



PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL PLAIES ET CICATRISATIONS

Véronique Allain

Laure Desgranges

Carole Palene

Clémence Guérin

Gaëlle Watier

OBJECTIFS

- Former le personnel paramédical
- Uniformiser les pratiques
- Permettre un meilleur suivi des plaies chroniques et aiguës



**RAPPEL SUR LES
PLAIES ET LES
CICATRISATIONS**

ÉVALUATION D'UNE PLAIE

- La quantité et la qualité de l'exsudat (séreux, hémorragique...)
- L'aspect (fibrine, nécrose, bourgeonnement, inflammation...)
- La profondeur
- Présence d'une douleur ou pas

PLAIES NON INDUITES

- **Les escarres** (définition de l'HAS):
plaies consécutives à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée. Il existe classiquement 4 stades dans les escarres allant de la simple rougeur à la nécrose.
- **Dermabrasion, brûlure, ulcère.**

STADES DE L'ESCARRE

- **STADE 0:** rougeur cutanée disparaissant à la pression.
- **STADE 1:** rougeur cutanée ne disparaissant pas à la pression. Chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.
- **STADE 2:** phlyctène ouverte ou non ou désépidermisation.
- **STADE 3:** Ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants. Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané, celle ci peut s'étendre jusqu'au fascia mais pas au delà.
- **STADE 4:** Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien.

PRINCIPE DE LA CICATRISATION EN MILIEU HUMIDE

- Cette méthode s'appuie sur deux principes : (cf Dr Téot, président du SFFPC)
 - **Contrôler l'exsudat** séreux au contact de la plaie.
L'exsudat participera à la détersion grâce aux Lymphocyte T, monocytes et polynucléaires qu'il contient.

- **Entretenir un environnement de plaie chaud et humide**, tout en respectant son bactériocycle naturel : gram - puis gram+ (à partir de la phase de bourgeonnement)
 - La flore gram - favorise la première phase de cicatrisation, elle stimule polynucléaires et macrophages, détruit les tissus nécrosés et les désolidarise des tissus sains en phase de granulation.
 - Le respect de cette flore justifie la non utilisation des antibiotiques locaux dans le traitement de l'escarre

Plaie colonisée ne veut pas dire plaie infectée...

COMMENT RECONNAÎTRE UNE PLAIE INFECTÉE

- **SIGNES CLINIQUES**

- Abscess
- Pus
- Écoulement important
- Rougeur, douleur
- Chaleur augmentée
- Induration, œdème
- Odeur
- Fièvre

- **SIGNES BIOLOGIQUES**

- Élévation de la CRP
- Hyperleucocytose

- **AUTRES SIGNES**

- Retard de cicatrisation
- Plaie atone
- Plaie décolorée
- Tissu de granulation friable
- Résurgence d'une seconde plaie en périphérie

- **SIGNES BACTÉRIOLOGIQUES**

- Écouvillonnage
- Numération des germes
- Biopsie

**CE PRINCIPE EST VALABLE
SUR TOUTES LES PLAIES**

RAPPEL : moins un pansement
est renouvelé plus la cicatrisation
est favorisée

PLAIES INDUITES

- Notamment les plaies chirurgicales,
- mais aussi les différents systèmes de drainage (drain thoracique, drain de Worth...),
- ainsi que tous les cathéters (en respectant les protocoles de service)

PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

Référence: protocole du service d'orthopédie.

- **L'utilisation des antiseptiques** sur les plaies non exsudatives, non inflammatoires, non purulentes **est inutile**. Un simple **nettoyage au sérum physiologique** est suffisant.
- Si la cicatrice est inflammatoire, utiliser un **protocole antiseptique** de type **hibiscrub/hibitane**.

PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

- Il faut se référer impérativement à la fiche post-op chirurgicale.
 - Le 1^{er} pansement se fera souvent à l'ablation du redon (sur prescription médicale) à J2 ou J3, ou à J1 ou J2 pour les plaies ouvertes.

PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

MAINTIEN MINIMUM DES FILS ET AGRAFES

- 3 à 5 jours : tête et visage
- 6 à 10 jours : cicatrice abdominale, thoracique
- 15 jours: membre supérieur
- 3 semaines: rachis
- 3 semaines sur certaines peaux :
 - Patient sous corticothérapie,
 - Peaux irradiées,
 - Reprises chirurgicales.

PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

PROTOCOLE DE SOINS DES FICHES DE FIXATEURS EXTERNES

- 1er pansement à J2
 - Désinfection de la peau et nettoyage avec de l'hibiscrub.
 - Ne pas ôter les caillots adhérents à la plaie.
 - Entourer les fiches de compresses sèches.
 - Si hémorragie, serrer les compresses plus fort et surélever le membre au dessus du niveau du cœur.
- Pansements suivants
 - Pansements quotidiens au minimum, en suivant la même désinfection.
 - Commencer à ôter doucement les caillots adhérents.
 - Entourer les fiches de compresses sèches.
- Douche autorisée à partir de 8 jours, les fiches pouvant être laissées à l'air après les soins locaux.

PANSEMENTS DE NEUROCHIRURGIE

- Protocole de nettoyage à la bétadine, en suivant le principe des 4 temps.
- Confère les protocoles de la réanimation

PANSEMENTS DE DIGESTIF

- Il n'existe pas de protocole spécifique aux pansements en chirurgie digestive.
- Désinfection des plaies à la **bétadine**.
- **Ne pas hésiter à joindre la stomathérapeute** en cas de stomie ou de pansements complexes (appeler au 13336 le matin).
- **Remarque**: les poches de colostomie se changent tous les jours mais pas le socle qui peut rester en place 7 jours.



**PRÉSENTATION DES
DIFFÉRENTS
PANSEMENTS**

Les Hydrocolloïdes

Propriétés :

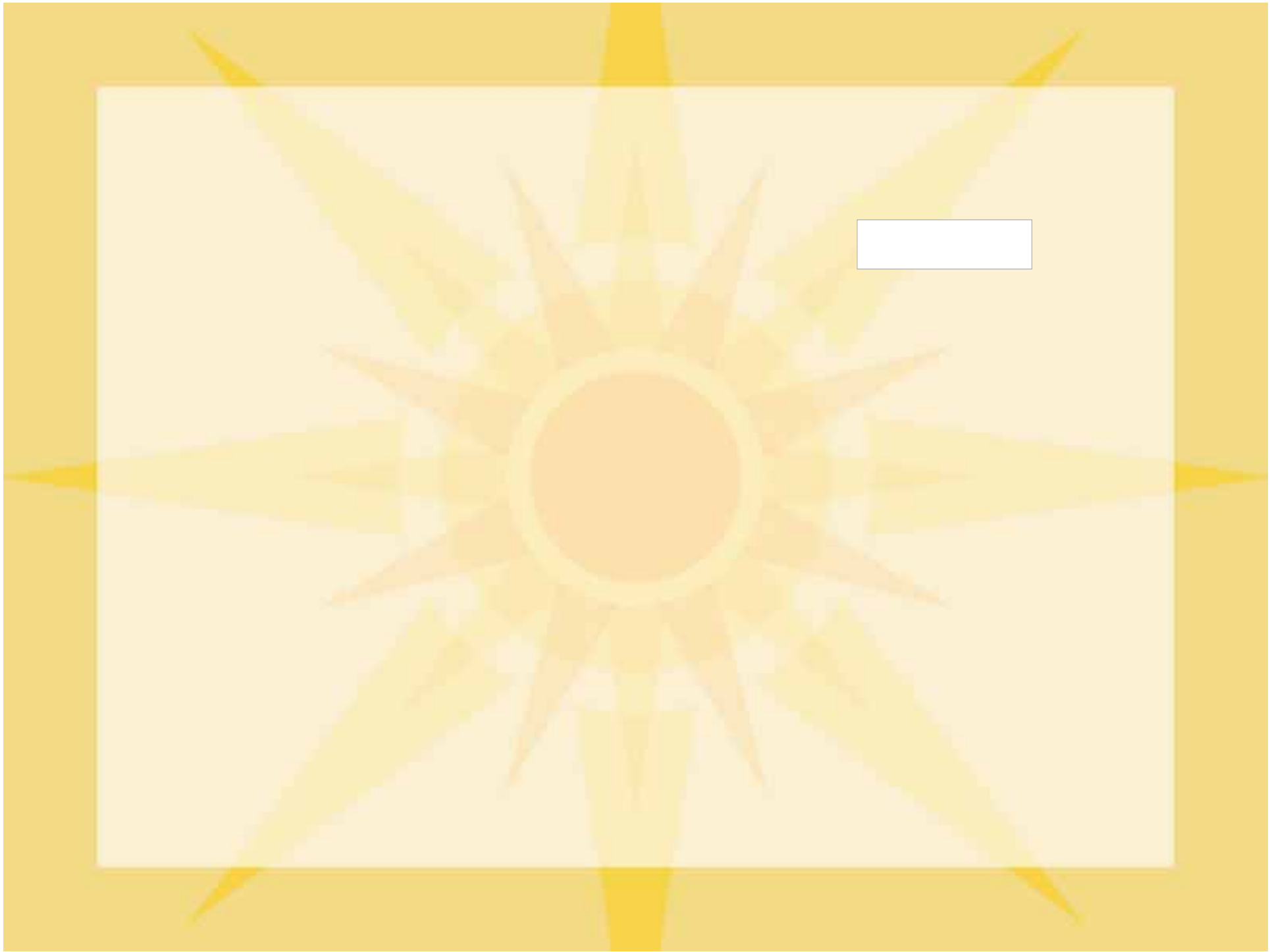
Absorption de l'exsudat, maintien de l'humidité, protection et isolement de la plaie. Forme un gel au contact de la plaie.

L'odeur nauséabonde au retrait est normale ainsi que le liquide.

Indications :

- ***en prévention*** : effet seconde peau ► *Hydrocolloïde mince*
- ***en pansement primaire*** : phase de bourgeonnement ou d'épithélialisation de plaie peu ou moyennement exsudative.
 - *Hydrocolloïde épais (se poser la question d'un hydrocellulaire)*
- ***en pansement secondaire et/ou de fixation*** pour maintenir un milieu humide sur un pansement en place pendant plusieurs jours
 - *Hydrocolloïde mince*

Délai de changement du pansement : à saturation (7 jours maxi)



Les alginates

Propriétés :

Hémostatique, très absorbant, détersion +++

Indications :

Plaie hémorragique, fibrineuse, exsudative et/ou cavitaires.

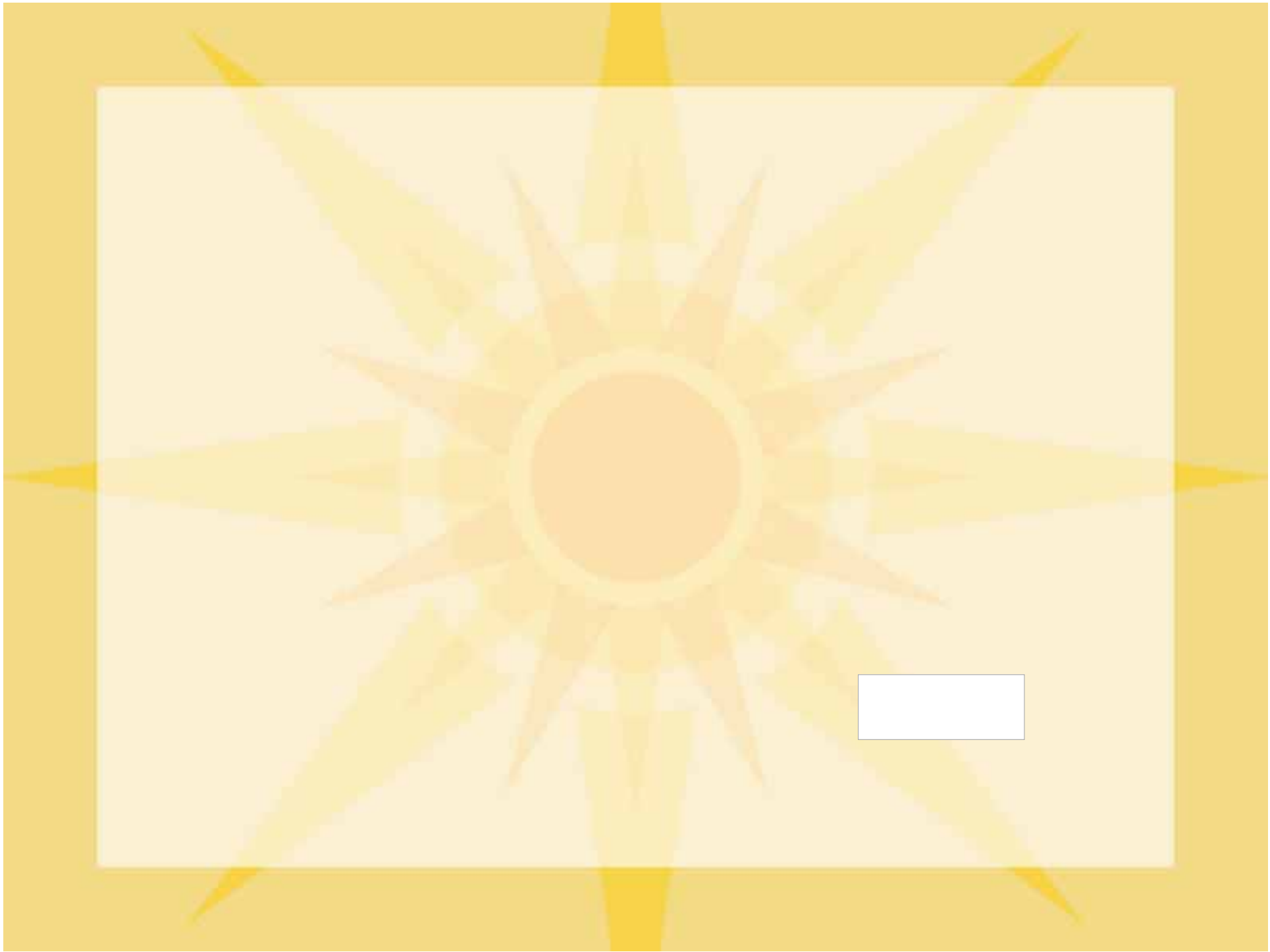
Mode d'emploi :

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), d'un mépore® ou d'un hydrocolloïde fin.

L'humidification n'est pas obligatoire, à adapter selon l'exsudat.

Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours





Les hydrogels

Propriétés :

Hydratation des plaies, prépare la détersion des tissus nécrotiques et fibrine sèche en les ramollissant.

Indications :

Plaie sèche, nécrotique et/ou fibrineuse.

Mode d'emploi :

Couvrir la lésion avec une couche de 5 mm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), ou d'un hydrocolloïde fin.

Délai de changement du pansement : chaque jour

Interface

Propriétés :

Stérile et non adhérent, retrait indolore et non hémorragique, passage des exsudats vers le pansement secondaire.

Indications :

Bourgeonnement, épidermisation, brûlure, dermabrasion.

Mode d'emploi :

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), d'un pansement sec. *Ne pas plier l'interface.*

Délai de changement du pansement : 2 à 6 jours.



Les Tulle Gras

Propriétés :

Stérile et non adhérent, retrait douloureux et parfois hémorragique, passage des exsudats vers le pansement secondaire.

Indications :

Hyper bourgeonnement et croûte.

Mode d'emploi :

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), d'un pansement sec.

Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours

Les Pansements au Charbon



Propriétés :

Pansement composé de charbon actif agissant comme un filtre d'odeurs.

Indications :

Plaies malodorantes à tous les stades.

Mode d'emploi :

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), d'un mépore® ou d'un hydrocolloïde fin.

Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours










PRÉSENTATION DE L'ALGORITHME DE DÉCISION

Objectif: uniformiser les différentes pratiques de traitement des plaies

Dans le cas des plaies mixtes, traiter en priorité la phase la plus importante!
Pour toute plaie non infectée, nettoyage à l'eau et au savon et rinçage au sérum physiologique.

RAPPEL: appel d'un médecin obligatoire si signes d'infection et avis chirurgical pour toutes plaies du membre inférieur!

STADE DE LA PLAIE	PHOTOS	NIVEAU D'EXSUDAT	OBJECTIFS	ACTIONS ET PANSEMENTS	RÉFÉCTION
NÉCROSE		Sèche	Hydrater et ramolir	Scarification au scalpel I: Hydrogel II: Hydrocolloïde ou opsite	Tous les jours ou tous les 2 jours
		Humide	Drainer et absorber	Détersion mécanique I: Alginate II: pansement sec ou hydrocellulaire	
FIBRINE		Sèche	Hydrater et ramolir	I: Hydrogel après scarification II: Hydrocolloïde ou opsite	
		Exsudative	Drainer et absorber Hémostase en cas de plaie hémorragique	I: Alginate après détersion mécanique II: pansement sec ou opsite ou I: hydrocellulaire + II: bande	
		Très exsudative		I: Hydrofibre après détersion mécanique II: compresse + bande	
BOURGEONNEMENT		Sèche	Protéger et cicatriser en milieu humide	I: Interface II: pansement sec	
		Exsudative	Maitriser l'exsudat en fonction de son importance et cicatriser	I: Hydrocellulaire II: pansement sec ou bande	
		Très exsudative		I: Alginate II: pansement sec	
ÉPIDERMISATION		Sèche	Protéger et cicatriser en milieu humide	I: Interface + II: pansement sec I: Hydrocolloïde ou opsite	
		Exsudative		I: Hydrocellulaire	
PLAIE MALODORANTE		Dans toutes les phases	Maitriser l'infection et absorber	I: charbon après détersion mécanique II: pansement sec	Tous les jours ou tous les 2 jours
PLAIE HÉMORRAGIQUE			Hémostase	I: Alginate (+/- détersion mécanique) II: pansement sec	
PLAIE HYPER BOURGEONNANTE		Dans toutes les phases <i>mais sur prescription</i>	Maitriser le bourgeon	I: Corticoïdes locaux + Interface ou Tulle II: pansement en fonction de l'exsudat	Tous les jours

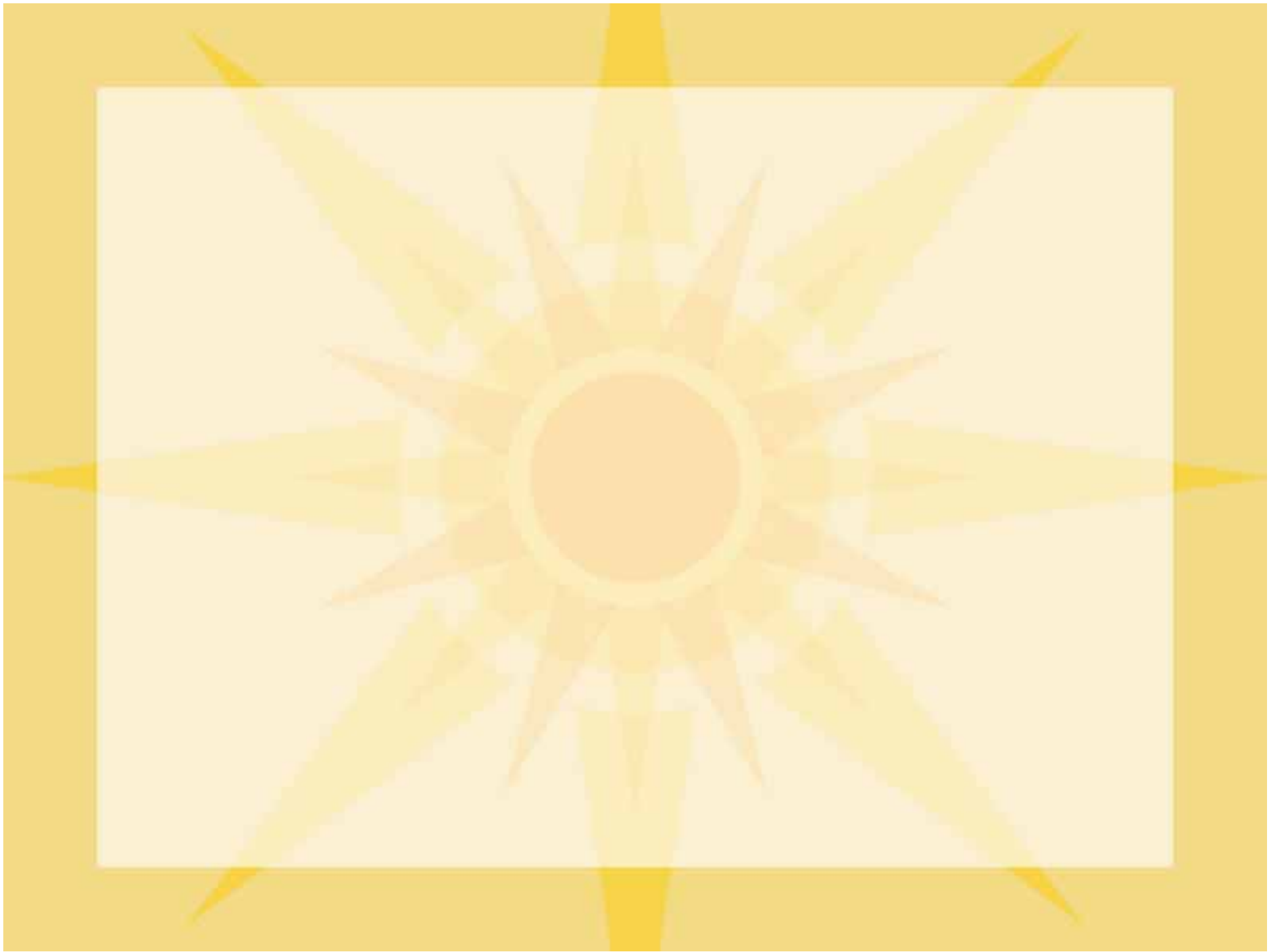
Légende :

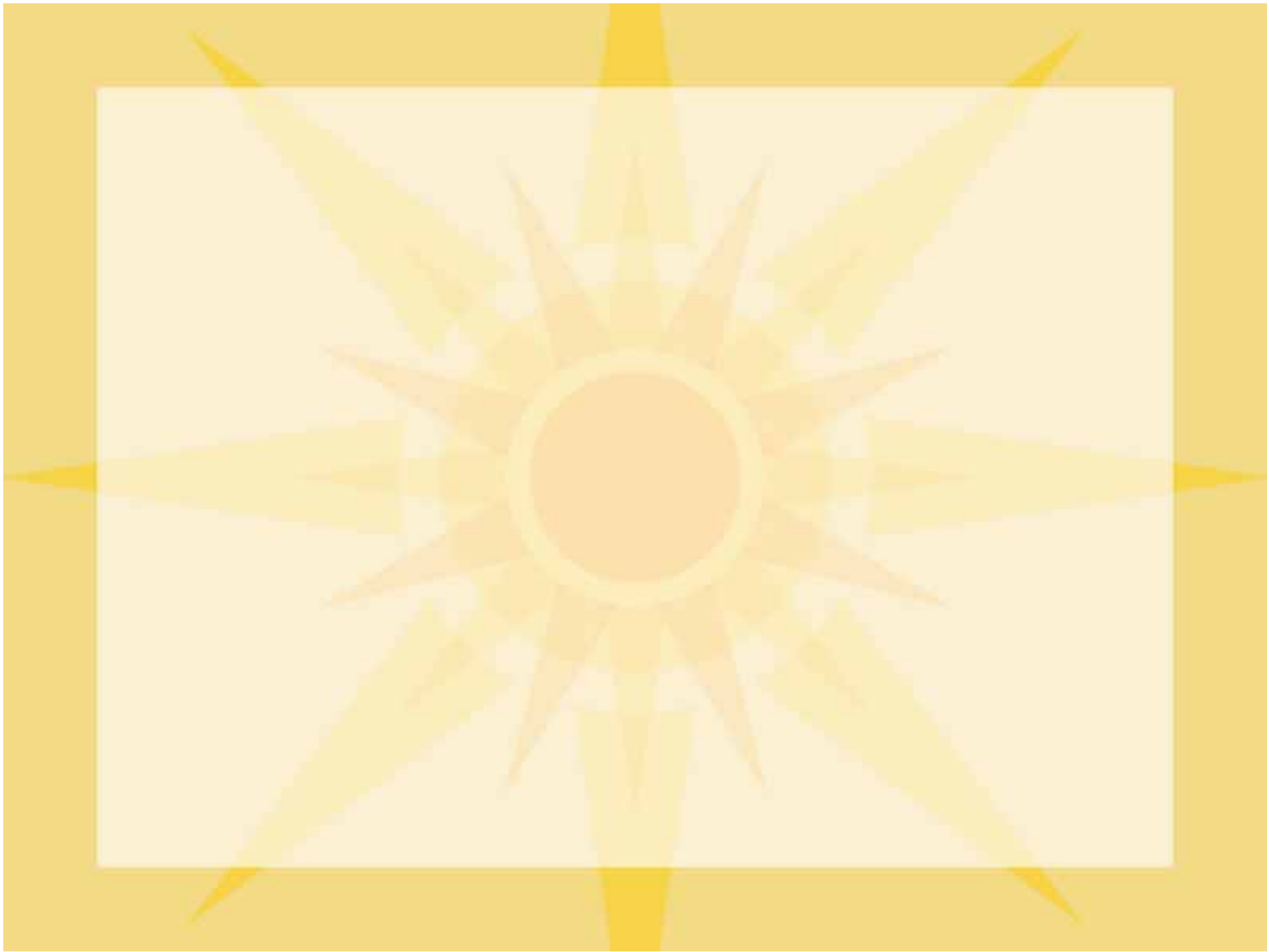
I: pansement primaire = à même la plaie

II: pansement secondaire = recouvrant le pansement primaire



**PRÉSENTATION DES
NOUVELLES FICHES
PANSEMENTS**







**RAPPEL SUR LA
PRÉVENTION ET
L'INSTALLATION DES
PATIENTS**

PRÉVENTION

- ① **EVALUER LE RISQUE:**

Le risque est mesuré pour que l'escarre soit évitée: un risque élevé ne veut pas dire que l'escarre va se produire. Cela signifie seulement que les moyens nécessaires pour l'éviter doivent être plus importants qu'en cas de risques faibles.

Le risque est majoré en réanimation, du fait de l'alitement et de la mal nutrition principalement.

L'escarre est toujours évitable et correspond toujours à un échec thérapeutique. Ce n'est jamais une fatalité qu'il faudrait accepter d'avance.

PRÉVENTION

- ② **SURVEILLANCE :**

Une escarre se développe rapidement, passant parfois en quelques heures du stade 1 au stade 3 ou 4, d'où l'importance d'une surveillance rapprochée.

SURVEILLANCE MINIMUM EN RÉANIMATION TOUTES LES 4 HEURES

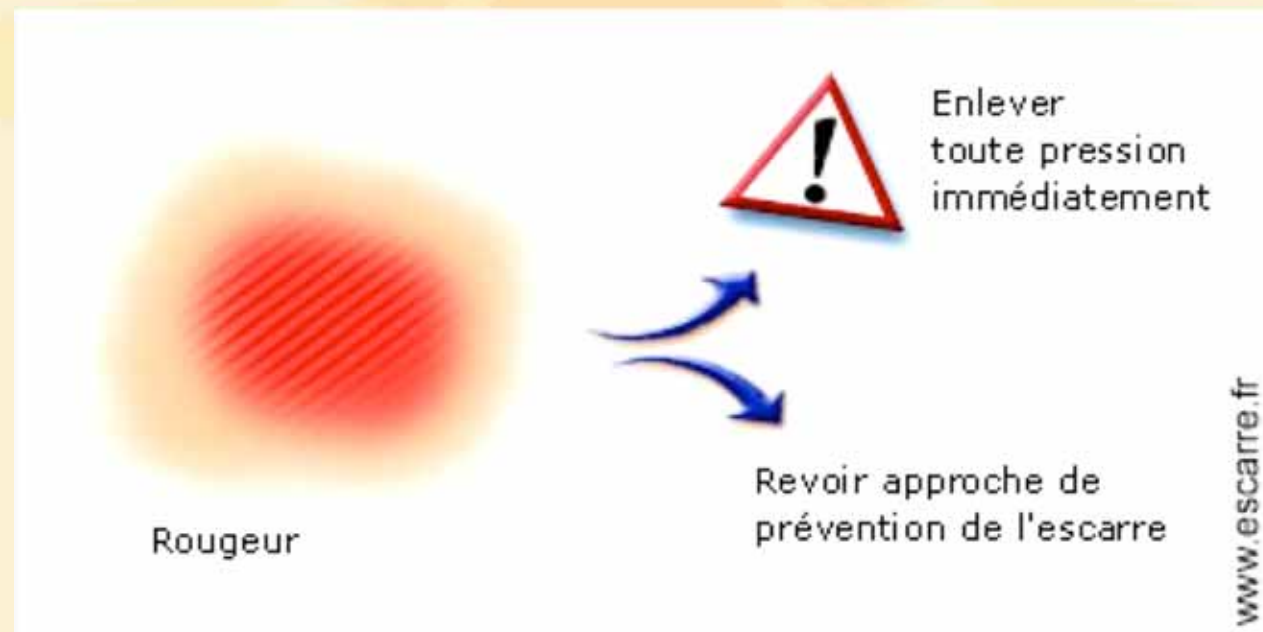
Les points à surveiller:

- talons
- trochanters (dans le cas d'une position latérale),
- sacrum
- occiput

PRÉVENTION

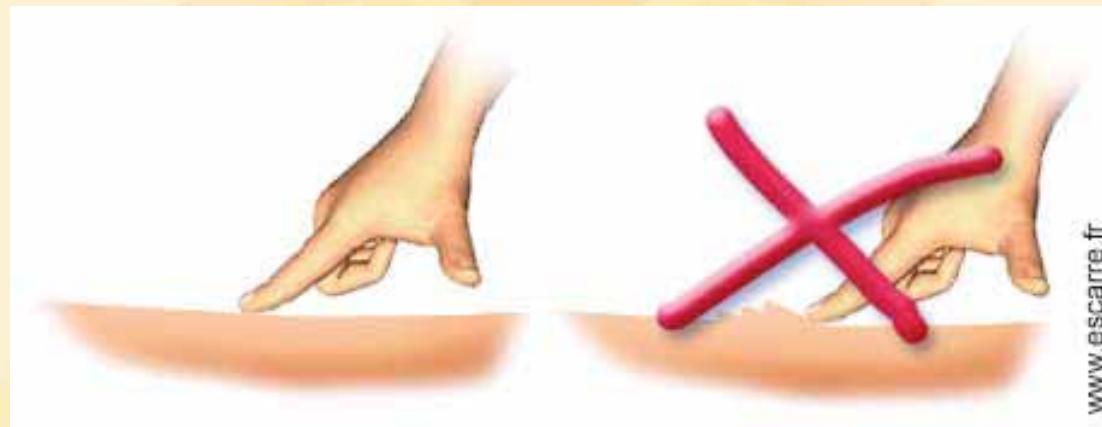
- **ROUGEUR, QUE FAIRE ?**

Enlever la pression immédiatement et améliorer sa prévention.



PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **Les effleurages** doivent rester **légers**. Une manipulation plus « musclée » pourrait en effet, notamment sur les patients à risque, provoquer des traumatismes liés à des forces de cisaillement excessives.



PRÉVENTION ET INSTALLATION

- ③ **ADAPTER LES SUPPORTS :**

Un support thérapeutique ne dispense pas des autres mesures de prévention.

Une bonne prévention, c'est éviter « les pics de pression » ou s'assurer d'une bonne répartition de celle-ci.

Éviter de décharger une zone au détriment d'une autre: en soulageant une zone du corps, un déséquilibre peut se créer, la pression peut augmenter sur une autre zone. En conséquence, il faut veiller à ce qu'il n'apparaisse pas d'escarre ailleurs.

PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **RAPPEL SUR LES DIFFÉRENTS SUPPORTS**
 - Matelas ou sur-matelas alova
C'est le minimum requis en réanimation
 - Matelas pad
Préconisé dans les atteintes du rachis
 - Matelas Duo 2
Matelas multi-zones à basses pressions continues et alternées. Préconisé pour les patients de réanimation à haut risque d'escarre.

PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LES POSITIONS COUCHÉES**

En décubitus dorsal strict, la pression est essentiellement concentrée au niveau du sacrum et des talons.

Exemple:

Avec ce matériel il faut rester vigilant :

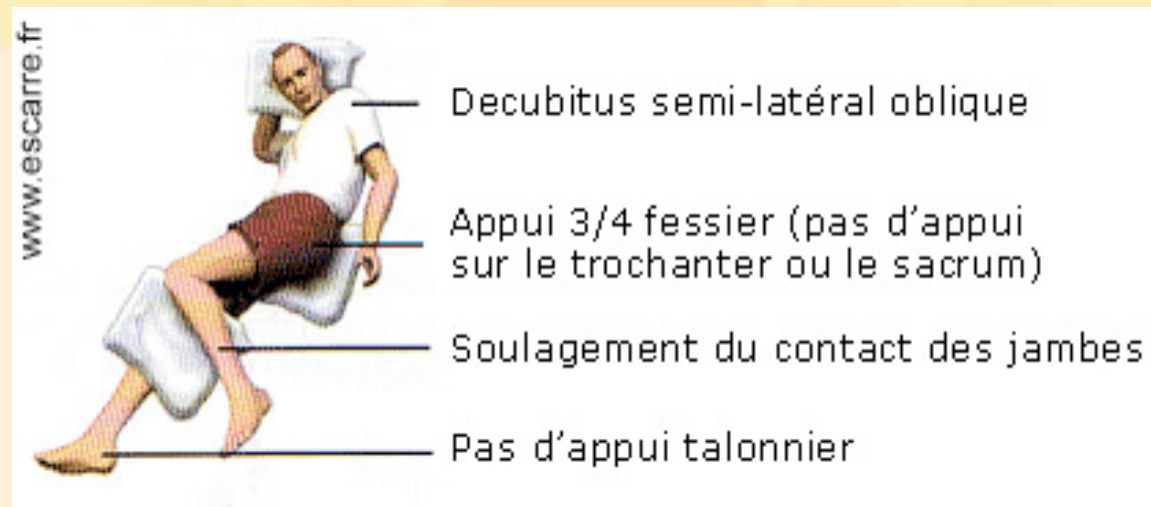
- au risque de déformation du pied en équin,
- à l'augmentation de la pression au niveau du sacrum,
- au possible recurvatum (hyperextension de l'articulation) du genou.



PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LE DÉCUBITUS LATÉRAL**

La meilleure position est le décubitus semi-latéral oblique



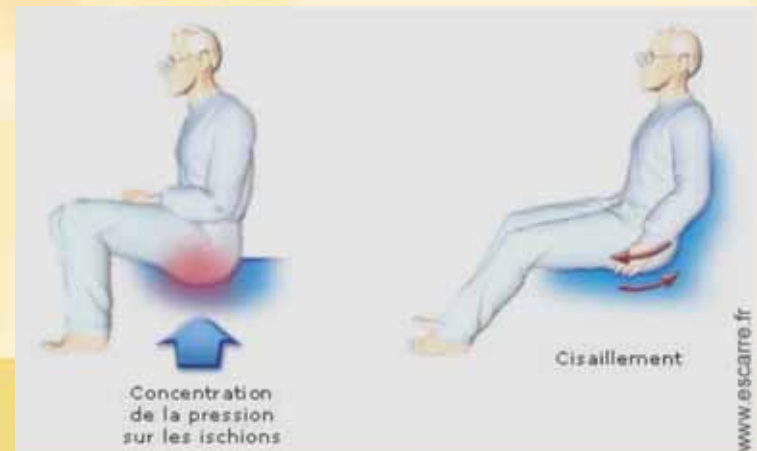
PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LA POSITION DEMI ASSISE**

En position demi assise au lit avec le relève buste incliné à 30°: le cisaillement est moins important qu'avec une inclinaison supérieure à 30°.

Prendre soin de la position des pieds: ni trop haut, ni trop bas, s'assurer que les cuisses touchent à plat le fauteuil.

Le corps doit être symétrique pour répartir son poids sur les deux ischions.



A stylized sunburst graphic with a central orange circle and numerous yellow and orange rays of varying lengths, set against a light yellow background. The graphic is centered and partially obscured by a white rectangular box.

CAS CONCRETS

EXEMPLE D'ESCARRE

- Escarre au talon
- Nécrose humide
- Stade 3 ou 4???
- Détersion mécanique
- Alginate
- Pansement sec ou hydrocellulaire
- Réfection tous les 1 à 2 jours



- Escarre au talon
- Fibrine humide
- Stade 3
- Détersion mécanique et alginate avec un pansement sec ou opsite
- Ou hydrocellulaire et bande
- Refection tous les 1 à 2 jours



- Écoulement purulent
- Stade 3
- Alginate et/ou pansement au charbon
- **PRÉVENIR RÉANIMATEUR ET CONTACTER LES CHIRURGIENS**



- Plaie colonisée mais non infectée
- Fibrine sèche
- Hydrogel après scarification
- Hydrocolloïde ou opsite
- Réfection tous les jours



- Plaie chirurgicale suspecte
- Désinfection habitante
- Prévenir réanimateur et chirurgien



- Escarre au sacrum
- Nécrose humide avec fibrine
- Stade 3 ou 4
- Détersion mécanique
- Alginate et hydrocellulaire spécial sacrum
- Réfection tous les 1 à 2 jours



T. Defloor 2001