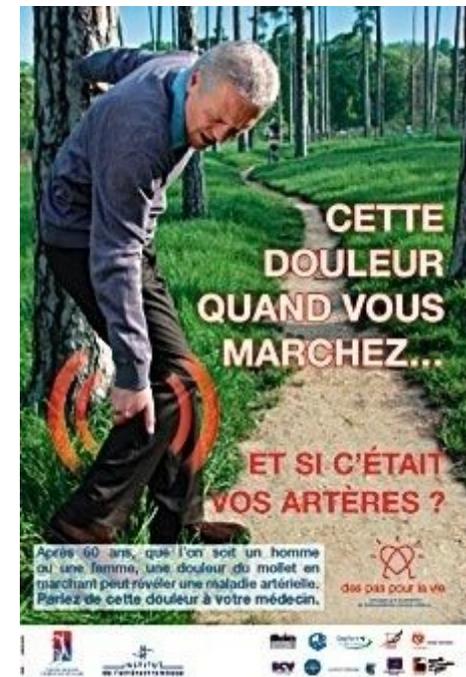




# Classification de Leriche et Fontaine

**Stade 1** : absence de pouls sans trouble ischémique

**Stade 2** : claudication intermittente avec crampes à la marche et PM limité



- **Stade 3** : douleurs de décubitus à type de crampes de la plante des pieds ou des orteils
  - ⇒ cédant avec jambe pendante au bord du lit, au fauteuil ou à la marche
  - ⇒ différente de la crampe musculaire
  - ⇒ intermittente ou permanente
- **Stade 4** : lésions trophiques dues au déficit circulatoire permanent (nécroses distales, ulcères de jambe, escarres talonnières)

👉 **membre menacé = hospitalisation**



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

# Examen clinique

- Palpation des pouls distaux : pédieux, tibial post
- Temps de recoloration au repos et en surélévation
- Aspect cutané : peau sèche, dépilée



palpation de la pédieuse  
et de la tibiale postérieure

# Tableaux cliniques des plaies

- Ulcère de jambe



- Stade 4 distal



# Caractéristique de l'ulcère artériel

- localisation au niveau des zones mal vascularisées : dos et bord du pied, orteils, face antérieure de la jambe, suspendu ou sous- malléolaire, talon
- plaie **très douloureuse**
- taille variable, profond,
- **peu exsudatif**
- bords réguliers (**à l'emporte pièce**), tranchants
- fond pâle, fibrineux, **atone** avec des zones de **nécrose**
- expositions tendineuses possibles
- peau péri ulcéreuse sèche, dépilée



# Ulcère mixte

- Pathologie veineuse associé à une AOMI



## Caractéristiques des ulcères vasculaires

	ULCERE VEINEUX	ULCERE ARTERIEL
<b>GENERALITES</b>	Le plus fréquent : 80% post-phlébitique	Tournant évolutif dans l'évolution d'une AOMI
<b>TERRAIN</b>	IV importante (stase +++) ATCD de phlébite (parfois méconnue)	Facteurs de risque d'athérome (tabac+++) Polyvasculaire
<b>HISTORIQUE</b>	Souvent ancien et/ou récidivant, bien toléré	Habituellement récent, mal toléré
<b>SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIES</b>	Symptômes d'insuffisance veineuse	AOMI symptomatique mais critères inconstants
<b>SIEGE</b>	Péri-malléolaire	En distalité ou suspendu
<b>SYMPTOMES</b>	Peu ou pas douloureux	Douleur intense Maximale en décubitus
<b>ASPECT</b>	Fond : fibrine , bourgeons, superficiel	Fond : atone, creusant, structures sous jacentes à nu
<b>TEGUMENTS PERIULCEREUX</b>	Hypodermite, dermite ocre	Peau fine, dépilée
<b>EXAMEN VASCULAIRE</b>	Pouls périphériques perçu <small>Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies</small>	Abolition des pouls périphériques

# Angiodermite nécrotique

- 10 % des ulcères vus à l'hôpital, femme de plus de 60 ans, HTA, diabétique . **Micro-angiopathie**
- **Pas de déterision mécanique** : aggrave la plaie
- **Douloureux ++**, évolutif ( 3 ans), greffes en pastilles pour diminuer la douleur et accélérer la cicatrisation
- Diagnostic fait sur la clinique et sur **la biopsie**



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

# Le pied diabétique

Association de 3 complications liées au diabète :

- une **neuropathie** périphérique sensitivomotrice +/- neuropathie autonome
- une **artériopathie** des membres inférieurs
- une ostéo-arthropathie

Risque de plaie

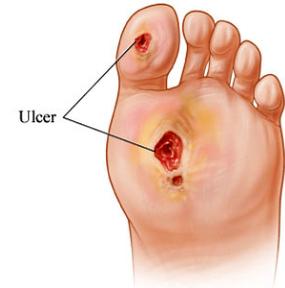


Risques infectieux +++  
majorés par le diabète



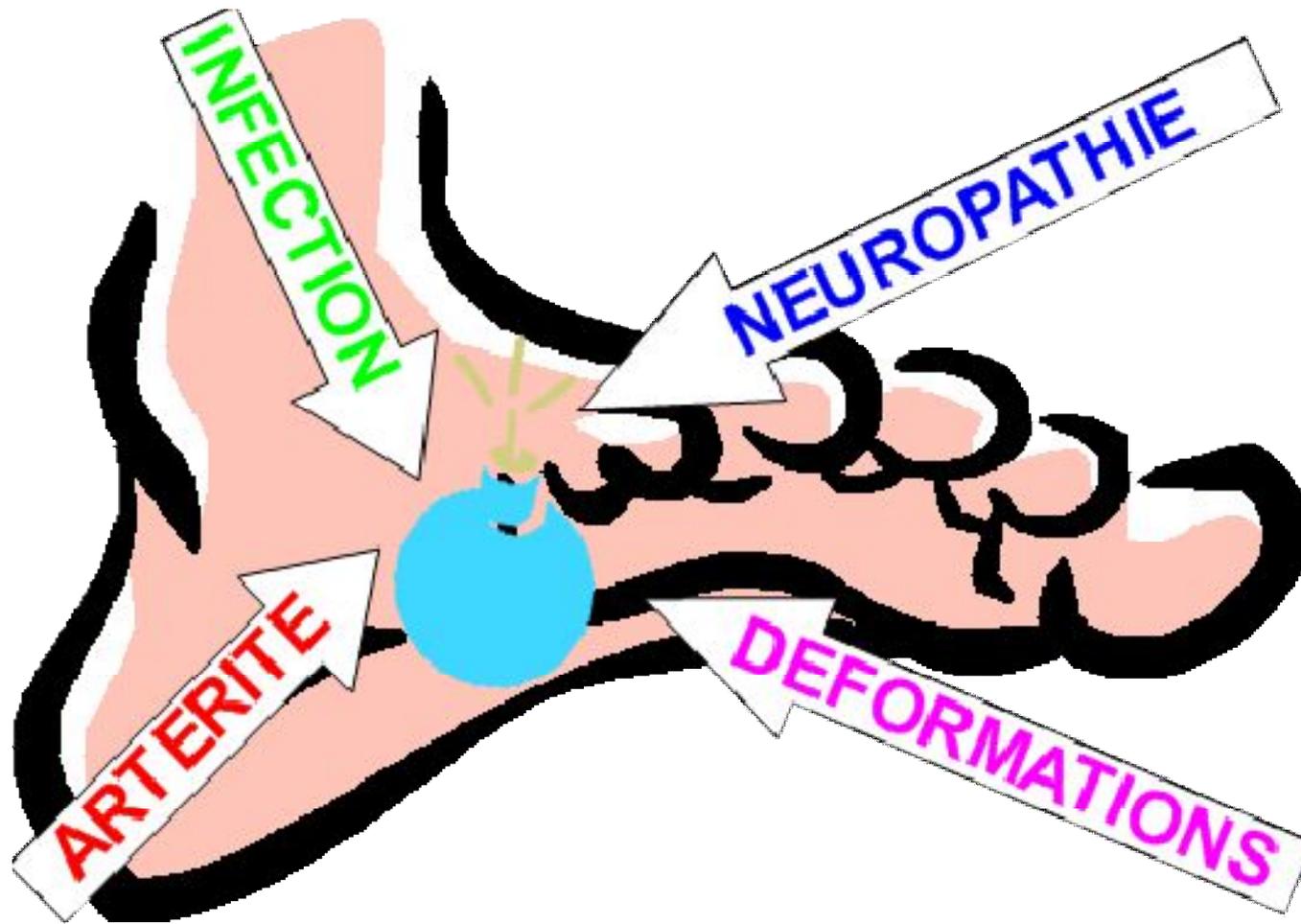
Risque d'amputation

**DIABETIC FOOT**



Orteil en saucisse = ostéo-arthrite

❖ **Toujours dans un contexte d'hyperglycémie chronique**



- 3 types de plaies**
- Mal perforant plantaire (MPP) ou ulcère neuropathique
  - Plaie neuro-ischémique (mixte)
  - Ulcère ischémique

**1) Ulcère ischémique** : lésion irrégulière, de **localisation spécifique** : bord latéral du pied , des orteils, pulpe des orteils, talon, orteils . +/- douloureux

- Souvent secondaire à des **traumatismes minimes**, conflit pieds-chaussures, débute par une phlyctène ou petite lésion
- La plaie est fibrineuse, nécrotique . **Risque infectieux ++**
- On retrouve les signes d'ischémie : abolition des pouls, dépilation, peau fine, luisante et fragile, avec un risque de lésion secondaire lors de la réalisation et de l'ablation des pansements

**Bilan vasculaire +++**

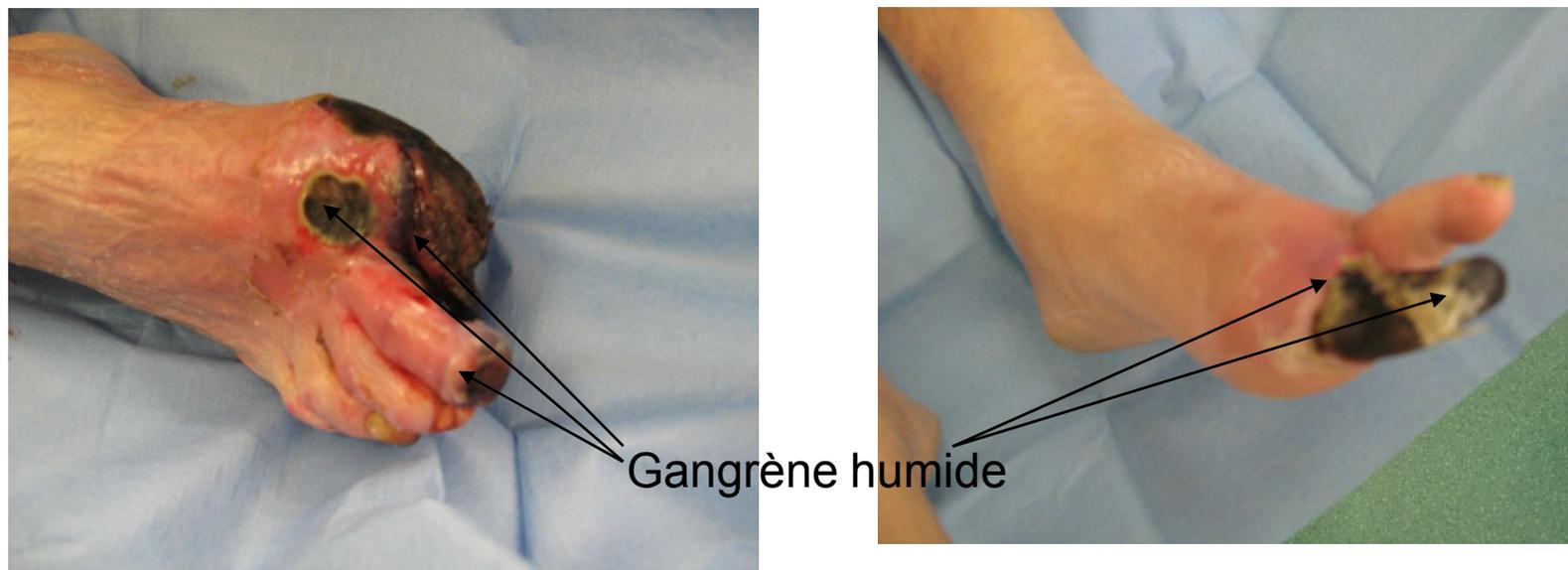


## 2) Plaie neuro-ischémique ou mixte : gangrène distale (sèche ou humide), zone violacée puis noire (orteils, pied)

- Diagnostic difficile ...examen clinique et bilan vasculaire pour évaluer l'ischémie tissulaire (éviter une amputation)

**Infection = facteur aggravant et piegant**

- Pied vulnérable et fragile ...pas de détersion. Avis vasculaire



3) Mal perforant plantaire (MPP) :c'est une lésion purement neuropathique (liée aux troubles de la sensibilité et aux troubles de la statique du pied )

- **sensitive**: perte de la sensation de douleur, la plaie par microtraumatisme s'installe et s'aggrave

- **motrice** : déformation du pied et anomalies des appuis provoquant des plaies sur zones de pression

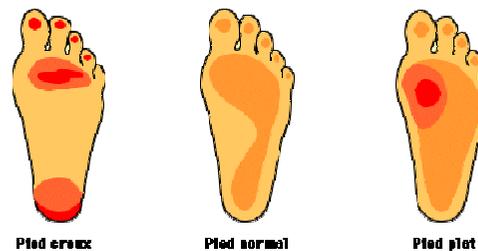


- **autonome** : altération de la vasodilatation et vaso constriction provoquant sécheresse de la peau (crevasses) fragilité du pied (pied de Charcot)



# L'hyperkératose: plaie d'hyperpression sur zone d'appui pathologique

- Les lésions siègent au niveau des points d'appui plantaires, sous les têtes des métatarsiens, mais parfois aussi au niveau de la pulpe d'un orteil en griffe
- Les sept points d'appui plantaire physiologiques : les 5 têtes des métatarsiens, la styloïde du 5<sup>ème</sup> métatarsien au bord externe du pied, le talon
- C'est au niveau de ces points d'appui que se développent les durillons qui feront le lit des maux perforants plantaires



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies



# Aspect des MPP

- Aspect à **l'emporte pièce** entourée d'une hyper kératose
- Souvent **indolore** , atone, peu fibrineux , absence de nécrose
- **Exsudats modérés** sauf en cas d'infection (pus présent possible )



- Déformation du pied = hyperpression = hyperkératose = corps étranger agressif
- Formation d'une sérosité inflammatoire sous tension = lésions du tissu sous-cutané
- Ouverture à la peau = plaies = MPP
- Infection profonde des parties molles (abcès)
- Ostéite ( par contiguïté)

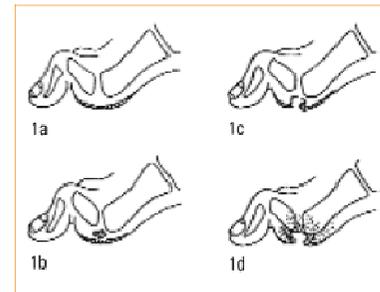


Fig. 1. Différentes étapes dans la formation d'un ulcère neuropathologique causé par stress mécanique.  
 1a. Formation calleuse. 1b. Saignements sous-cutanés.  
 1c. Formation d'ulcère. 1d. Infection profonde et ostéomyélite.

Sous l'orifice externe entouré d'une hyperkératose, il existe une chambre de décollement( petite poche hydrique)  
 L'ablation de la kératose mettra à nu une zone cavitaire avec une large perte de substance



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

# Evolution

- L'apparence est **trompeuse** : une plaie qui semble superficielle peut être profonde
- Évolution naturelle en profondeur avec **pertuis et cavernes** : plaies à explorer systématiquement (sonder avec pince, stylet)
- Si œdème et inflammation +/- douleur et/ou fièvre : abcès sous-jacent probable = urgence médicale
- La mise en décharge (lever les contraintes mécaniques) évite aussi l'infection ou l'aggravation

## Diagnostic difficile chez le diabétique

- peu ou pas douloureux
- pas de fièvre systématique mais déséquilibre du diabète et aggravation de la plaie



# Soins du MPP

- Eviter les colorants type éosine (cache l'inflammation , souvent seul signe d'alerte d'une infection)
- Nettoyage au NaCl ou eau+ savon
- Ablation de l'hyper keratose
- Si plaie = avis médical + soins infirmiers et/ou pédicurie



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

- Ablation de l'hyperkeratose +++
- Si pertuis ou cavité : irrigation et méchage avec DM adapté au stade et aux exsudats
- Si infection, même soin . Antiseptiques locaux quelques jours . Pas d'ATB locaux. Avis médical



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

# ① + ② + ③ → AMPUTATION



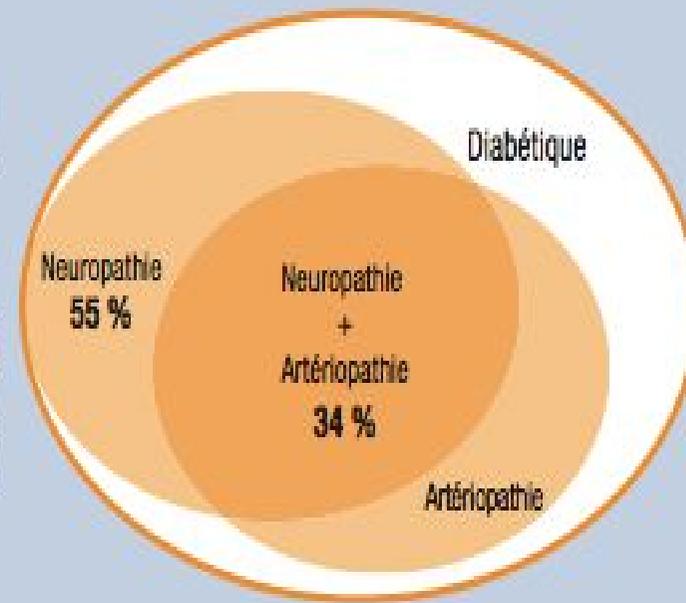
Amputation cuisse



## A retenir:

Le trio **Neuropathie + Artériopathie + Troubles statiques** conduit souvent à **l'amputation**.

Pourtant, dans au moins 50% des cas, elle pourrait être évitée grâce à une vigilance quotidienne et à une prise en charge rapide et efficace de la plaie.



# Traitement

- **Général** : diabète, pathologies associées
- **Local** : mise en décharge de la plaie  
pansement

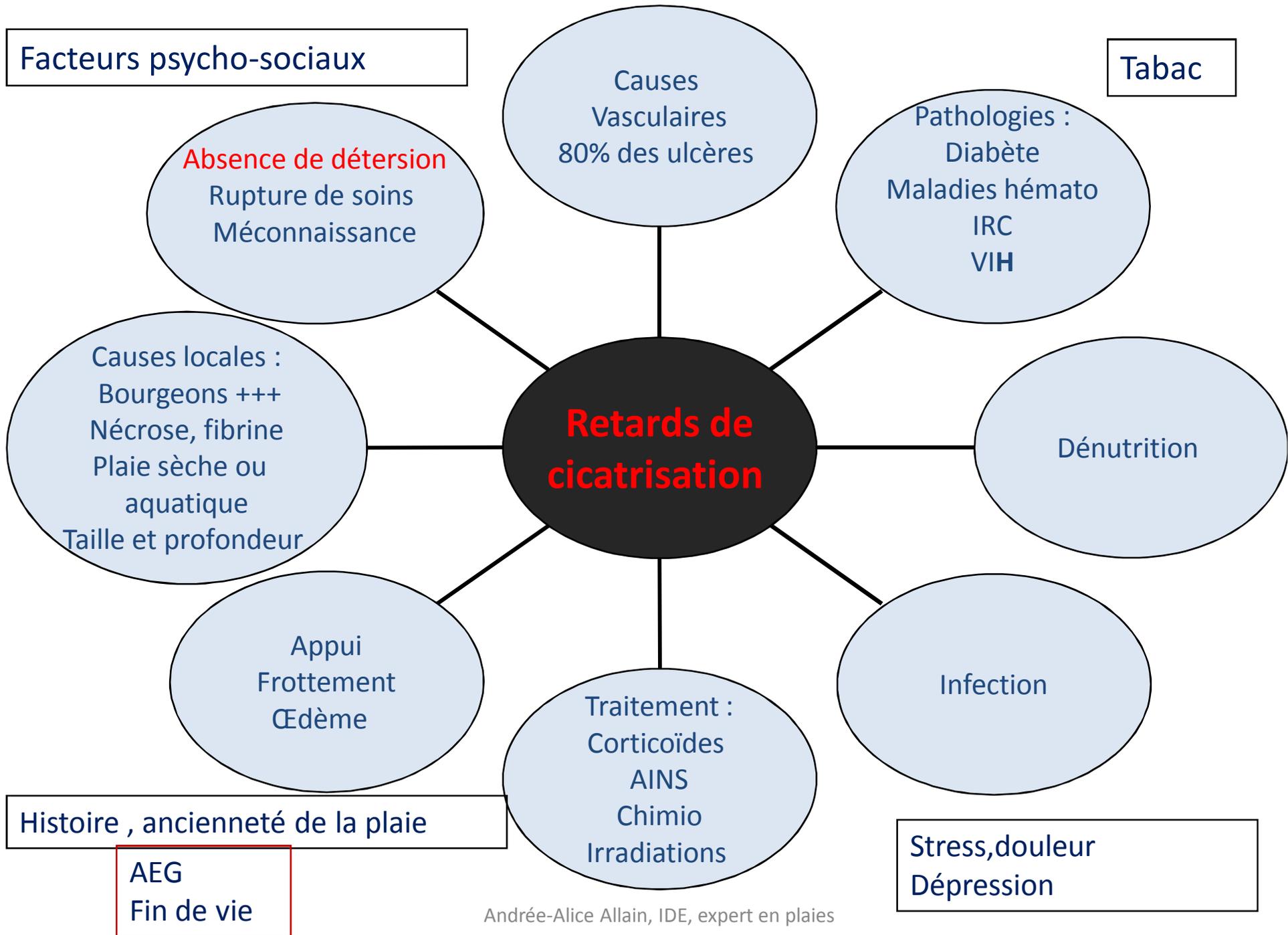


# Attitude thérapeutique (décret, recommandations)

- **Ulcères de jambe** = prise en charge médicale et soins infirmiers :
  - **veineux** : **compression +++**, postures, pansement, chirurgie, chaussage adapté
  - **artériel** : **revascularisation**, pansement, mise en décharge
  - **mixte** : traiter les 2 pathologies
  - **pied diabétique** : mise en décharge, soins de pédicurie et/ou IDE (ablation de l'hyperkératose ) équilibre du diabète, pansement

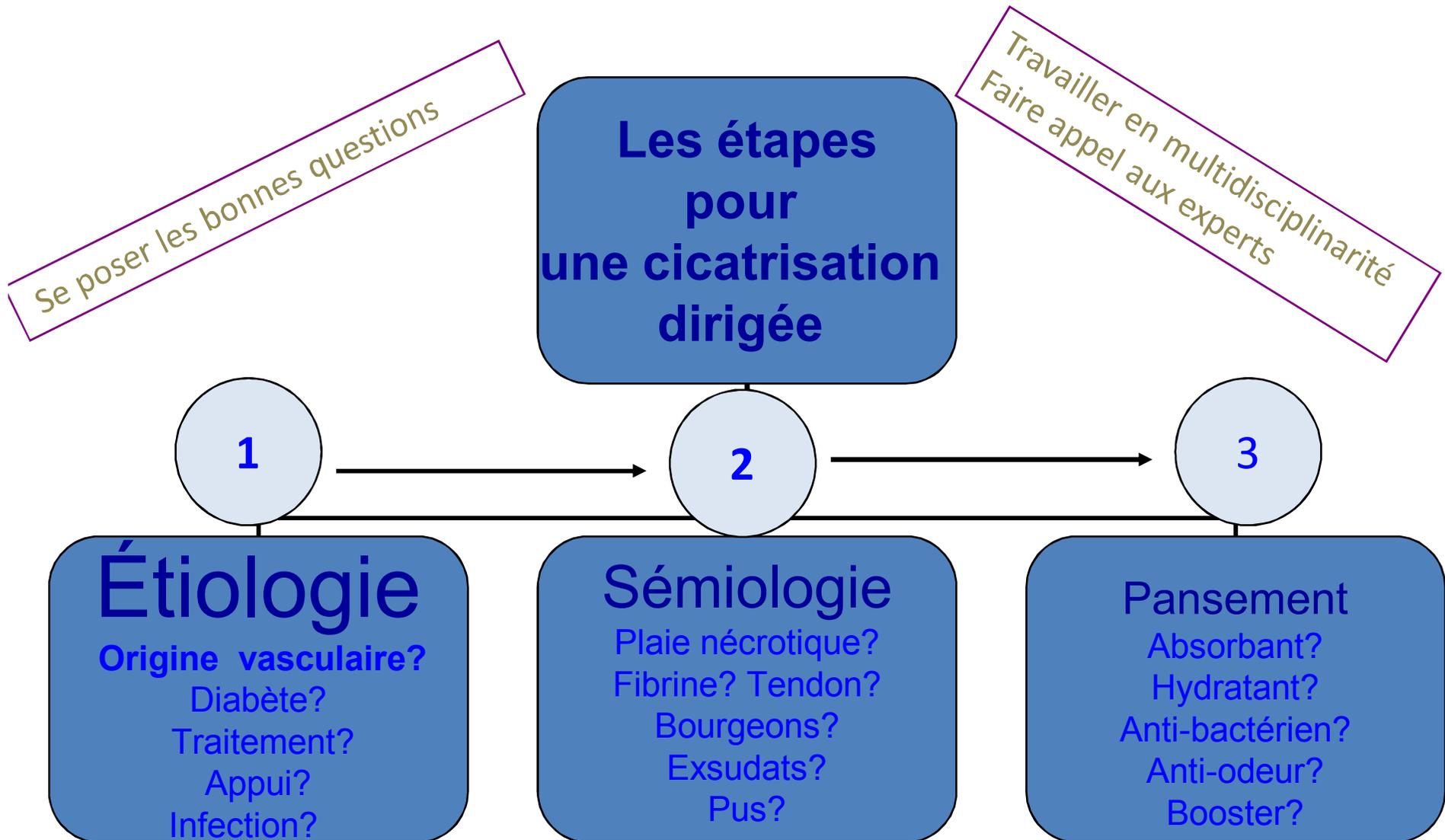


Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

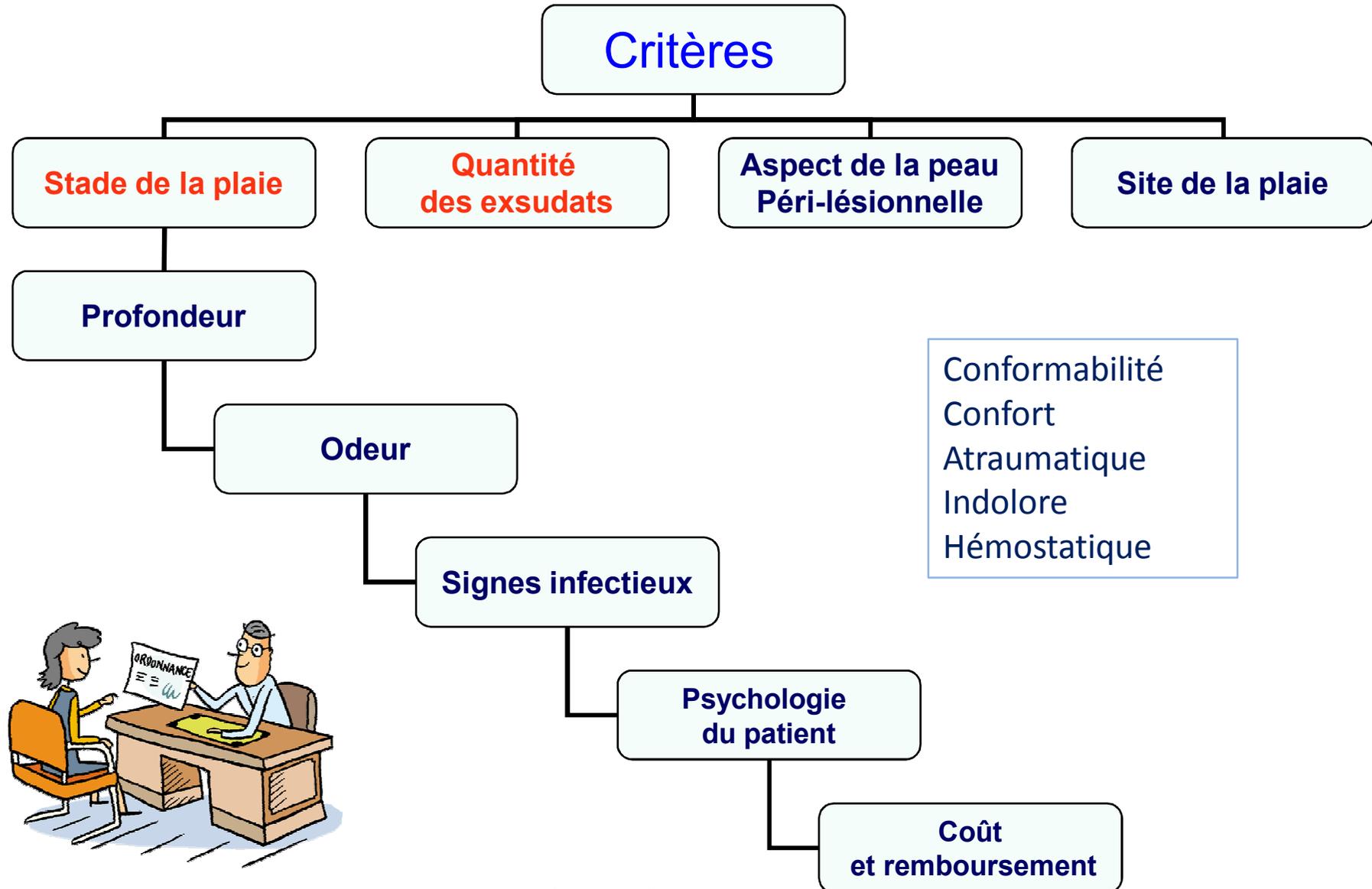


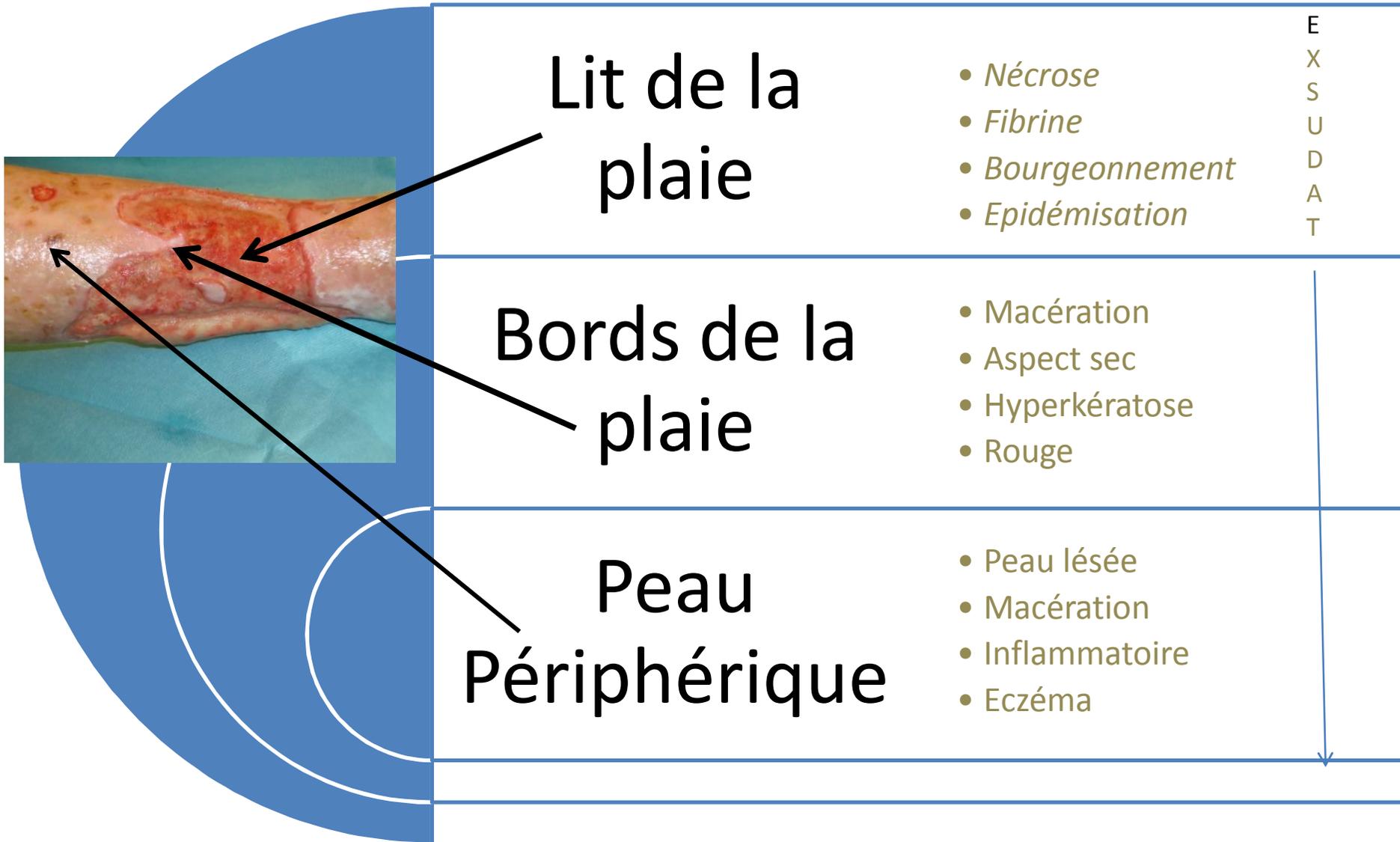
# Démarche clinique

Le pansement est nécessaire mais jamais suffisant pour obtenir une cicatrisation...quelque soit le type de plaies!!!!



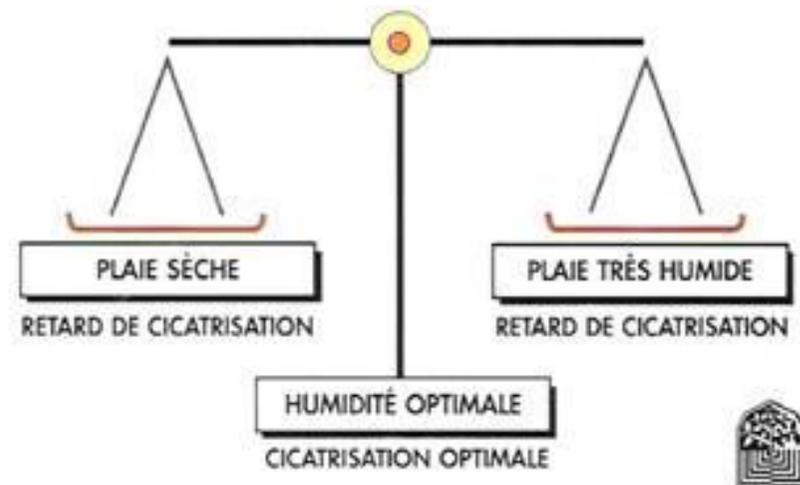
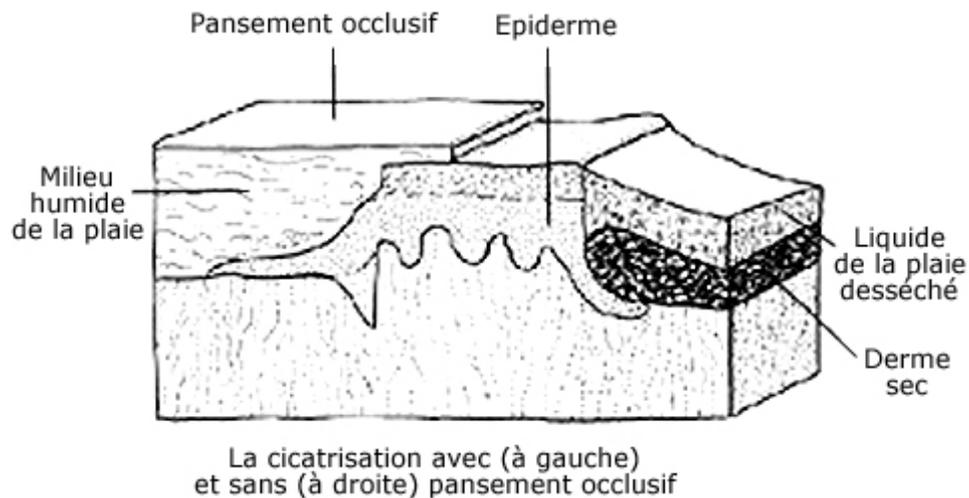
# Comment choisir un pansement ?





# Principe du milieu humide

- Pas de pansement cicatrisant actuellement
- Cicatrisation **en milieu humide** ( Winter en 1963)
- 1<sup>er</sup> pansement humide : Hydrocolloïdes en 1990



## Hydrocolloides opaques

*Tous les stades sauf nécrose  
et plaies infectées*

*Tous les 2-4 jours*

Algoplaque HP    Hydrocoll  
Askina Hydro    Sureskin  
Comfeel plus    Suprasorb H  
Duoderm E      Tegaderm H  
Ialuset Hydro

## Hydrocolloides Film

*Escarre stade 1*

*Tous les 2 à 4 jours*

Askina Biofilm Transparent  
Algoplaque film  
Coomfeel Plus Transparent  
Duoderm Extra Mince  
Duoderm Signal  
Hydrocoll Thin  
Suprasorb H. Film  
Tegaderm Hydrocolloid Film

## Pâtes hydrocolloides

*Même indications que HC opaques*

Algoplaque  
Duoderm

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

<p><b>Hydrogels</b></p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Nécrose et/ou fibrine sèche</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Askina      Purilon</p> <p>Curafil      Suprasorb G</p> <p>Duoderm      Sureskin</p> <p>Hydrosorb      Tegaderm Hydrogel</p> <p>Intrasite      Urgo Hydrogel</p> <p>Nugel</p>
<p><b>Gels osmotiques</b></p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Normgel</p> <p>Hypergel</p>
<p><b>Gels antiseptiques</b></p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Octenilin gel</p> <p>Prontosan wound gel X</p> <p>Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies</p>

## Alginate , Alginate + CMC

*Fibrine humide et/ou bourgeons  
Exsudats moyens à importants  
Hémostatique*

*Tous les jours*

Algisite

Algostéril

Curasorb

Kaltostat

Kendall Alginate

Release Control

Sorbalgon

Sorbsan

Suprasorb A

Tegaderm A

Askina sorb

Melgisorb Plus

Biatain Alginate

Urgosorb

## Fibres à haut pouvoir d'absorption

(Fibres HPA)

*Plaies bourgeonnantes, fibrineuses*

*Exsudats importants*

*Tous les jours*

Aquacel Extra

Biosorb

Durafiber

Urgoclean

<p><b>Hydrocellulaires</b></p> <p><i>Phase de bourgeonnement et d'épidermisation</i></p> <p><i>Exsudats moyens à modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 à 4 jours</i></p>	<p>Allevyn</p> <p>Aquacel Foam</p> <p>Askina</p> <p>Biatain</p> <p>Hydrotac</p> <p>Kendall</p> <p>Mepilex</p> <p>Suprasorb</p> <p>Tielle</p> <p>Urgotul absorb</p> <p>Urgotul border</p>
<p><b>Tulles</b></p> <p><i>Phase de bourgeonnement</i></p> <p><i>Epidermisation</i></p> <p><i>Désépidermisation</i></p> <p><i>Exsudats modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 jours</i></p>	<p>Cuticell</p> <p>Grassolind</p> <p>Jelonet</p> <p>Lomatuell</p> <p>Tetratul</p> <p>Tulle gras Solvay</p> <p>Vaselitulle</p> <p>Vaseline</p>

<p><b>Interfaces</b></p> <p><i>Stade de bourgeonnement</i></p> <p><i>Epidermisation</i></p> <p><i>Désépidermisation</i></p> <p><i>Exsudats modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 jours</i></p>	<p>Interface :</p> <p>Adaptic                      Atrauman  Curity                         Jelonet Plus</p> <p>Interface avec CMC :</p> <p>Urgotul                        Hydrotul  Physiotulle</p> <p>Interface siliconée :</p> <p>Mepitel (One)              Adaptic Touch  Askina Silnet</p>
<p><b>Films</b></p> <p><i>Escarres stade de rougeur</i></p> <p><i>En recouvrement des hydrogels</i></p>	<p>Dermafilm                    Hypafix transparent  Leukomed                    Mepitel film  Operfilm                      Opsite  Optiskin                      Suprasorb F  Tegaderm                     Visulin</p>
<p><b>Pansement au charbon</b></p> <p><i>Plaies malodorantes</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Actisorb                      Askina Carbosorb  Carbonet                      Carboflex  Vliwaktiv</p>

## Pansement à l'argent

*Antibactérien*

*Anti- inflammatoire*

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

### Acticoat

Interfaces :

Urgotul S.Ag

Atrauman Ag

Urgotul Ag

Altreet

Compresse et crème :

Ialuset Plus

Alginates :

Biatain alginate Ag

Suprasorb A + Ag

Release Ag

Hydrocellulaires :

Allevyn Ag

Mepilex Ag

Biatain Ag

Urgocell Ag

Charbon :

Actisorb Ag Plus

Vliwaktiv Ag

Hydrofibre :

Aquacel Ag

Urgoclean Ag

<p><b>Irrigo-Absorbant</b></p> <p><i>Stade de déterision des plaies infectées ou non</i></p> <p><i>Peu exsudatives ou exsudats moyens</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Hydroclean Advance</p>
<p><b>Pansement super-absorbant</b></p> <p><i>Stade de bourgeonnement ou de fibrine , exsudats très importants</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Biosorb Superabsorbant  Cutisorb Absorb, Dry Max  Mextra , Cutimed Sorbion  Tegaderm Superabsorber  ResPosorb , Vliwasorb</p>
<p><b>Pansement antibactérien</b></p> <p><b>Antimycosique</b></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Sorbact mèche  Sorbact compresse  Sorbact hydrogel  Sorbact absorbant  Sorbact Super absorbant  Sorbact coussinet</p>

**Acide hyaluronique**

*Stade de bourgeonnement*

*Peu à pas d'exsudats*

*Boosteur*

*Tous les jours*

laluset crème, laluset compresse

Effidia crème, Effidia compresse

**Anti-protéase**

*Booster les plaies*

*bourgeonnantes*

*Exsudats modérés*

Urgostart

Promogran

Suprasorb C

Tegaderm Matrix

**Miel médical**

*Antibactérien*

*Stade de détersion*

Revamil

Activon

Melipharm

Medihoney

**Pansement hydrocellulaire +  
Ibuprofène .Effet antalgique**

Biatain Ibu

<b>Pansements indiqués pour les exsudats</b>	
<b>Plaie moyennement ou peu exsudative , absence de fibrine ,bourgeons</b>	Hydrocellulaire (Lite)
<b>Plaie moyennement exsudative , fibrineuse et /ou bourgeonnante</b>	Alginates / Multi couches d'une même famille possible Fifres HPA
<b>Plaie très exsudative, fibrineuse et/ou bourgeonnante</b>	Super- absorbant en pansement primaire Secondaire sur plaie cavitaire
<b>Plaie peu ou moyennement exsudative, fibrineuse ou nécrotique</b>	Irrigo-absorbant
<b>Plaie infectée et exsudative, fibrineuse et/ou bourgeonnante</b>	Algostéril Hydroclean Sorbact absorbant Sorbact Super absorbant Pansement absorbant à l'argent (NR)
<b>Plaie cavitaire , exsudative avec fibrine ou bourgeons Plaie chirurgicale profonde infectée ou pas</b>	TPN Alginate ou Fibre HPA +Super-absorbant Algostéril

# Pansements indiqués pour l'infection

<b>ATB locaux</b>	Non recommandé (ANAES) , indiqué dans situations spécifiques
<b>Antiseptique classique</b>	Plaies infectées , contexte spécifique, délai court
<b>PHMB (Protonsan)</b>	Plaies aiguës et chroniques infectées
<b>Algostéril (Alginate)</b>	Plaies infectées et à haut risque infectieux
<b>Sorbact</b>	Plaies colonisées et infectées
<b>Hydroclean</b>	Plaies exsudatives ou sèches, infectées
<b>Urgotul Ag Urgocell Ag</b>	Plaies présentant des risques ou des signes d'infection locale Ulcères de jambe traités pendant 4 semaines
<b>Ialuset Plus</b>	Cicatrisant des plaies infectées
<b>Miel médical Médihoney, Révamil</b>	Plaies infectées . Pas tous les miels, ni toutes les formes

**Tenir compte du stade et des exsudats pour tous les pansements**

# Détersion biologique : Larvothérapie

- C'est l'utilisation de larves (stérilisées) à des fins thérapeutiques ( indolore)
- **Type utilisé** : *Lucilia seritica* et *Phormis regina* car restent à la surface des plaies
- **Actions** : protéolytique, bactéricide, stimule la cicatrisation, élimination rapide des tissus morts ( enzymes protéolytiques) en 1 à 4 jours



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies



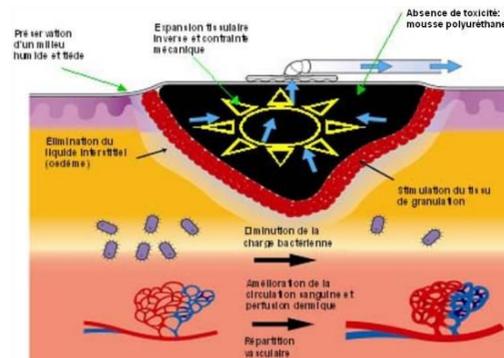


# Conditions

- Hospitalisation
- ATU nominative, demande à l'Afssaps
- Plusieurs tailles de sachets
- Coût : 129 euros pour sachet de 2,5x 4 cm ( 150 larves)  
229 euros pour sachet de 7x 12 cm ( 900 larves)
- Pansement : pose du sachet sur la plaie, humidifier au NaCl, protéger la peau périphérique, recouvrir de compresses + bandes , surveillance quotidienne puis ablation au 4<sup>e</sup> jour.
- Elimination par container Dasri

# TPN (Thérapie par pression négative)

- Stimulation mécanique des tissus
- Pression négative par aspiration
- **Objectif:** obtenir un bon tissu de granulation
- Indiqué dans plaies complexes, perte de substance ...
- Ce n'est pas un technique de fermeture des plaies ....
- Plusieurs modèles
- Reconnue par l'HAS ( recommandations )



Rapport HAS Service évaluation des dispositifs  
Evaluation des traitements de plaies par pression négative. 27 janvier 2010.



# Hydrojets à haute pression

- Jetox



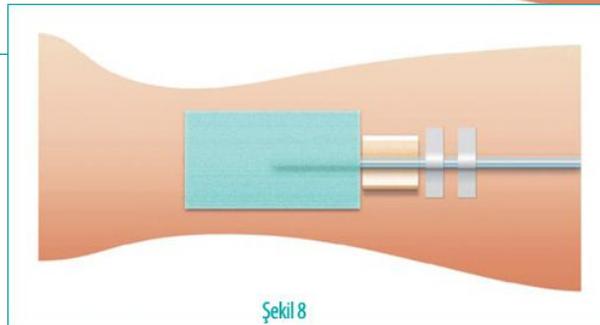
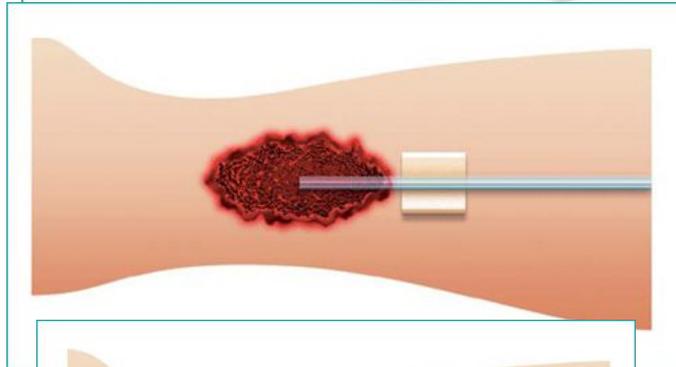
- Debritom



- Versajet



# Oxygénothérapie transdermique continue



Şekil 8

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies



# Recommandations ( 1)

- **Laver** les plaies au NaCl, eau du robinet ou douche (pas de bain de pied)
- Utilisation réfléchie des antiseptiques ( réservé aux plaies infectées pendant 3 à 5 jours)
- Éviction des ATB locaux (ANAES)
- Attention à la Biafine (allergisant +++): indiqué dans les  
dans les brûlures solaires 1<sup>e</sup> degré et radiodermites



Bétadine inutile



- Éviter éosine ( sauf stade 4 d'AOMI)



- Pas d'hydrocolloïdes sur les plaies artérielles et les plaie infectées
- Eviter si possible les HC opaques sur toutes les plaies = arrache les peaux fines, douloureux au retrait
- Intérêt des HC minces en respectant les indications : prévention d'escarres ou stade 1



- **Préférer** les produits neutres type vaseline ou cold cream pour protéger la peau périphérique ( barrière cutanée) à la place de la pâte à l'eau (difficile et douloureux à ôter)



- **Évitez de modifier** les protocoles trop souvent ou de prescrire différents DM de la même famille (sauf pb particulier)

- **Evitez association de familles différentes** : pas de remboursement, pas de preuve d'efficacité , analyse de la plaie difficile (exsudats ?)



# Brûlures d'exsudats

- **Evitez pansement américains** : macération, relargage si saturation = risque de brûlures d'exsudats et d'infection

- **Préférez les super absorbants**



# Procédure des pansements

- 1) Retirer le pansement sans agression
- 2) Laver la peau périphérique ( eau + savon ou sérum physiologique)
- 3) Faire une anesthésie locale systématique
- 4) Déterision d'emblée sans enlever l' anesthésie locale
- 5) Laver la plaie au NaCl isotonique ou eau du robinet pour la débarrasser des débris tissulaires et des germes
- 6) Poser le pansement primaire
- 7) Recouvrir par des compresses de gaze puis bande, filet tubulaire ou un pansement adhésif ( si peau saine et solide)

# Stades de cicatrisation

<p>Phase de déterision</p> 	<p>Phase de déterision</p> 	<p>Phase de bourgeonnement</p> 	<p>Phase d'épidermisation</p> 
<p><b>Nécrose et/ou Fibrine sèche</b></p>	<p><b>Fibrine</b></p>	<p><b>Bourgeons</b></p>	<p><b>Épiderme</b></p>
<p><b>Humidifier</b> Déterision</p>	<p><b>Hydrater</b> si aspect sec <b>Absorber</b> si exsudats Déterision</p>	<p>Maintien du <b>milieu humide</b></p>	<p>Maintien du <b>milieu humide</b></p>

# Stade de déterersion avec nécrose



## □ Déterersion mécanique ++

- indispensable et nécessaire (aide à la cicatrisation, diminue la charge bactérienne)

- antalgiques et anesthésiques locaux si douleurs

⇒ *Hydrogel ++, irrigo-absorbant (hydroclean)*

\* Pansement tous les 24 ou 48h



# Stades 4 distaux : nécrose sèche



- Soins prudents++



- si doute : actisorb pour assécher la nécrose (momification)
- éosine possible sans déborder si début de momification pour tanner les bords ,laisser la nécrose en place , à l'air sous bande ou filet tubulaire

☞ **surveiller++ l'évolution**  
(humidité, rougeur, douleur, odeur)

**Pas de pansement avec milieu humide**

# Stades 4 distaux : nécrose humide



Assécher +++

Actisorb (Ag +)



- stabilisation et / ou diminution de l'humidification, de l'infection locale, de l'odeur
- assèchement ou cicatrisation
- délimitation des lésions
- amputation mineure

❖ Humidification = ostéite = amputation



# Stade de détersion avec fibrine



## Détersion mécanique ou/et autolytique

- hydrogel ou irrigo-absorbant si fibrine dure et/ou adhérente
- alginates, fibre HPA, +/- super absorbants si exsudats importants à très importants
- Pst tous les jours +++
- Antalgiques locaux +++ ( xylo, emla)

# Stade de bourgeonnement



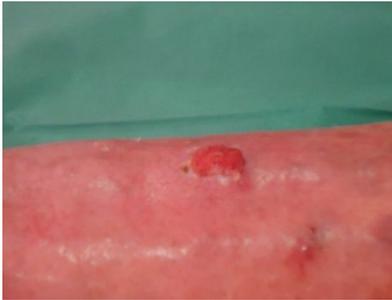
- Effleurer le lit de la plaie (fragilité++ facteurs de croissance in situ)
- alginate ou fibre HPA +/- super absorbant si exsudats ++
- hydrocellulaire ( exsudats modérés)
- acide hyaluronique , si plaie peu ou pas exsudative
- urgostart si plaie peu ou pas exsudative

⇒ Greffes à discuter



❖ Rythme : dépend du pansement choisit

# Plaie hyper bourgeonnante



- **Corticoides locaux** pendant 3 à 4 jours (Diprosone crème + tulle) puis reprise du dispositif adapté
- Attention si absence d'arasement, saignement au seul contact de la compresse ou bourgeon central sur ulcère ancien : penser au **tissu néoplasique**
- Attention au bourgeon unique et friable à la pince sur cicatrice ou plaie stagnante : probable **pertuis** sous jacent et/ou infection (exploration ++)



# Stade d'épidermisation



- pansement gras, interfaces ( si peu ou pas d'exsudats)

- hydrocellulaire ( mince) si exsudats modérés

- acide hyaluronique

- urgostart

*Soins espacés*



# Plaies infectées/mal odorantes



Diagnostic clinique et bactério++

⇒ Laver ++ (douchette) + détersion tous les jours



⇒ Antiseptiques 2 à 5 jours (bénéfice/risque).

⇒ A.T.B généraux en fonction des signes clinique; **(pas d'ATB locaux)**

- pansement Sorbact

- pansement à l'argent ??????

- alginate (piégeage de germes)

- pansement au charbon



Hydrogel	Alginate Fibre HPA Super Absorbant	Hydro cellulaire	Pansement charbon	Tulles Interface
----------	---	---------------------	----------------------	---------------------

N ----- x ----- x -----

F ----- x ----- x ----- x -----

B ----- x ----- x ----- x -----

E ----- x ----- x -----

---

Exsudats	o	++++	+ à ++	odeurs	o
----------	---	------	--------	--------	---

---

N= Nécrose, F= Fibrine, B = Bourgeonnement, E = Epidermisation

<b><u>PANSEMENTS</u></b>	<b>Plaies peu exsudatives ou sèches</b>	<b>Plaies moyennement exsudatives</b>	<b>Plaies très exsudatives</b>
<b>Nécrose</b>	Hydrogel Irrigo-absorbant		
<b>Fibrine</b>	Hydrogel Irrigo-absorbant	Alginate Fibre HPA* Irrigo-absorbant	Fibre HPA* Alginate Superabsorbant
<b>Bourgeons</b>	Hydrocellulaire	Alginate Fibre HPA* Hydrocellulaire	Fibre HPA* Alginate Superabsorbant
<b>Epidermisation</b>	Tulles, Interface Hydrocellulaire	Hydrocellulaire	
<b>Plaie malodorante</b>	Charbon	Charbon	Charbon

Andrée-Alice Allain, IDE expert en plaies

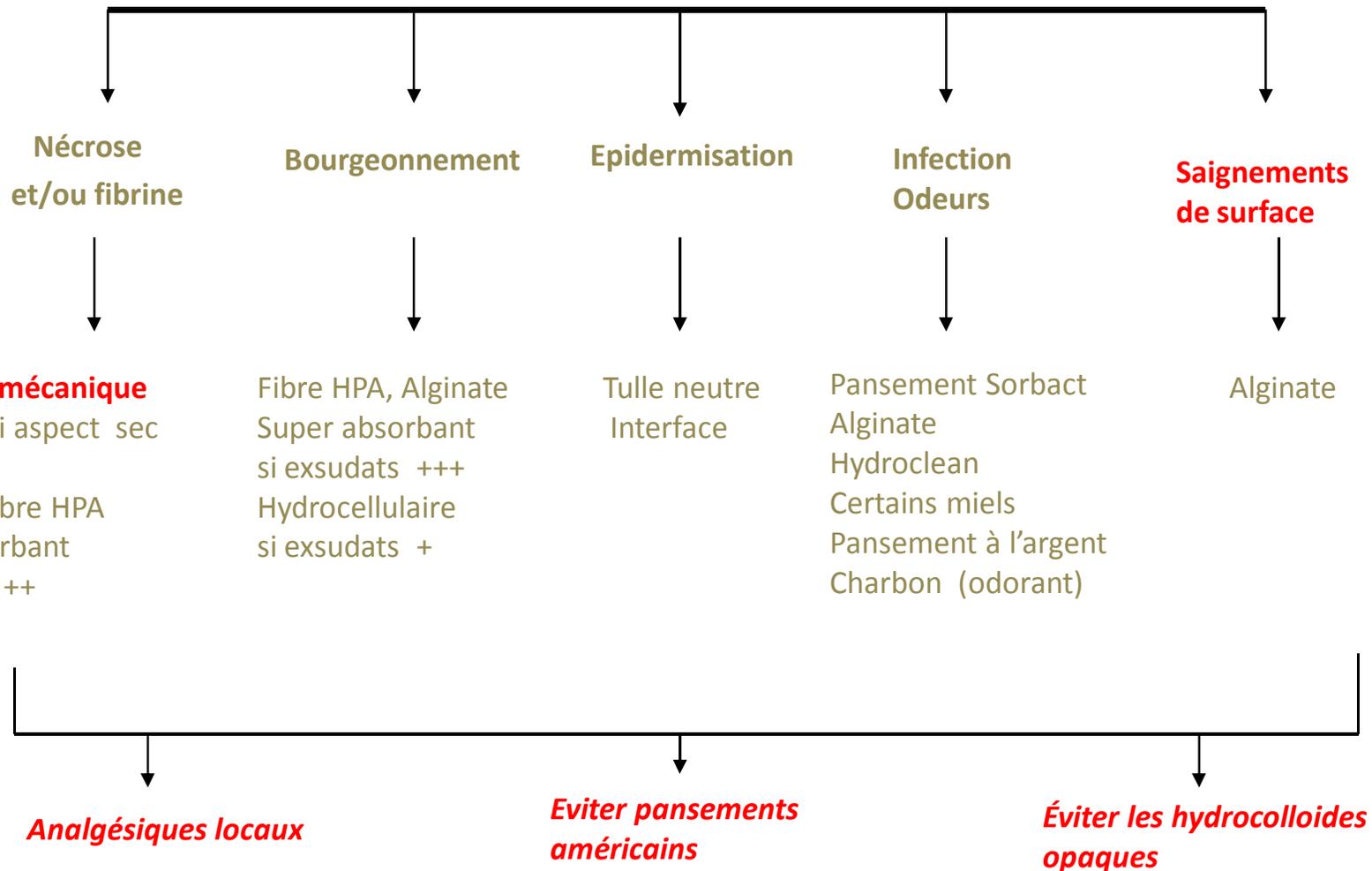
\* Fibre HPA : fibre à haut pouvoir d'absorption (Hvdrofibre. Durafiber. Urgoclean)

<p><u>Traitement local</u></p>	<p>Absence d'exsudat</p>	<p>Exsudat modéré</p>	<p>Exsudat moyen</p>
<p><b>Stade 4 distal d'AOMI</b> Tous les jours</p>	<p>Eosine , à l'air Actisorb (Ag)</p>	<p>Actisorb ( Ag )</p>	<p>Actisorb (Ag)</p>
<p>Momifier +++</p> 	<p>Eviter humidité</p> 	<p>Assécher</p> 	<p>Assécher</p> 

# Plaies et soins locaux

AA Allain  
2017

Nettoyage eau + savon  
ou sérum physiologique



# Conclusion

- La cicatrisation d'une plaie chronique est possible à condition de faire d'abord un diagnostic :
  - étiologique
  - sémiologique

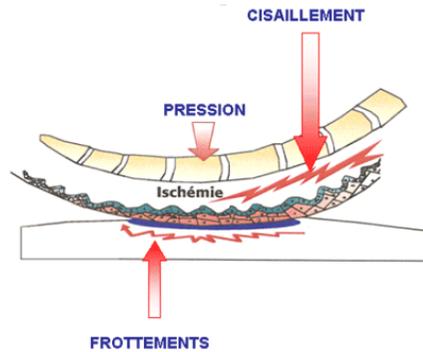
Ensuite

- de choisir le bon pansement au bon moment ( critères établis)

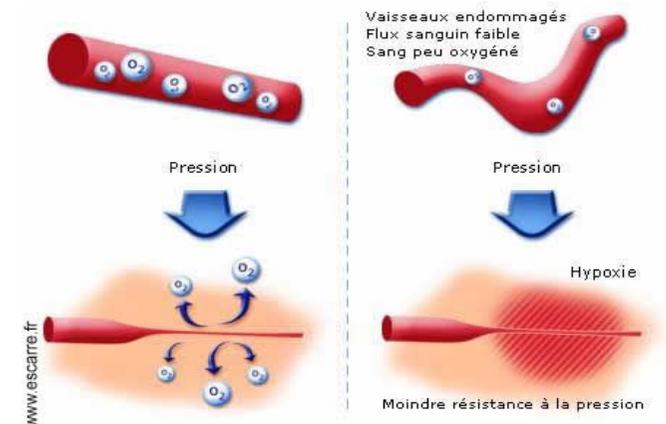
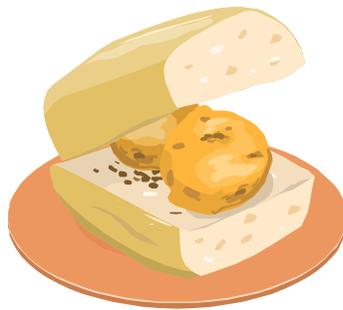
« Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie » recommandations HAS

# Définition des escarres

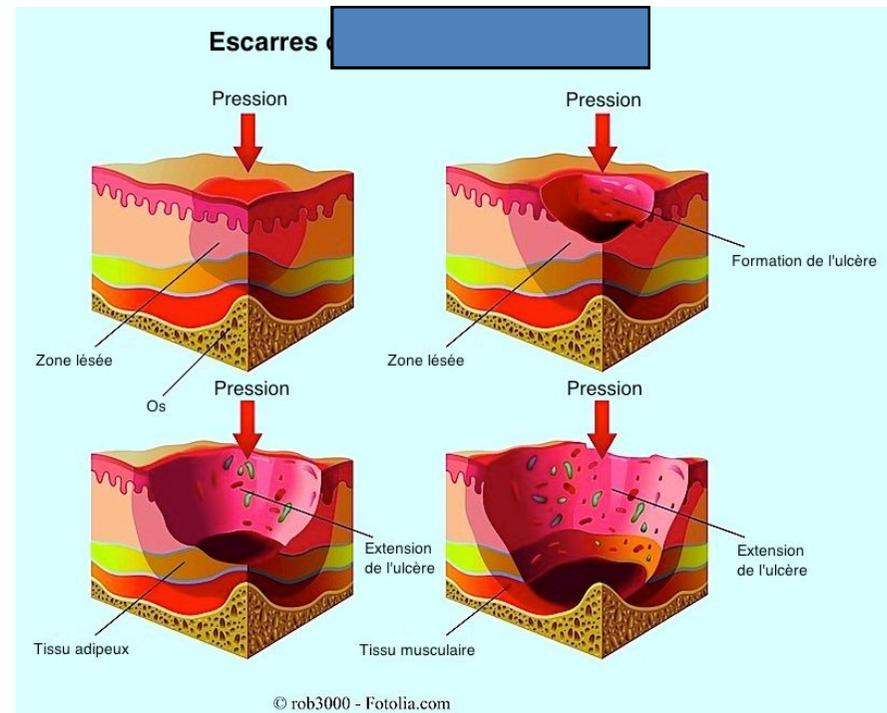
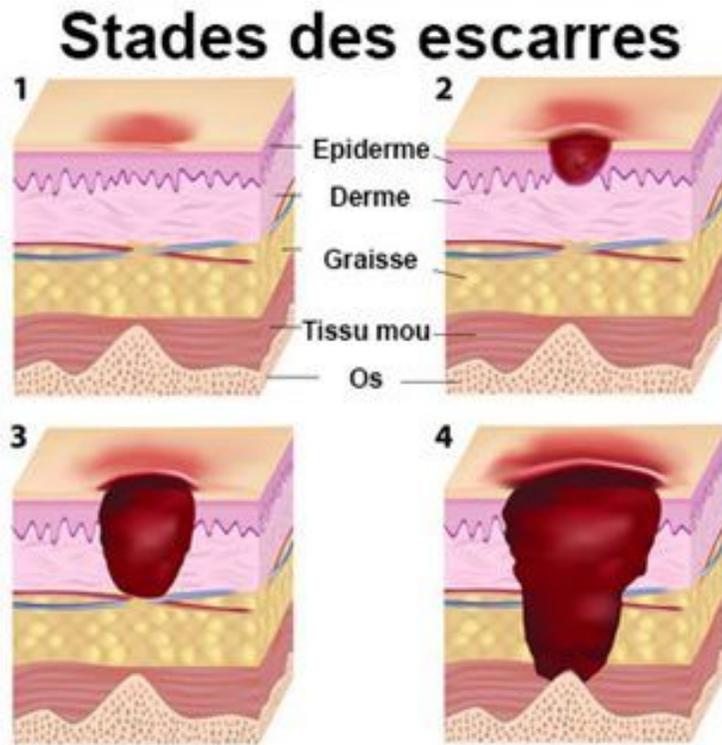
[NPUAP Février 2007]



« Une escarre est une lésion localisée à la peau et/ou au tissu sous-cutané en regard d'une proéminence osseuse résultant d'une pression ou d'une pression associée à un cisaillement et/ou un frottement »



# Anatomo-pathologie



# Stades de l'escarre

Stade 1



Stade 2



Stade 2



2<sup>e</sup> degré : Phlyctène

Stade 3



Stade 4



# Stade 1 ( rougeur)



## Stopper l'effleurage

Supprimer l'appui (support et retournement toutes les 3 à 4 heures )

- protéger la peau avec film semi - perméable ou hydrocolloïde transparent



## Stade 2 avec abrasion



### Supprimer l'appui

- Hydrocolloïde transparent
- Inter face
- Tulle neutres

# Stade 2 avec phlyctène

la pression

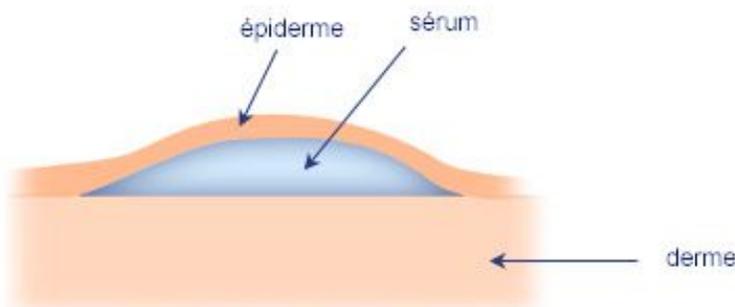


2<sup>e</sup> degré : Phlyctène

## Supprimer l'appui

Si aspect opaque, hémorragique ou bombé, évacuer le liquide en conservant le toit de la phlyctène

- interface , tulle neutre ou hydrocolloïde mince si épiderme à nu ( toit ôté)



www.escarre.fr

- interface ou tulle neutre sur toit de la phlyctène

Stade 3



Stade 4



Supprimer l'appui

Risque infectieux +++

Examen clinique +++

Traitement local : à adapter au stade et aux exsudats