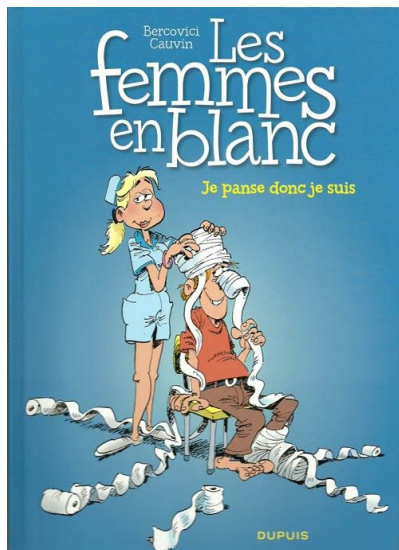


Prise en charge des plaies et cicatrisation

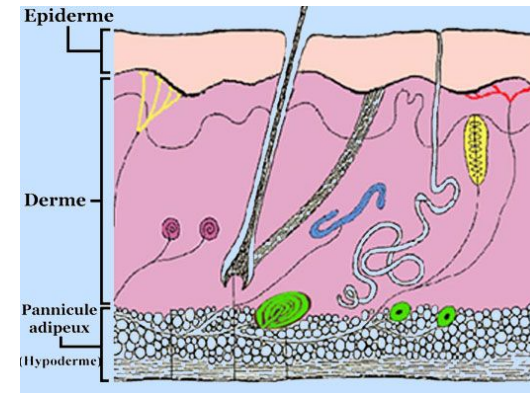


Formation Plélan Le Grand
Novembre 2017
Andrée-Alice Allain
IDE, expert en plaies

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

Définition de la plaie

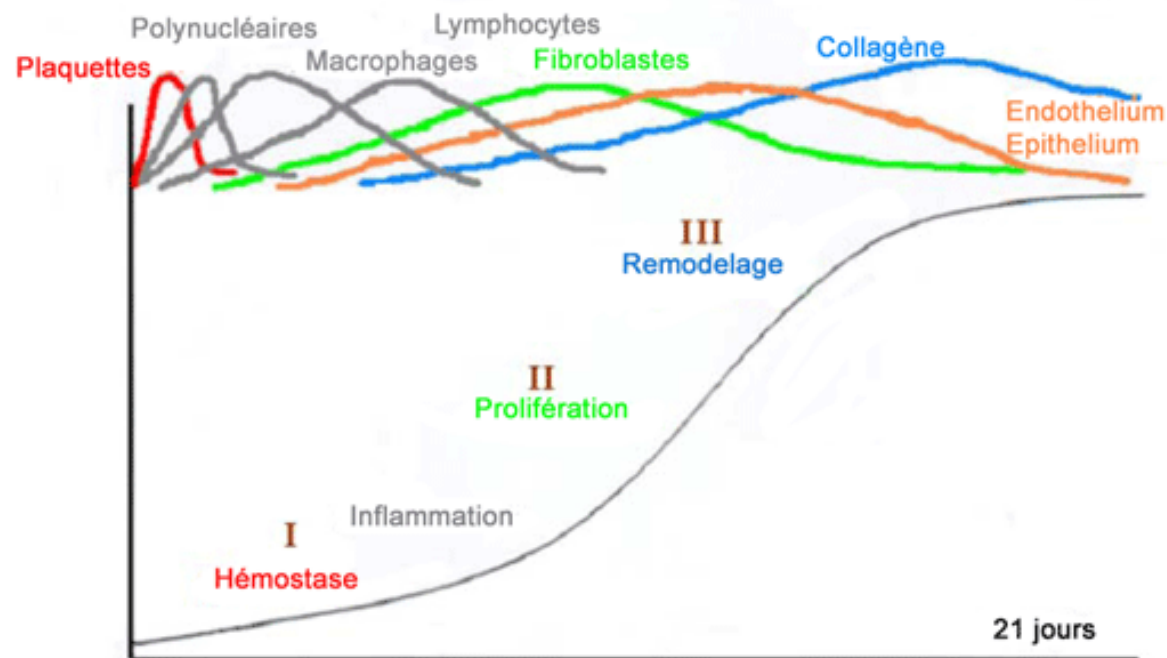
- **Rupture de la continuité** et de l'intégrité de la peau due à une agression physique, thermique ou mécanique
- **Deux types de plaies :**
 - les plaies aiguës
 - les plaies chroniques



La plaie

Physiologie de la cicatrisation (1)

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



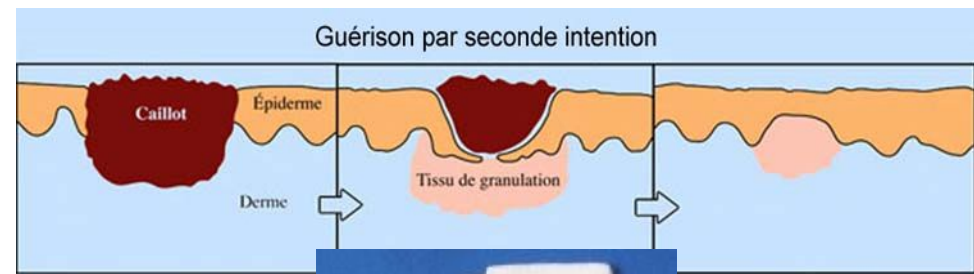
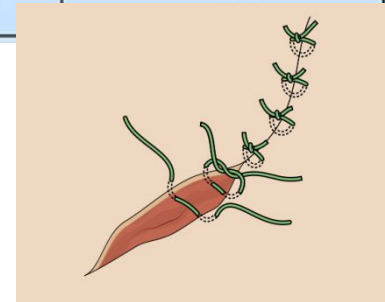
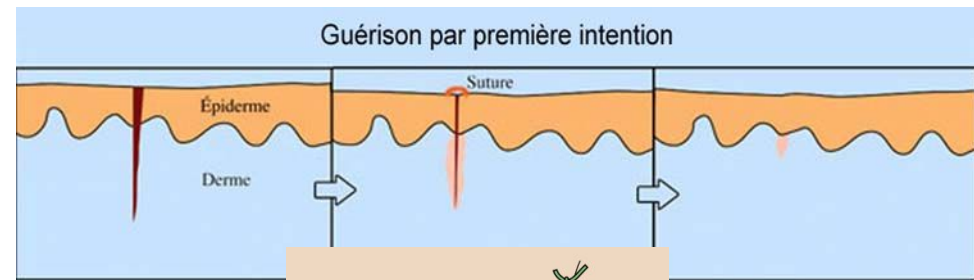
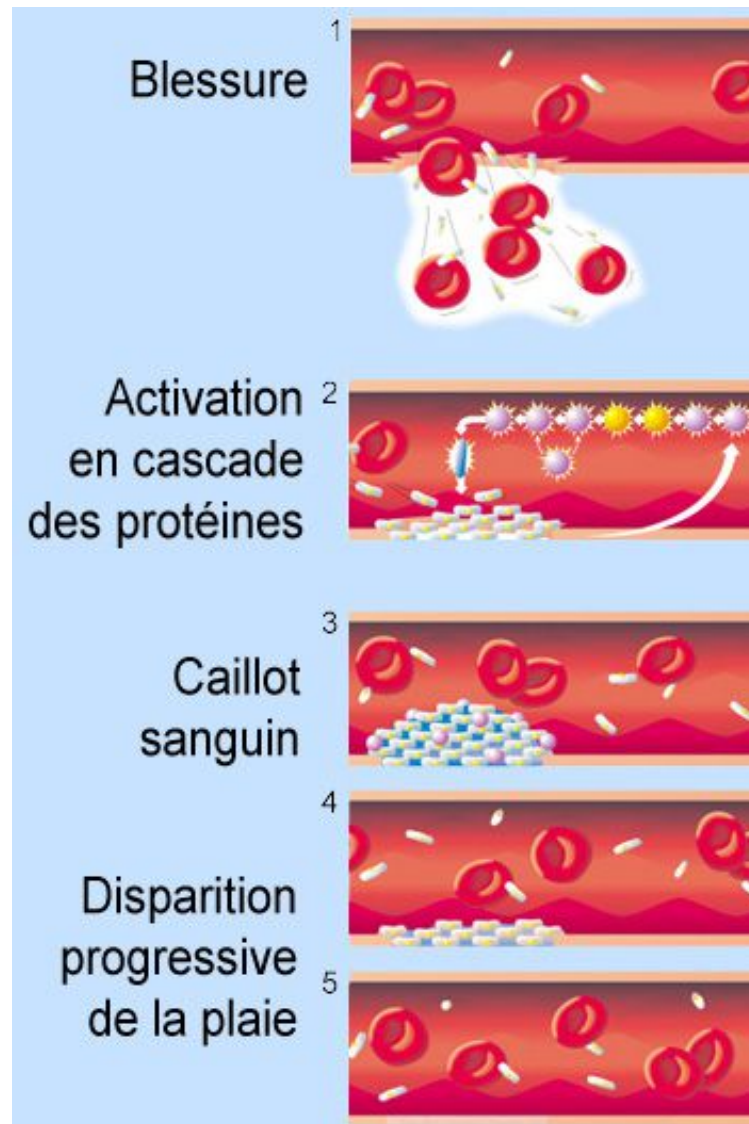
Physiologie de la cicatrisation (2)

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 événements 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) »



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

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

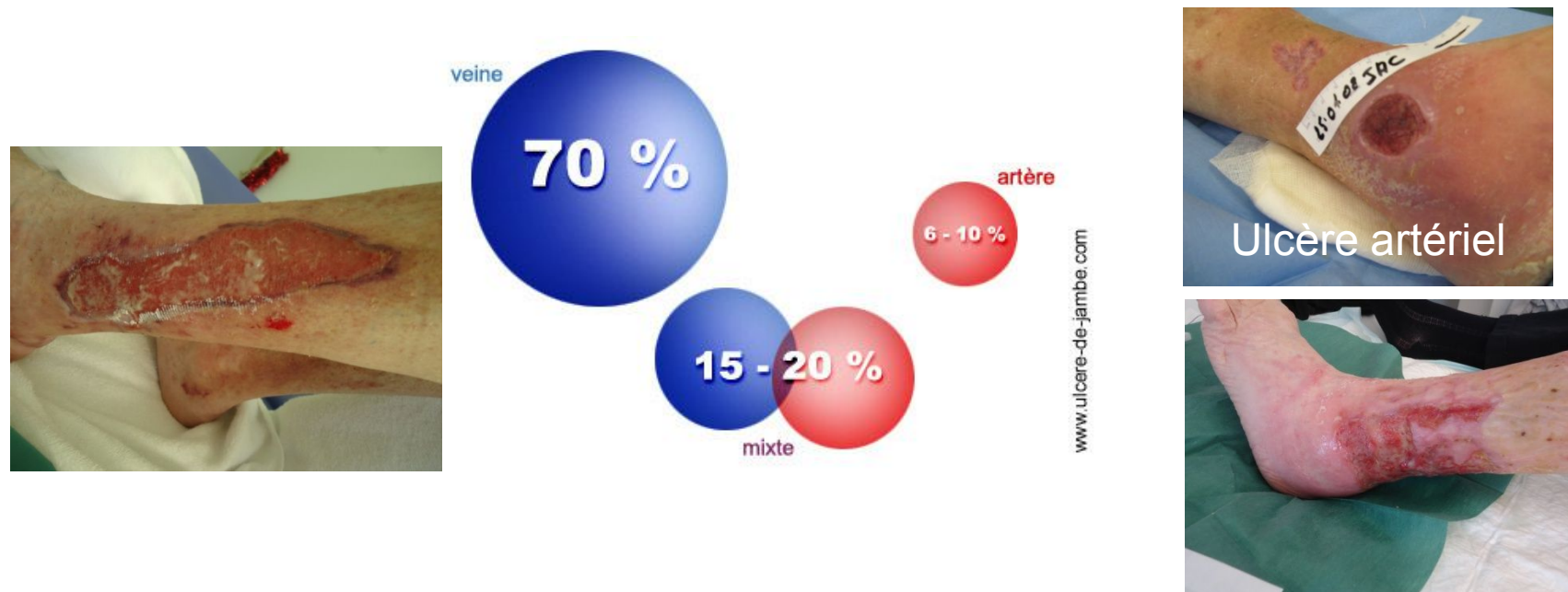


☞ **Le temps de cicatrisation est allongé +++**
(plusieurs mois ou années!!!!)



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 :

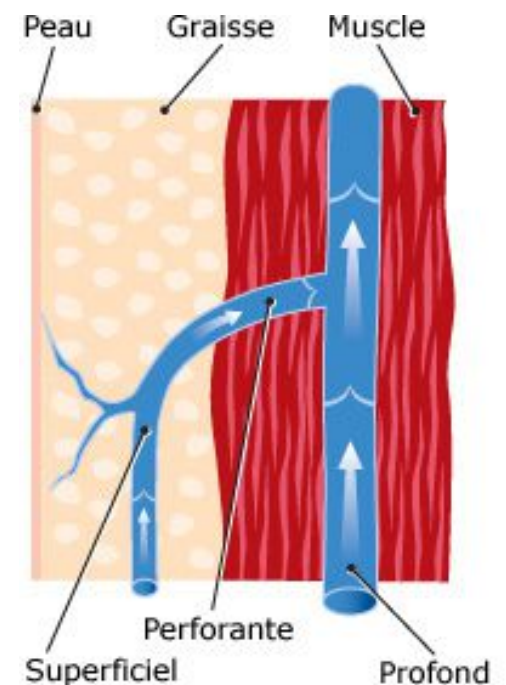
- un réseau veineux profond drainant 90% de circulation de retour (gros débit)

- un réseau veineux superficiel drainant 10%

avec la grande veine saphène(interne) et la petite veine saphène (externe)

Les perforantes relient les 2 réseaux

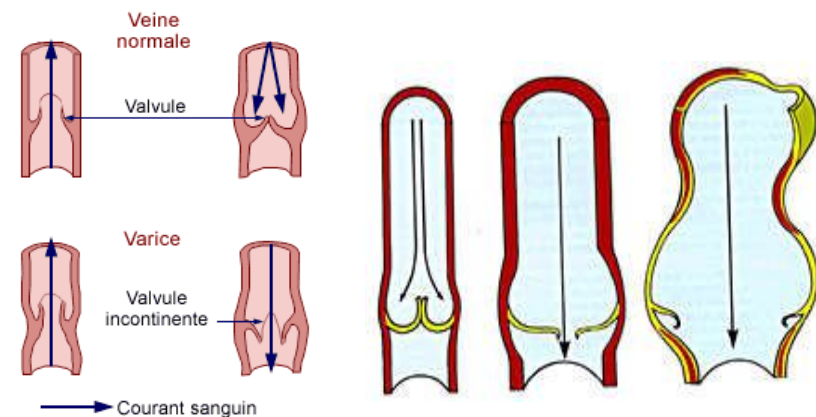
Chaque système veineux est pourvu de valvules qui s'opposent au reflux sanguin

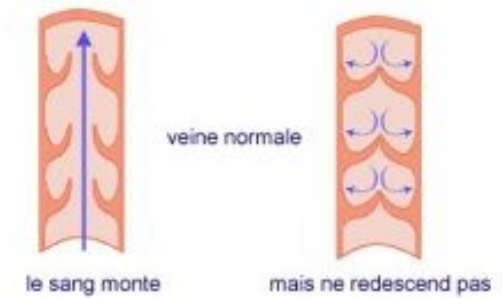
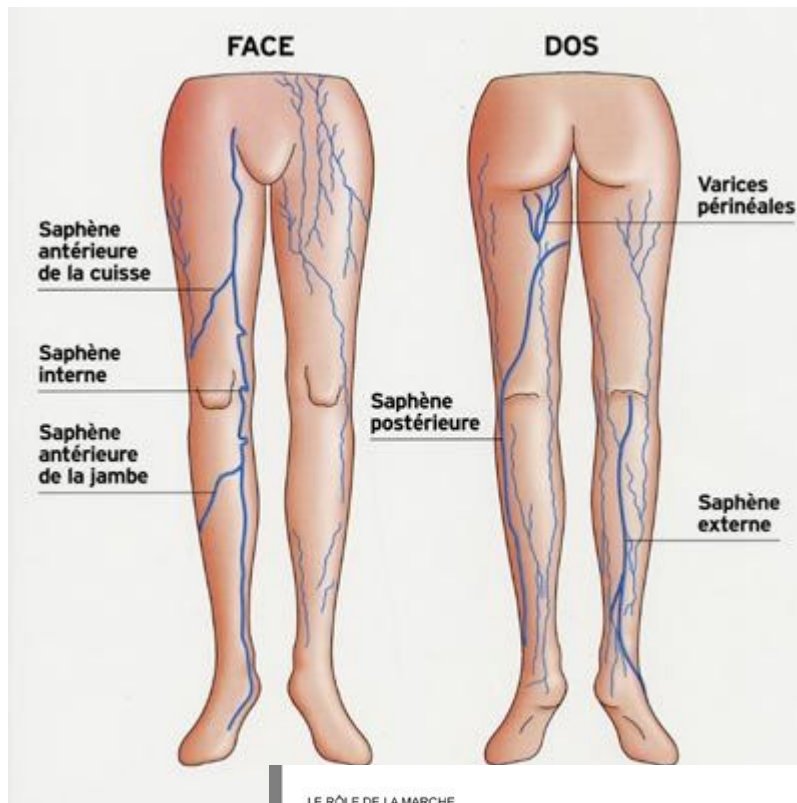


Physio- pathologie

L'ulcère veineux résulte :

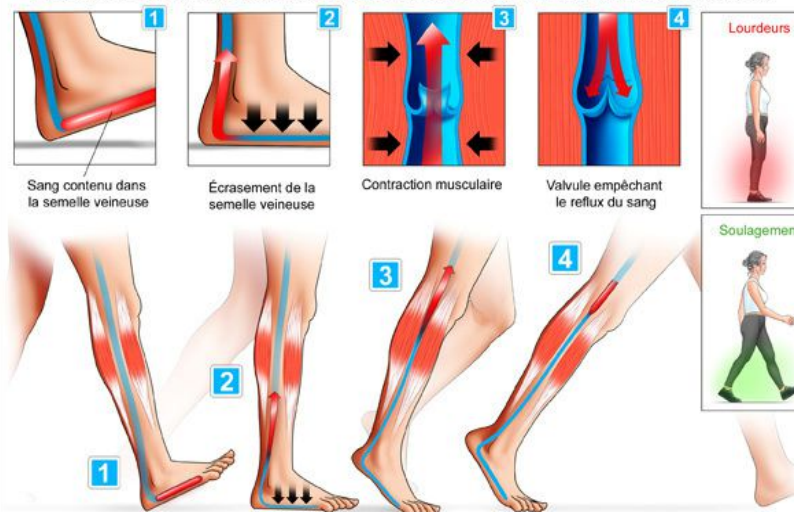
- d'une **hyperpression veineuse** par anomalie du réseau veineux superficiel (varices) ou profond (post-thrombotique) associée à
- une pathologie de la **paroi veineuse (valvules)**
- un **mauvais fonctionnement** du moteur musculo-articulaire (cheville bloquée)





LE RÔLE DE LA MARCHÉ

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



La compression médicale C. Gardon-Mollard, A.A. Ramelet - Masson 2005

Natim © Giedtomeida

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

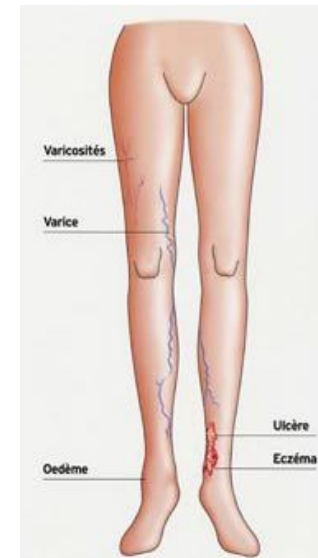
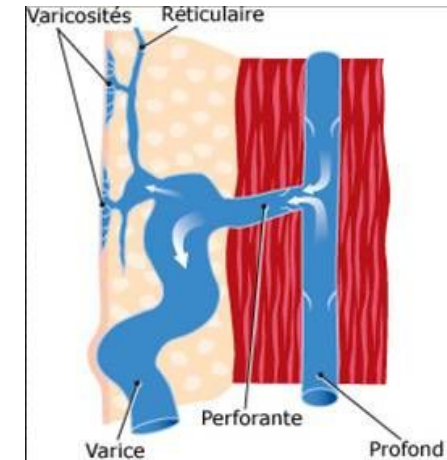
Conséquences

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

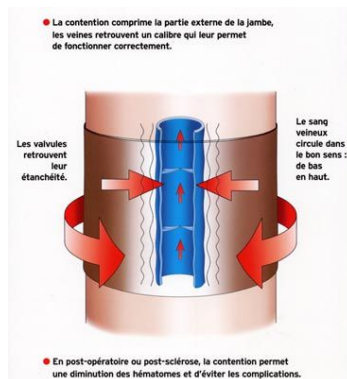


Eczéma de contact avec un aspect inflammatoire, vésiculo- croûteux, suintant et prurigineux; mal limité et lésions à distance



Traitements médicaux

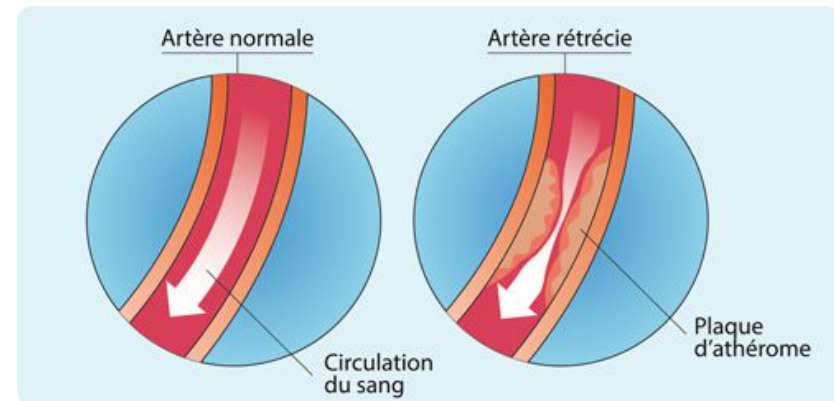
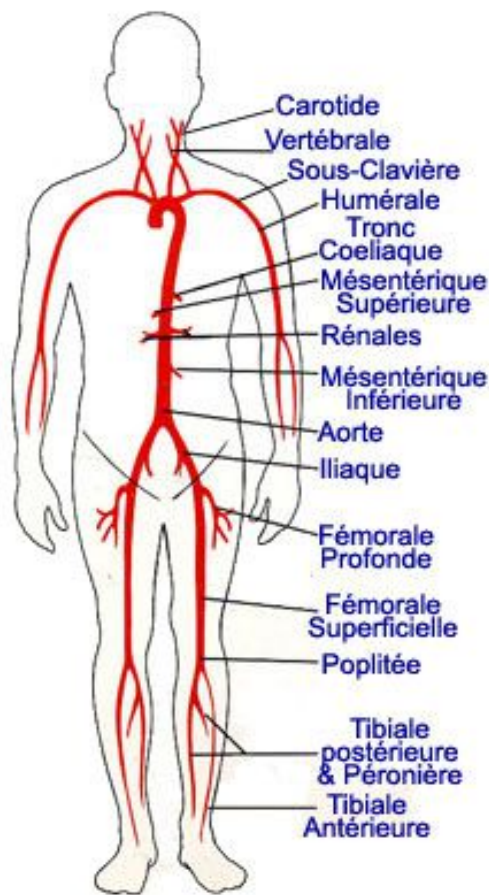
- **Compression +++** (contention) = « c'est un médicament qui se porte »
- Hygiène de vie (marche, éviter source de chaleur...)
- Postures jambes sur-élevées
- Soins locaux



Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

Anatomie du réseau artériel

Tubes élastiques, peu de résistance au passage du sang



Physiopathologie

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

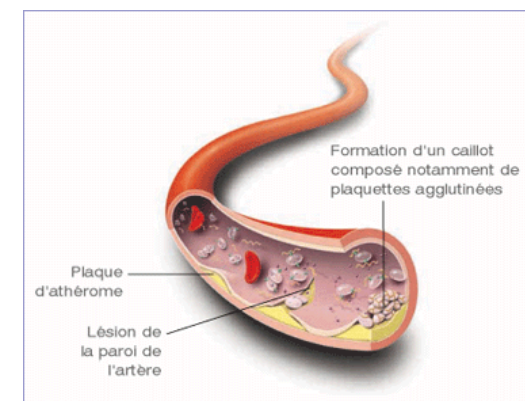
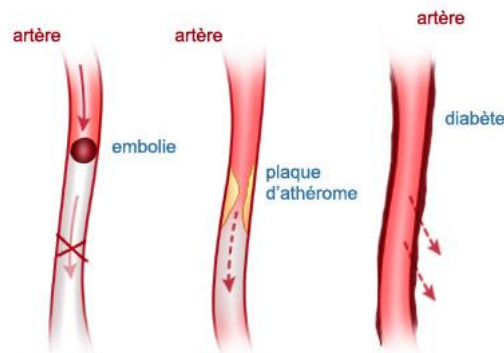
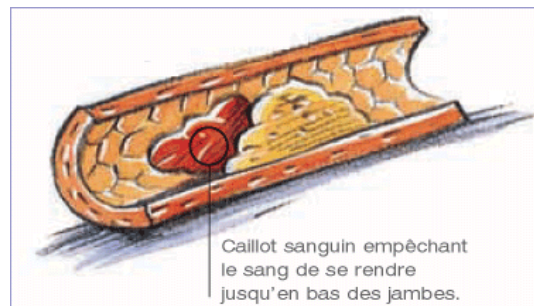
Importante morbi-mortalité de l'artéritique :

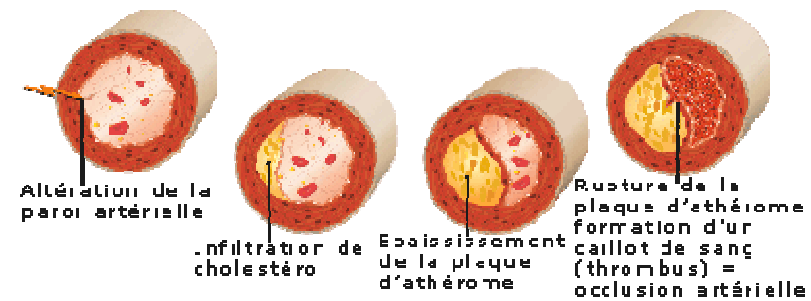
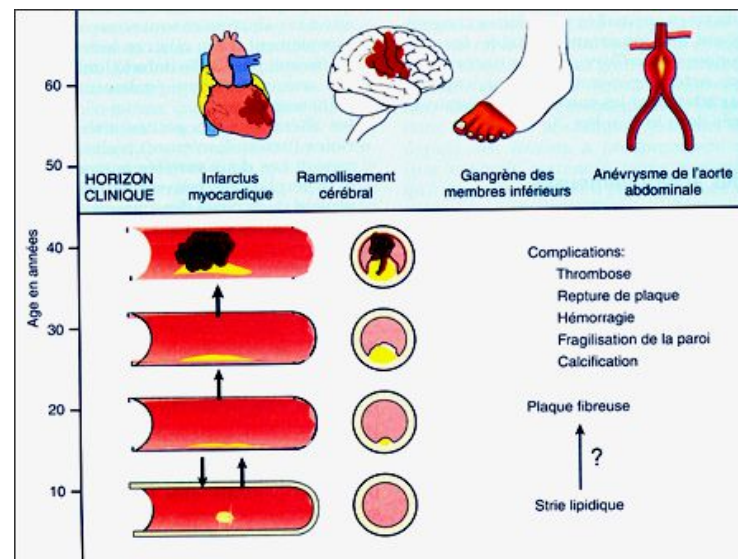
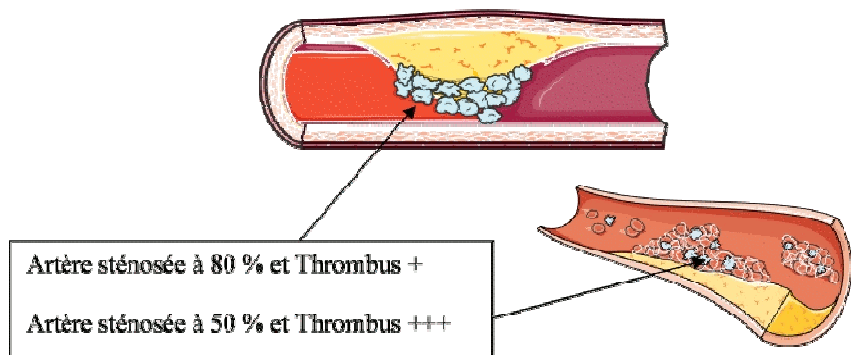
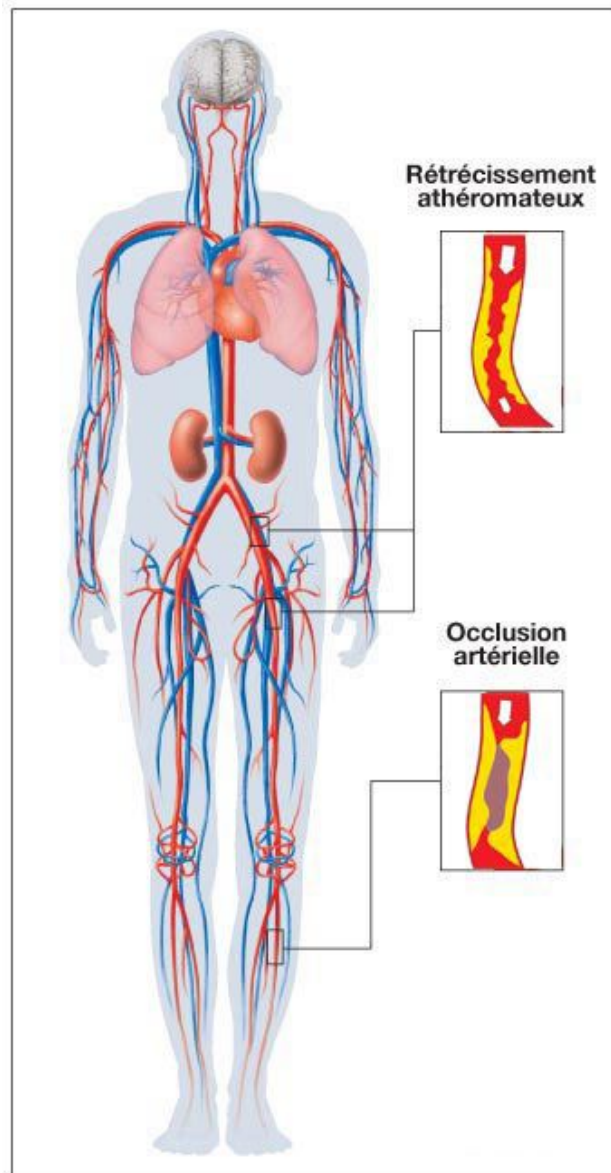
- risque de décès de 30% dans les 5 ans
- 50% à 10 ans (IDM, AVC)
- risque d'amputation majeure dans 2% des cas à 2 ans



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

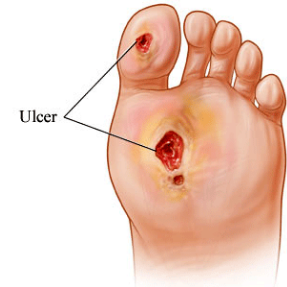


Risques infectieux +++
majorés par le diabète



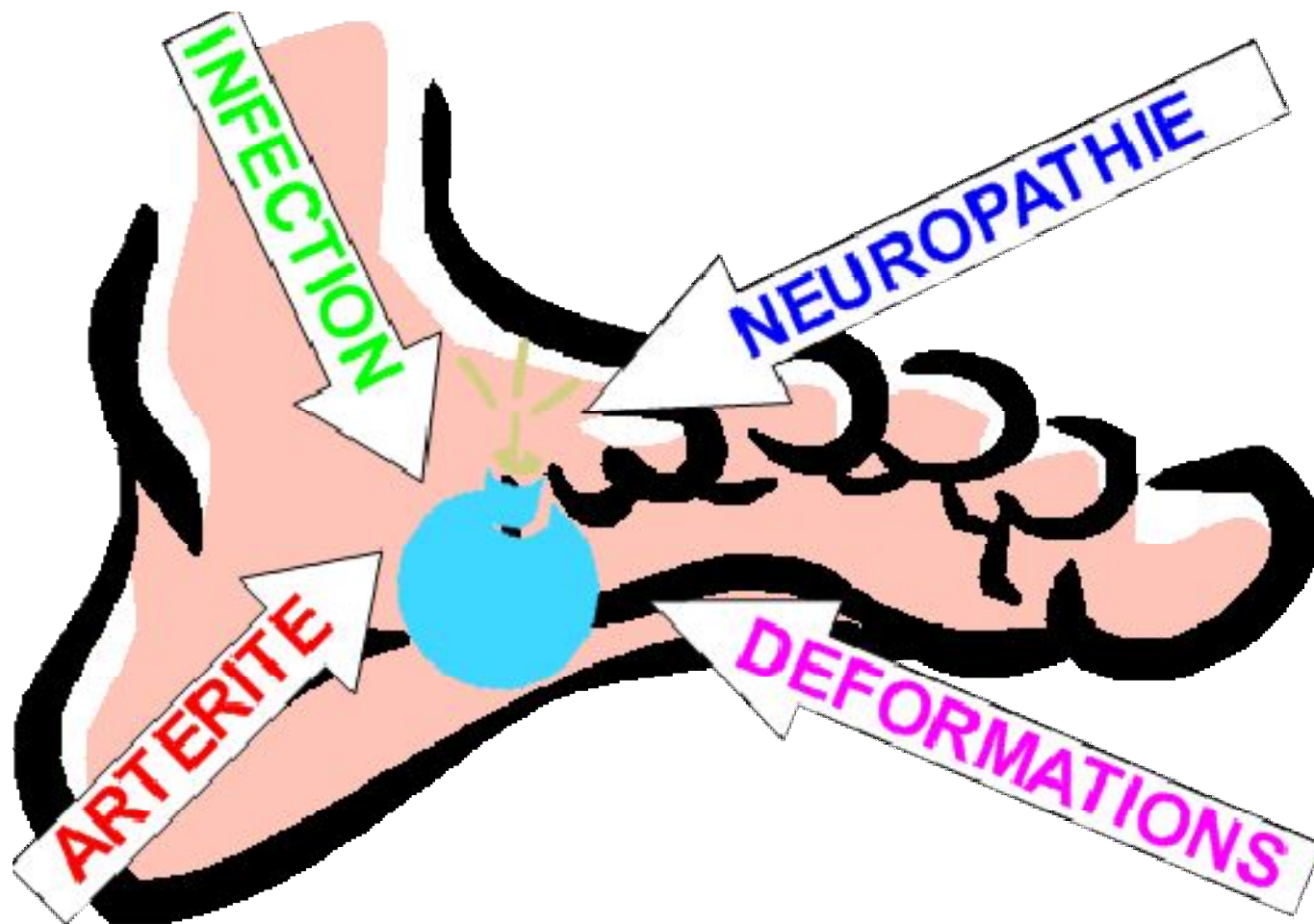
Risque d'amputation

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 +++

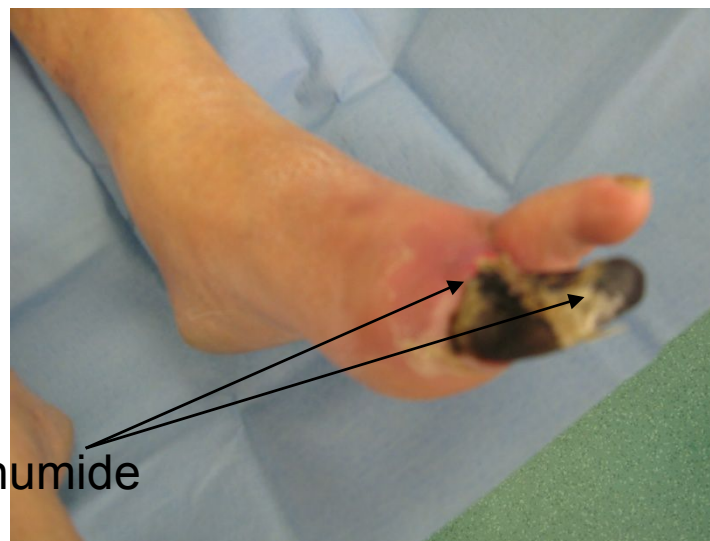


2) Plaie neuro-ischémique ou mixte : gangrène distale (sèche ou humide), zone violacée puis noire (orteils, pied)

- 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



Gangrène humide

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

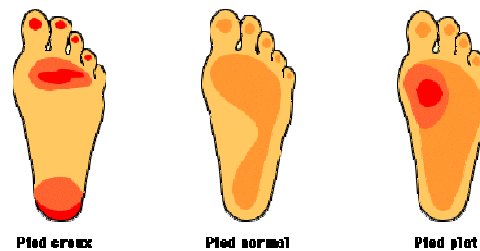
- **autonome** : altération de la vasodilatation et vaso constriction provoquant sécheresse de la peau (crevasses) fragilité du pied (pied de Charcot)



Andrée-Alice Allain, IDE,expert en plaies

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^{ème} 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)

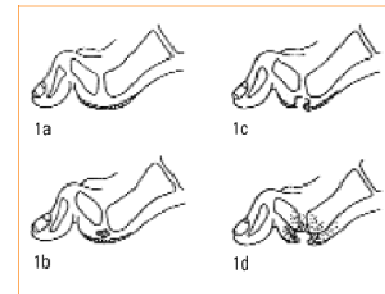


Fig. 1. Différentes étapes dans la formation d'un ulcère neuropathologique causé par stress mécanique.
1a. Formation calleuse. 1b. Saignements sous-cutanés.
1c. Formation d'ulcère. 1d. Infection profonde et ostéomyélite.

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



① + ② + ③ → AMPUTATION



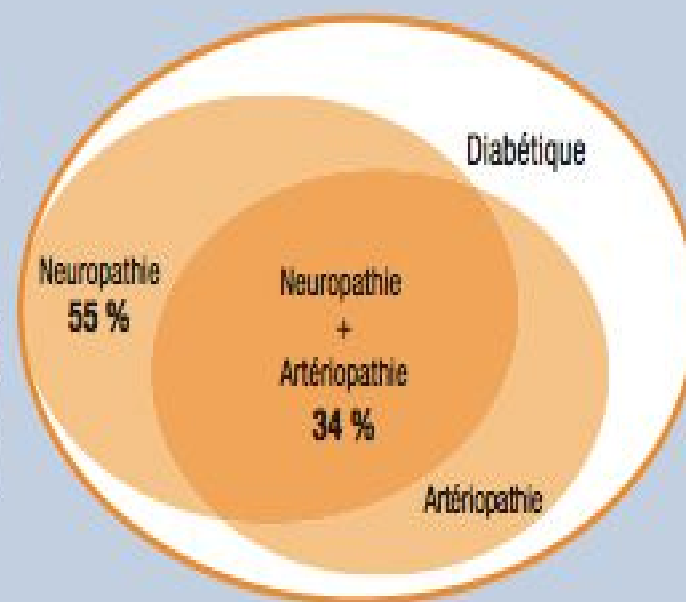
Amputation cuisse



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

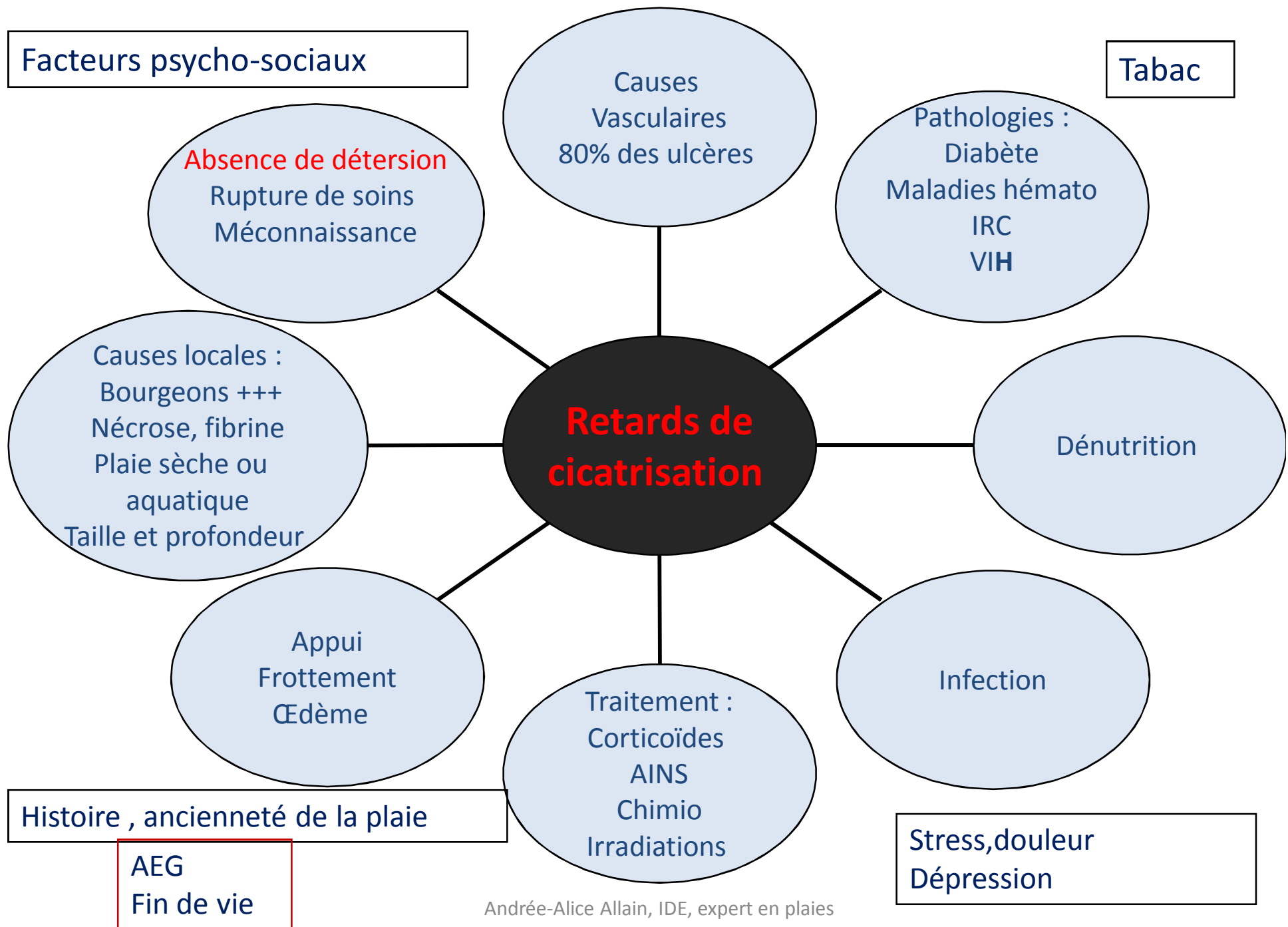


Attitude thérapeutique (décret, recommandations)

- **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

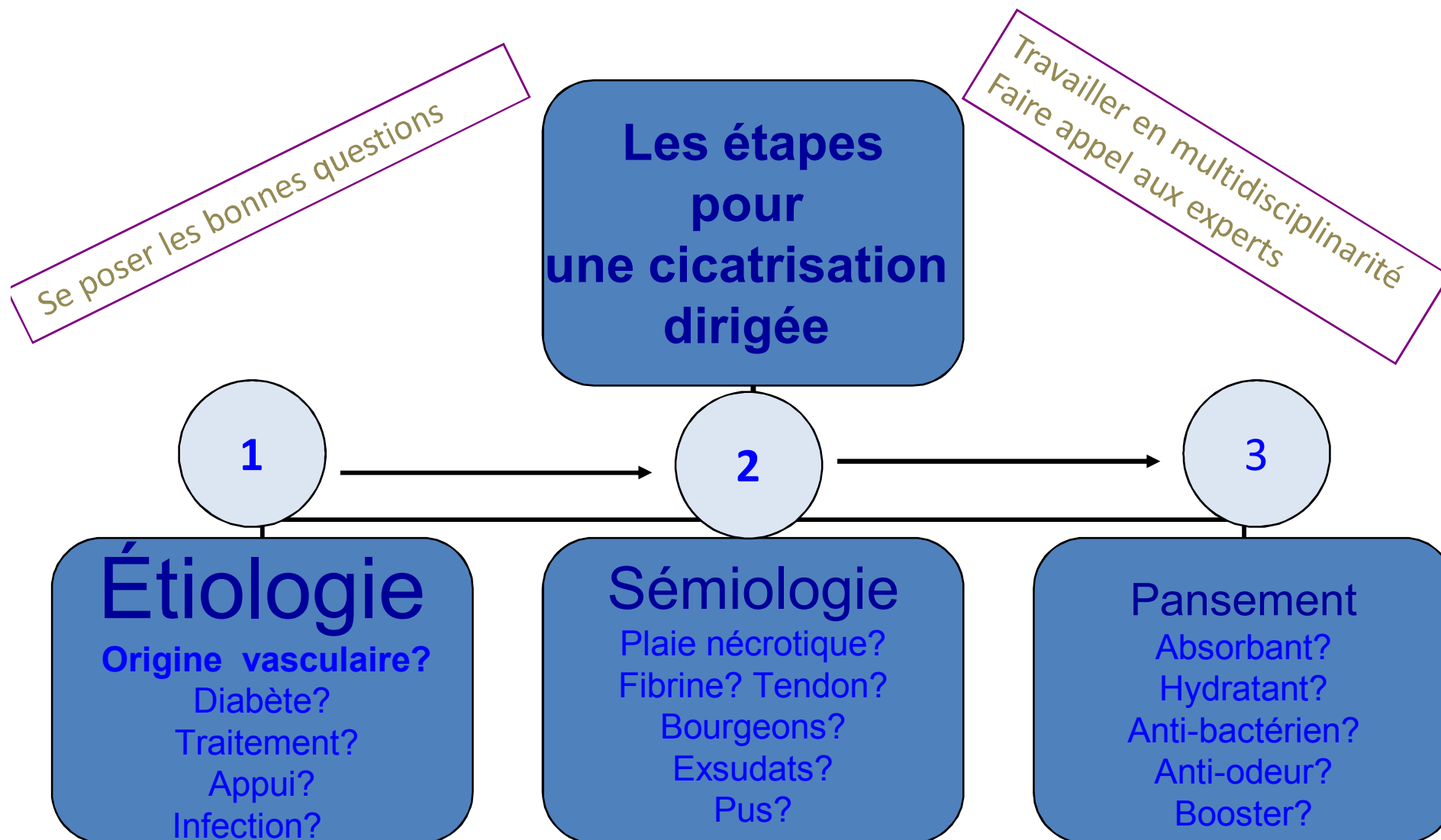


Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

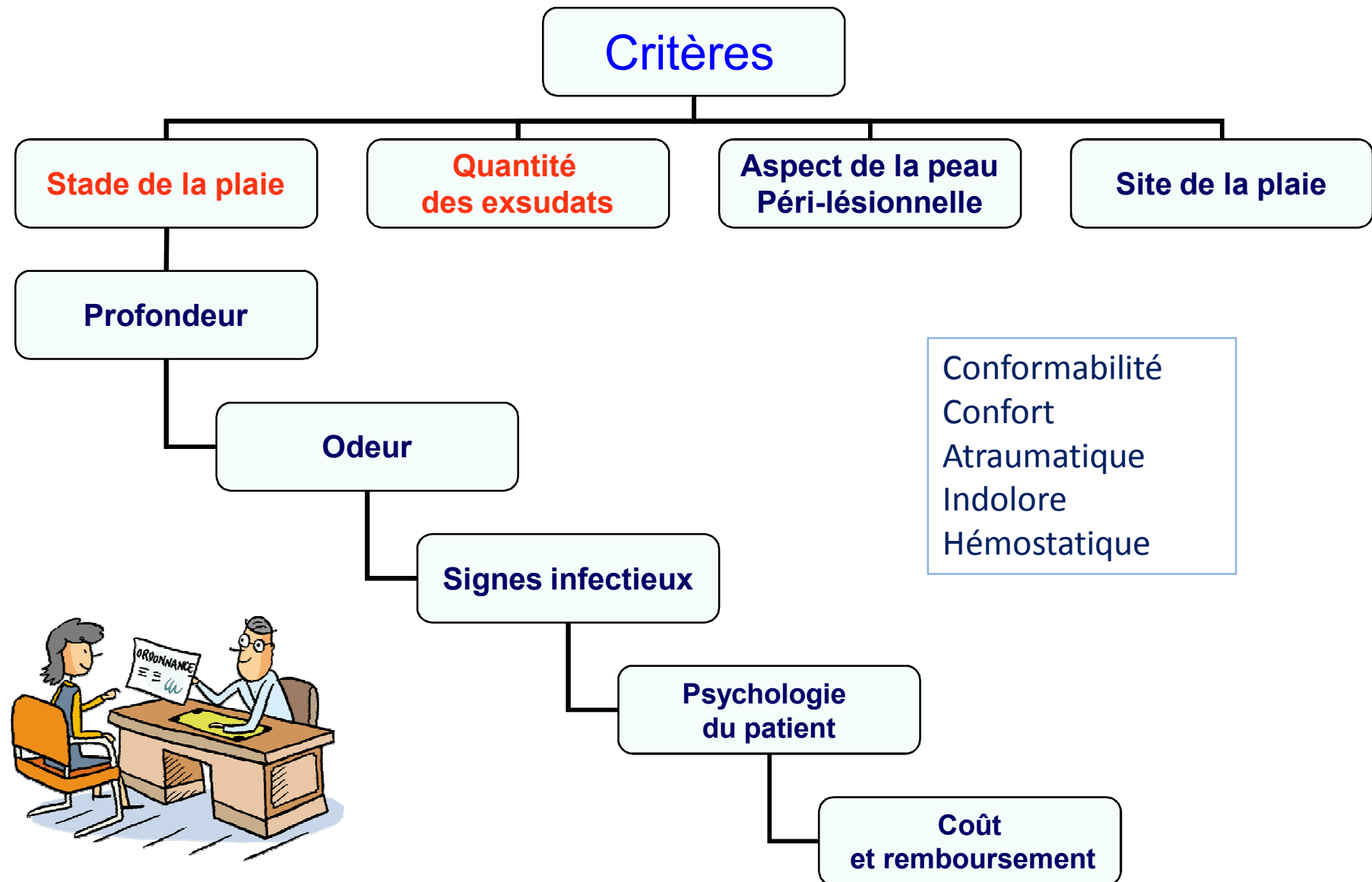


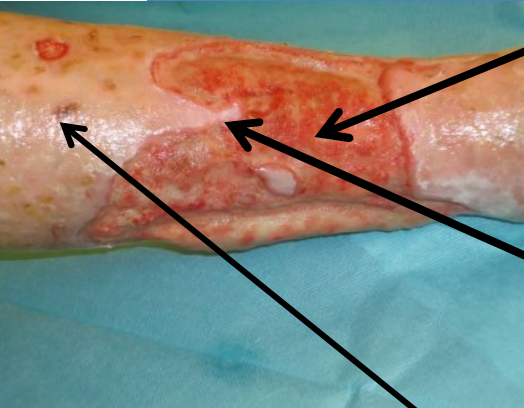
Démarche clinique

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



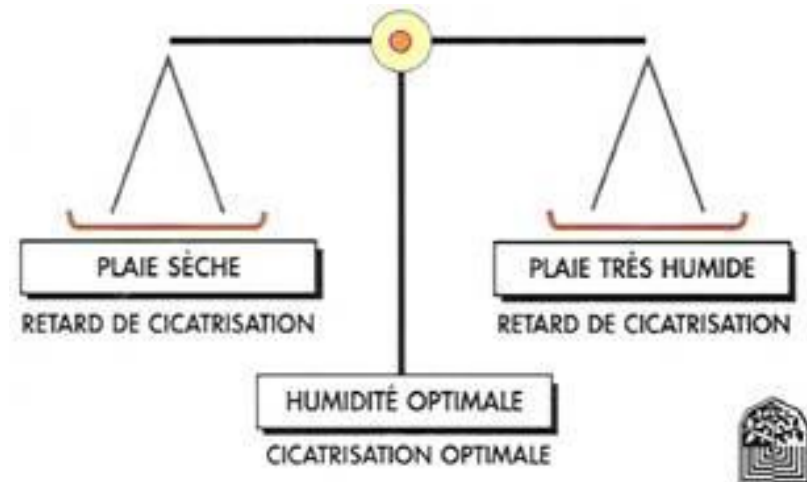
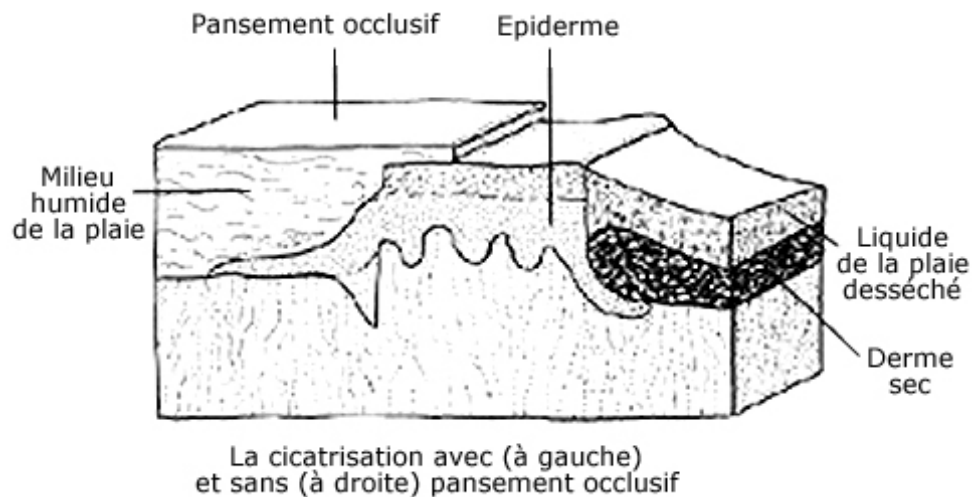
Comment choisir un pansement ?



	Lit de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nécrose</i> • <i>Fibrine</i> • <i>Bourgeonnement</i> • <i>Epidémisation</i> 	E X S U D A T
	Bords de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> • Macération • Aspect sec • Hyperkératose • Rouge 	
	Peau Périphérique	<ul style="list-style-type: none"> • Peau lésée • Macération • Inflammatoire • Eczéma 	

Principe du milieu humide

- Pas de pansement cicatrisant actuellement
- Cicatrisation **en milieu humide** (Winter en 1963)
- 1^{er} pansement humide : Hydrocolloïdes en 1990



<p><u>Hydrocolloides opaques</u></p> <p><i>Tous les stades sauf nécrose et plaies infectées</i></p> <p><i>Tous les 2-4 jours</i></p>	<p>Algoplaque HP Hydrocoll</p> <p>Askina Hydro Sureskin</p> <p>Comfeel plus Suprasorb H</p> <p>Duoderm E Tegaderm H</p> <p>Ialuset Hydro</p>
<p>Hydrocolloides Film</p> <p>Escarre stade 1</p> <p>Tous les 2 à 4 jours</p>	<p>Askina Biofilm Transparent</p> <p>Algoplaque film</p> <p>Coomfeel Plus Transparent</p> <p>Duoderm Extra Mince</p> <p>Duoderm Signal</p> <p>Hydrocoll Thin</p> <p>Suprasorb H. Film</p> <p>Tegaderm Hydrocolloid Film</p>
<p>Pâtes hydrocolloides</p> <p><i>Même indications que HC opaques</i></p>	<p>Algoplaque</p> <p>Duoderm</p> <p>Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies</p>

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

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

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

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

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>Irrigo-Absorbant</p> <p><i>Stade de détersion 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>Pansement super-absorbant</p> <p><i>Stade de bourgeonnement ou de fibrine , exsudats très importants</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Biosorb Superabsorbant</p> <p>Cutisorb Absorb, Dry Max</p> <p>Mextra , Cutimed Sorbion</p> <p>Tegaderm Superabsorber</p> <p>ResPosorb , Vliwasorb</p>
<p>Pansement antibactérien</p> <p>Antimycosique</p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Sorbact mèche</p> <p>Sorbact compresse</p> <p>Sorbact hydrogel</p> <p>Sorbact absorbant</p> <p>Sorbact Super absorbant</p> <p>Sorbact coussinet</p>

<p>Acide hyaluronique</p> <p><i>Stade de bourgeonnement</i></p> <p><i>Peu à pas d'exsudats</i></p> <p><i>Boosteur</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>laluset crème, laluset compresse</p> <p>Effidia crème, Effidia compresse</p>
<p>Anti-protéase</p> <p><i>Booster les plaies bourgeonnantes</i></p> <p><i>Exsudats modérés</i></p>	<p>Urgostart</p> <p>Promogran</p> <p>Suprasorb C</p> <p>Tegaderm Matrix</p>
<p>Miel médical</p> <p><i>Antibactérien</i></p> <p><i>Stade de détersion</i></p>	<p>Revamil Activon</p> <p>Melipharm</p> <p>Medihoney</p>
<p>Pansement hydrocellulaire + Ibuprofène .Effet antalgique</p>	<p>Biatain Ibu</p> <p>Andrée-Alice Allain, IDE,expert en plaies</p>

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

Pansements indiqués pour l'infection

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

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

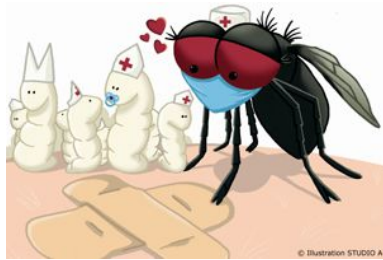
Détersion biologique : Larvothérapie

- 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



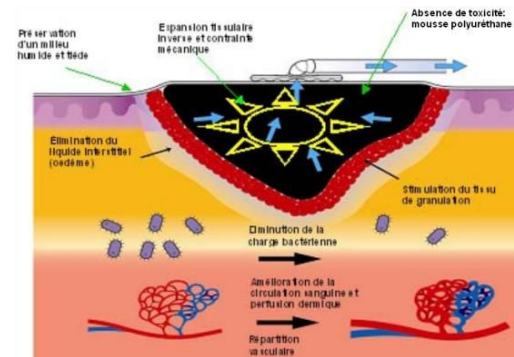


Conditions

- 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^e 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 une 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.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées

Les systèmes de traitement des plaies par pression négative (TPN) sont des adjuvants de la cicatrisation de certaines plaies chirurgicales à haut risque de complications ou de certaines plaies chroniques ne cicatrisant pas en première intention. Ils sont utilisés jusqu'à obtention d'un tissu de granulation ou de conditions suffisantes pour un geste chirurgical.

Du fait de l'absence d'étude clinique de bon niveau de preuve, l'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS) est essentiellement fondée sur l'expertise d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de professionnels de santé. La HAS a tenu compte de l'intérêt potentiel de la technique chez certains patients soigneusement sélectionnés.

L'ESSENTIEL

- Le TPN consiste à placer la surface d'une plaie sous une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante. Pour cela, un pansement spécialement réalisé est raccordé à une source de dépression et à un système de recueil des exsudats.
- La HAS a retenu pour le TPN des utilisations limitées dans des situations cliniques ciblées.
- Le recours au TPN ne doit intervenir qu'après avoir envisagé, et selon les cas, des traitements conventionnels. On tiendra compte des inconvénients de la technique et des contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables mentionnés dans les notices d'instructions.
- Un objectif clair en termes d'évolution de la plaie doit être fixé à l'instauration du TPN et assorti d'un suivi rigoureux de cette évolution. En l'absence d'amélioration lors de deux changements de pansement consécutifs ou à l'issue d'une semaine d'utilisation, le traitement doit être arrêté.
- De plus, le TPN doit respecter des conditions d'emploi précises.
 - Il exige une formation spécifique de tous les soignants.
 - L'information du patient sur l'objectif du traitement, ses effets indésirables et ses contraintes est nécessaire.
 - Le TPN doit être prescrit après avis spécialisé (chirurgien plasticien, dermatologue, diabétologue...) et commencé dans un établissement de santé (il peut ensuite être poursuivi en hospitalisation à domicile, avec évaluation hebdomadaire par le prescripteur initial).
 - La durée maximale de prescription recommandée est de 30 jours, renouvelable une seule fois par le prescripteur initial.
- Il n'y a pas d'argument clinique pour distinguer entre eux les différents dispositifs disponibles sur le marché.



à assurer l'étanchéité de la plaie et un



... avec l'avis de l'expert en plaies



Composants du système intégré V.A.C.® Therapy

Compo-
sition

n sous-
ue ou
sécurité

artition
ur une
rescrits,
am® et
néces-

Assurée

Pansements en mousse
Des tailles, formes et matériaux
pour s'adapter à tous les types de plaies.

Unité de thérapie
Elle délivre une
pression négative
contrôlée, mesurée,
avec alarmes
et enregistrée.



Hydrojets à haute pression

- Jetox



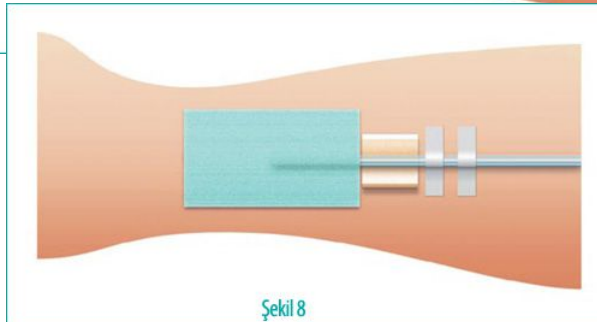
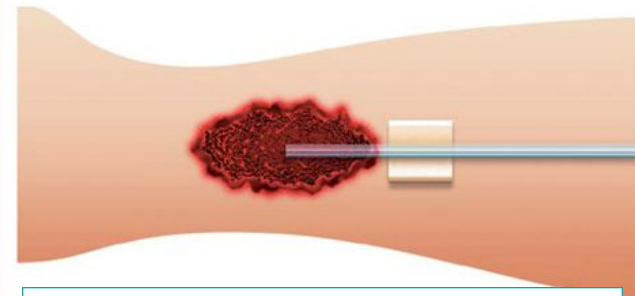
- Debritom



- Versajet



Oxygénothérapie transdermique continue



Şekil 8

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

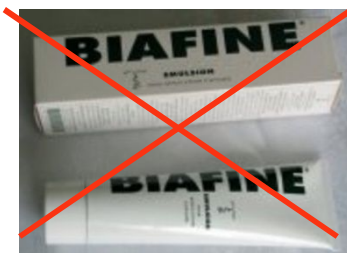


Recommandations (1)

- **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^e degré et radiodermites



Bétadine inutile



ée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

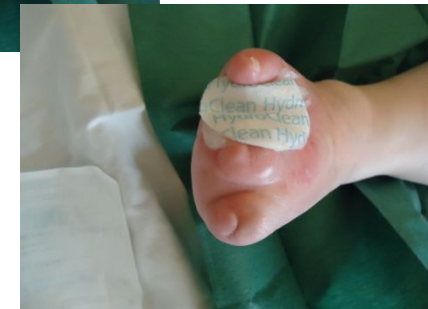
- Éviter éosine (sauf stade 4 d'AOMI)



- 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

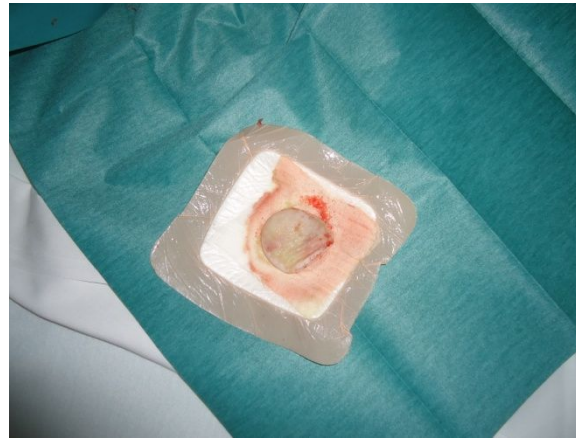


- **Préférer** les produits neutres type vaseline ou cold cream pour protéger la peau périphérique (barrière cutanée) à la place de la pâte à l'eau (difficile et douloureux à ôter)



- **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) Détersion 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

Phase de détersion	Phase de détersion	Phase de bourgeonnement	Phase d'épidermisation
			
Nécrose et/ou Fibrine sèche	Fibrine	Bourgeons	Épiderme
Humidifier Détersion	Hydrater si aspect sec Absorber si exsudats Détersion	Maintien du milieu humide	Maintien du milieu humide

Stade de déterision avec nécrose



❑ Déterision 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



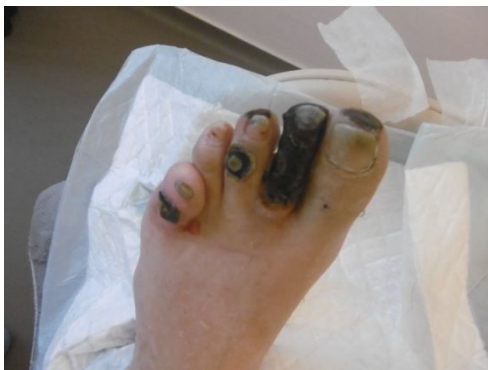
Assécher +++

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



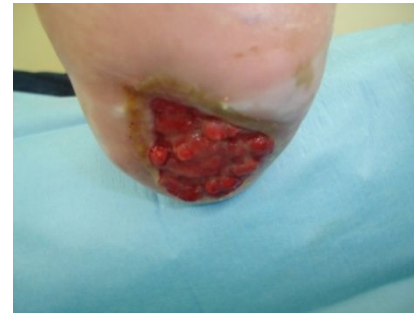
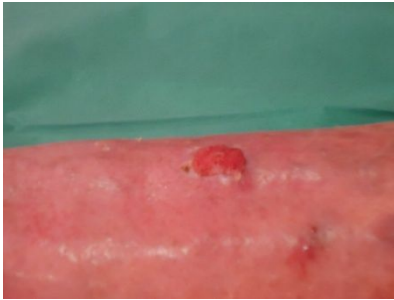
- Effleurer le lit de la plaie (fragilité++ facteurs de croissance in situ)
- alginate ou fibre HPA +/- super absorbant si exsudats ++
- hydrocellulaire (exsudats modérés)
- acide hyaluronique , si plaie peu ou pas exsudative
- urgostart si plaie peu ou pas exsudative

⇒ 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 bactériologique

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



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

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

- pansement Sorbact

- pansement à l'argent ?????

- alginate (piégeage de germes)

- pansement au charbon





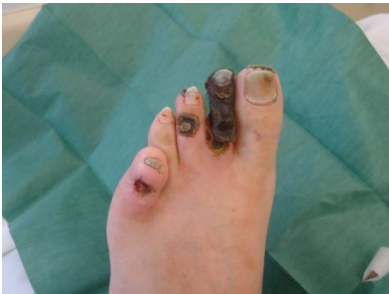

	Hydrogel	Alginate Fibre HPA Super Absorbant	Hydro cellulaire	Pansement charbon	Tulle Interface
N	x			x	
F	x	x		x	
B		x	x		x
E			x		x
Exsudats	o	++++	+ à ++	odeurs	o

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

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

Andrée-Alice Allain, IDE expert en plaies

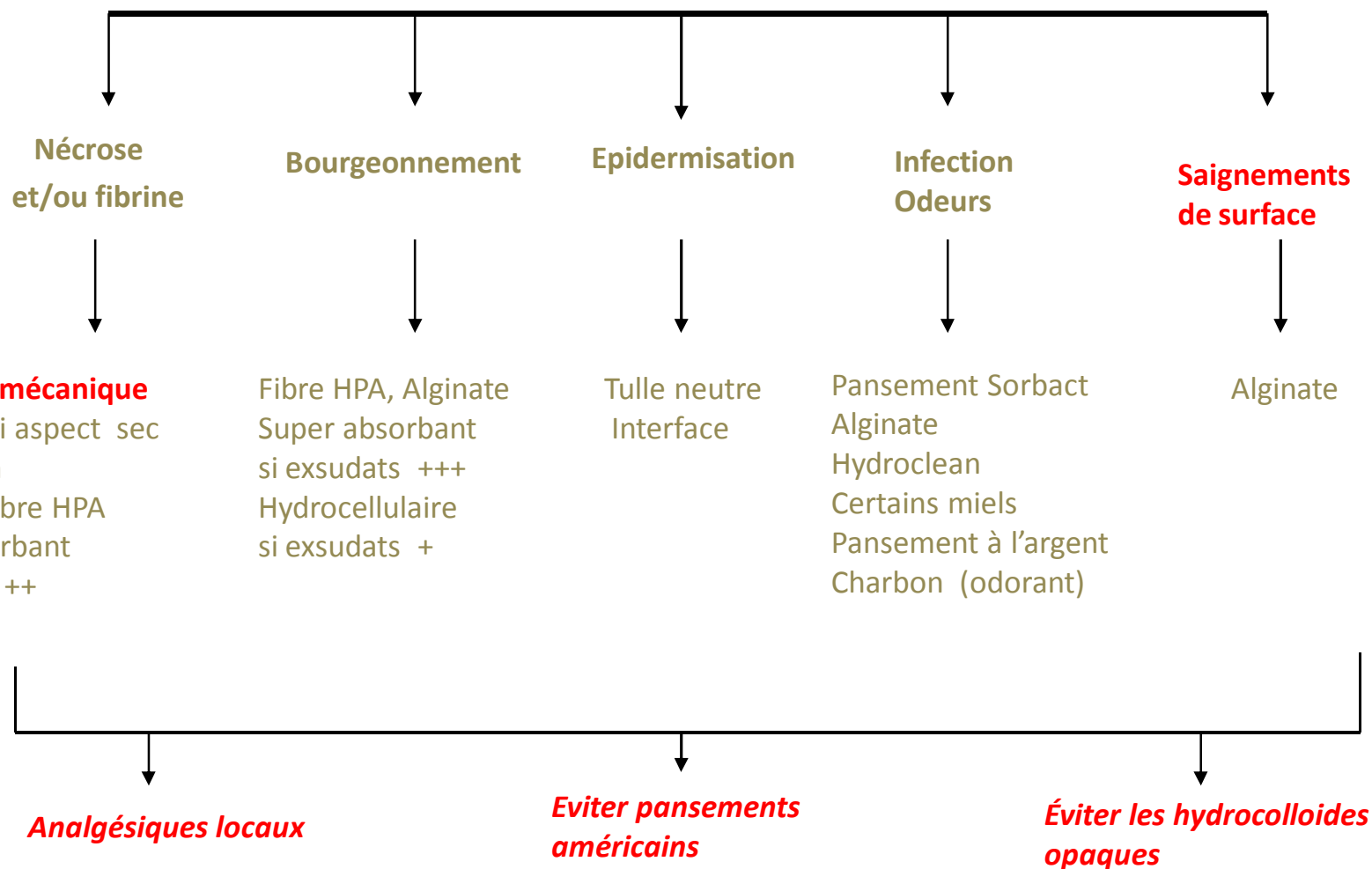
* Fibre HPA : fibre à haut pouvoir d'absorption (Hvdrofibre. Durafiber. Urgoclean)

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

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

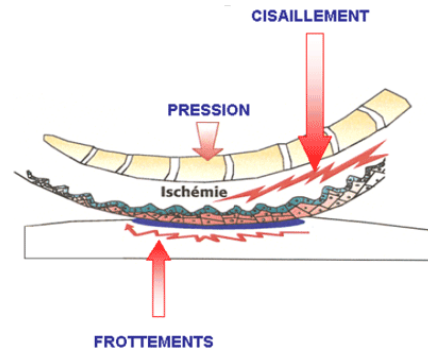
Ensuite

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

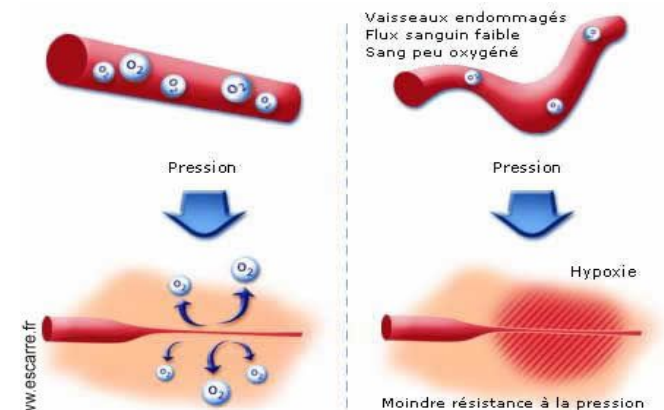
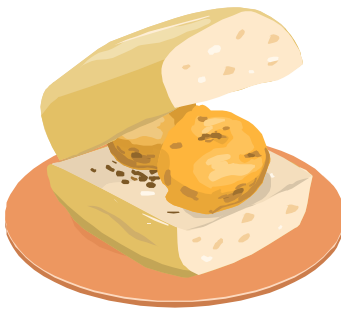
« Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie » recommandations HAS

Définition des escarres

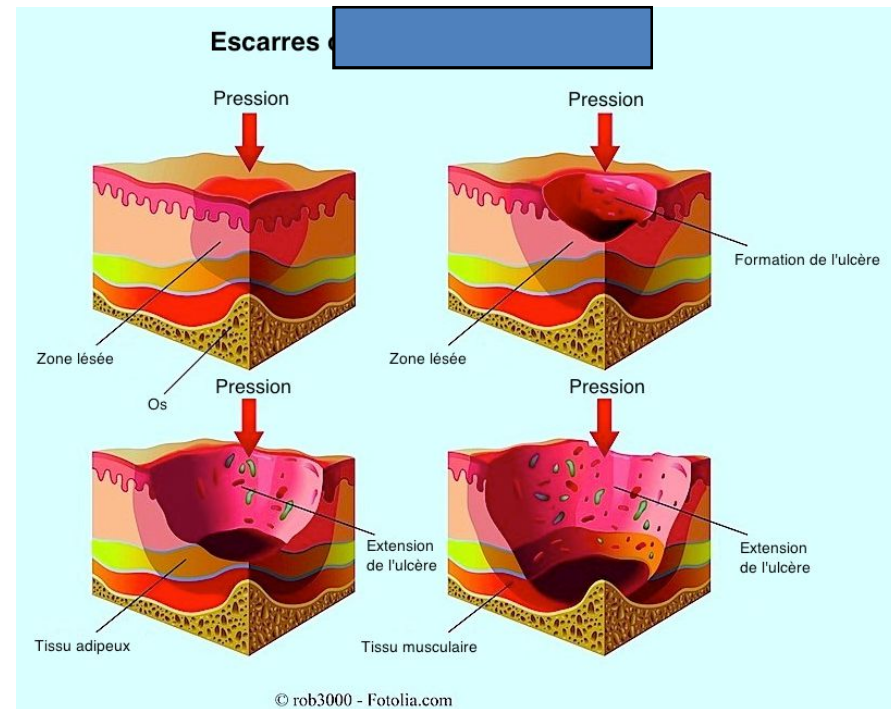
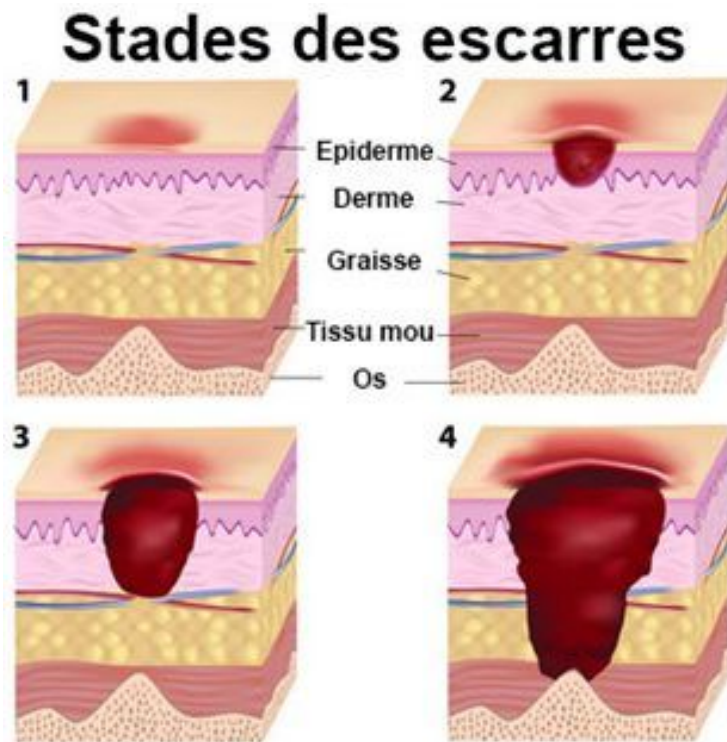
[NPUAP Février 2007]



« 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° degré : Phlyctène

Stade 3



Stade 4



Stade 1 (rougeur)



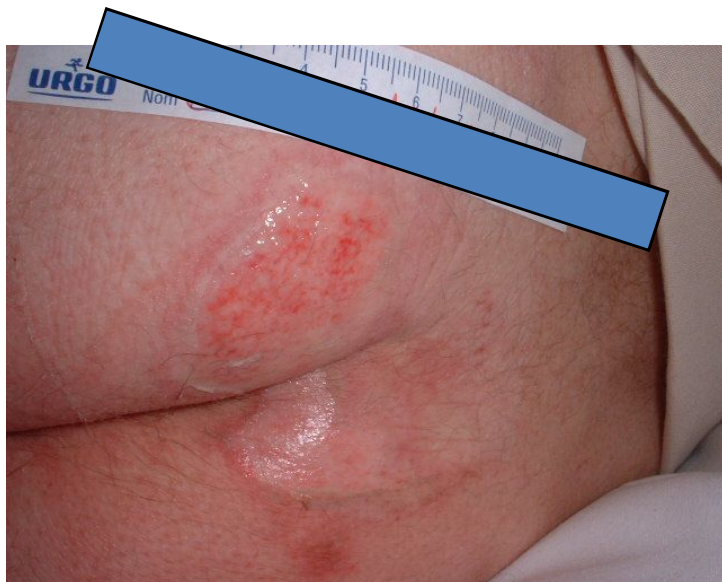
Stopper l'effleurage

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
- Tulles neutres



Stade 2 avec phlyctène

la pression

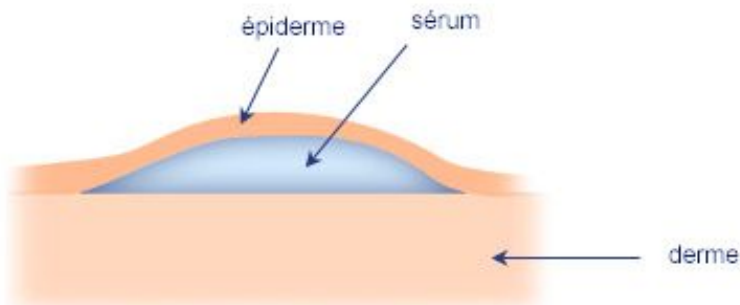


2^e degré : Phlyctène

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