Lille
Octobre
2012

N°123

REACTUALISATION DU GUIDE DU PANSEMENT DE LA PLAIE CHRONIQUE EN FORMAT DE POCHE DU CHU DE CLERMONT-FERRAND : A L'USAGE DES MEDECINS, PHARMACIENS ET INFIRMIERS DU SECTEUR LIBERAL HOSPITALIER, OU TOUTES AUTRES STRUCTURES DE SOINS .

V Boïko-Alaux – M Faivre – D Pastre : service Pharmacie-Cams Pr Chopineau
M Madeuf : service Dermatologie et vénérologie Pr D'Incan Pr Souteyrand
M Malleret –D Tixier : service Stomatologie maxillo-facial chirurgie plastique reconstructrice Pr Mondié

Introduction

Le but du Petit missel du traitement de la plaie chronique
est de rappeler les indications, contre indications , et précautions d'emploi des pansements, et de proposer un arbre décisionnel de façon à optimiser leurs utilisations sur le plan clinique et financier tout en tenant compte des recommandations de l'HAS

Matériels et méthodes

- une équipe formée de soignants et de pharmaciens
- une étude bibliographique
- une collecte des documentation de tous les fournisseurs
- une base : le guide du pansement pour plaies chroniques édition 2002

Résultats

Définition de la plaie chronique (selon l'HAS) : « une plaie chronique est une plaie traumatique dont le délai de cicatrisation est allongé pour une ou plusieurs causes. Selon l'étiologie , une plaie est considérée comme chronique après quatre à six semaines d'évolution »

I GENERALITES SUR LA CICATRISATION

Quatre phases de cicatrisation

A. Phase vasculaire et inflammatoire
B. Phase de réparation tissulaire ou phase de bourgeonnement
C. Phase de réépidermisation
D. Phase de remodelage

II GENERALITES SUR LES PLAIES CHRONIQUES

Quatre types de plaies chroniques

A - L' escarre
B - L'ulcère de jambe:
ulcères veineux, artériels, mixtes
angiodermite nécrotique
C - Le mal perforant plantaire
D - La plaie cancéreuse

POUR TOUTE PLAIE CHRONIQUE, PENSEZ A :

- vérifier et/ou pratiquer la vaccination anti tétanique
- prendre en charge la douleur
- traiter l'étiologie
- assurer l'équilibre nutritionnel et l'hydratation du patient
- nettoyer les plaies au sérum physiologique
- proscrire l'utilisation des antiseptiques à l'exception des plaies infectées sur prescription médicale
- proscrire l'utilisation de produits délétères tels que pommades, colorants tels que l'éosine, alcool, eau de Cologne…

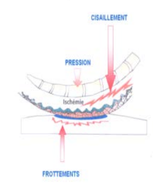
A. LES ESCARRES

1. Définition (NPUAP: National Pression Ulcer Advisory Panel 1989)

« L'escarre est une lésion d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. »

2. Etiologies

- facteurs mécaniques



- facteurs cliniques :
Ce sont : l'immobilité, la dénutrition, l'incontinence urinaire et/ou fécale, l'âge du patient

3. Classification de 5 stades

Prise en charge des escarres en fonction des stades

Stade	Description	Stratégie thérapeutique	Pansements indiqués
0	Erythème réversible, Epiderme intact. Rougeur blanchissant sous la pression digitale et se recolorant en quelques secondes	Effleurages	Huiles de soins
1	Erythème irréversible, Epiderme intact. Rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt	Interface permettant de visualiser la plaie, tout en en limitant les forces de frictions.	Film adhésif transparent Hydrocolloïde extra-mince
2	Décollement (phlyctène)/ ouverture de l'épiderme, abrasion, dépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme	Si phlyctène séreuse : ouvrir largement, vider, conserver le capot et protéger	Film adhésif transparent Hydrocolloïde extra-mince
		Si phlyctène hématique : découper le capot dans son intégralité afin de visualiser l'apparition d'une nécrose sous-jacente	Cf tableau Echelle colorielle
3	Atteinte du derme profond et de l'hypoderme. Possibilité d'apparition d'une nécrose.	En fonction de la phase de cicatrisation : A ce stade, l'escarre peut présenter plusieurs types de tissus : nécrose, fibrine ou bourgeonnement, il sera alors préférable de gérer en priorité le stade le plus délétère en évitant les pansements « patchwork » (Détersion urgente de la nécrose)	Cf tableau Echelle colorielle
4	Atteinte de : os, muscles, tendons. Destruction profonde et étendue de la peau.	Même startégie que pour le stade 3 : tout en ne négligeant pas l'intérêt des prélèvements bactériologiques locaux, si présence de signes de surinfection. Evaluer le risque d'ostéite (Attention si contact osseux). Discuter, dans ce cas l'intérêt d'une antibiothérapie par voie générale.	Cf tableau Echelle colorielle

4. Pensez à:

- Prendre en charge, dès le premier pansement, l'état des bords et des téguments ulcéreux
- Evaluer le risque grâce aux échelles et le réévaluer régulièrement
- Lever la pression
- Adapter le support (matelas, coussin, etc.)
- Mobiliser le patient
- Eviter les cisaillements et les frottements lors des mobilisations
- Eviter la macération et les irritations

5. A éviter:

- Pétrissage, massage, friction des points d'appui
- Effleurage d'une rougeur persistante
- Cacher les points d'appui sous des pansements opaques

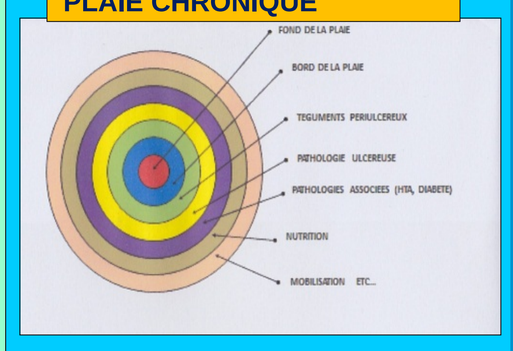
C-LA LISTE DES PANSEMENTS EXISTANTS

- ✓ *Hydrogels*
- ✓ *Hydrocolloides*
- ✓ *Fibres de cmc (hydrofibres)*
- ✓ *Hydrocellulaires*
- ✓ *Irrigo absorbants*
- ✓ *Alginates de calcium*
- ✓ *Films adhésifs transparents*
- ✓ *Pansements vaselines*
- ✓ *Interfaces*
- ✓ *Pansements au charbon*
- ✓ *Pansements a base d'acide hyaluronique*
- ✓ *Anti protéases*
- ✓ *Tpn (thérapie par pression négative)*
- ✓ *Pansements naturels (miel, larvotherapie…)*
- ✓ *Pansements imprégnés de principes actifs*

Que peut on trouver dans le petit missel ?

Petit missel du traitement de la plaie chronique

III EVALUATION CIBLEE DE LA PLAIE CHRONIQUE



IV LES PANSEMENTS ACTUELS

A – Législation
B – Le pansement idéal
C – La liste des pansements existants

LES HYDROCELLULAIRES : Ce sont des pansements absorbants composés de trois couches à base de polyuréthane.

LABORATOIRES	SPECIALITES	CARACTERISTIQUES	DIMENSIONS	CONDITIONNEMENT	PRIX LPPR	COMPOSITION	OBSERVATIONS
B.BRAUN	ASKINA FOAM®	Non adhésif	10 x 10 cm	BTE de 10	26,66	-Couche interne : non tissé polyester imprégné d'un adhésif acrylique -Couche centrale : acrylate de sodium et de mousse de polyuréthane -Couche externe : polyester et polyuréthane	**Recommandations :** -Nettoyer la plaie au sérum physiologique -Appliquer le pansement sur la plaie en la laissant dépasser d'environ 2 cm autour de la plaie -Utiliser les formes non-adhésives ou formes siliconées si la peau péri-lésionnelle est lésée -Le pansement doit être changé à saturation **Précautions d'emploi :** -Non indiqués sur plaies infectées **Remarques :** -Pouvoir d'absorption : 10 fois son poids -Si plaie de grande taille, forme non adhésive conseillée **Légende :** Formes Non Adhésives / Formes Adhésives / Formes Extra-Minces / Formes Anatomiques
			15 x 20 cm	BTE de 10	78,08		
	ASKINA TRANSORBENT BORDER®	Bords adhésifs	9 x 14 cm	BTE de 10	31,80		
			10 x 14 cm	BTE de 16	83,43		
	ASKINA TRANSORBENT®	Tout adhésif	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30		
			15 x 15 cm	BTE de 10	58,80		
			20 x 20 cm	BTE de 10	103,79		
	ASKINA THINSITE®	Tout adhésif (ultrafin)	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30		
			15 x 15 cm	BTE de 10	58,80		
			20 x 20cm	BTE de 10	103,79		
	ASKINA TRANSORBENT SACRUM®	Bords adhésifs	18 x 20 cm	BTE de 10	58,80		
			20 x 22 cm	BTE de 10	78,08		
	ASKINA HEEL®	Non adhésif (spécial talon)	Standard	BTE de 10	68,60		
			XL	BTE de 10	68,60		
	ASKINA CAVITY STRIPS®	Non adhésif	Mèche 2,5 x 40 cm	BTE de 10	30,49		
COLOPLAST	BIATAIN CONTACT®	Micro-adhérent	12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33	Mousse de polyuréthane + trame à base de copolymère + résine et huile de paraffine	
			10 x 20 cm	BTE de 16	83,43		
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08		
	BIATAIN SILICONE®	Bords adhésifs siliconés	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30	Mousse de polyuréthane + CMC +Bord silicone	
			12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33		
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08		
	BIATAIN ADHESIF®	Bords Adhésifs	12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33	Mousse de polyuréthane + CMC	
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08	Mousse de	

V TRUCS ET ASTUCES

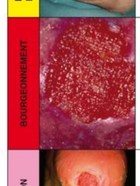
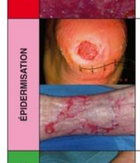
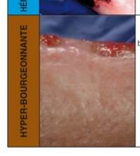
CA FAIT MAL!!

POURQUOI ???	PENSEZ A :
• Une plaie infectée et qui macère. • Un pansement desséchant, ne respectant pas le milieu humide. • Une utilisation délétère d'enzymes détersives : type Elase®. • Absence, inadéquation ou non observance du traitement antalgique.	• Adapter le type de pansement. • Ne pas utiliser de topiques délétères. • Penser aux anesthésiques locaux : type Emla® ou Xylocaïne® sur prescription médicale. • Utiliser un traitement antalgique de fond (sur prescription médicale) : à donner au minimum ½ heure avant le pansement.

CA SE DECOLLE!!

POURQUOI ???	PENSEZ A :
• Un pansement avec un pouvoir d'absorption trop faible • Un pansement de mauvaise qualité • Une peau trop grasse • Une localisation difficile	• Utiliser un adhésif de meilleure qualité si peau péri-lésionnelle saine ou utiliser des pansements de maintien. • Dégraisser la peau. • Utiliser si possible des formes anatomiques (talon, sacrum) et des pansements de maintien.

VI ECHELLE COLORIELLE

PLAIE	PHOTO	OBJECTIFS	THÉRAPEUTIQUE	PST PRIMAIRE	PST SECONDAIRE	RYTHME DES PANSEMENTS
NECROSE SECHE		Ramollir puis éliminer la nécrose par détersion autolytique et manuelle. NB : Pas de détersion d'emblée chez le patient artéritique	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
NECROSE HUMIDE		Eliminer la nécrose par détersion autolytique et manuelle. NB : Pas de détersion d'emblée chez le patient artéritique. Gérer l'exsudat	Si nécrose adhérente et épaisse Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
			Si peu exsudative : appliquer un alginate. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginate ou Fibre de CMC	Compresses	
FIBRINE SECHE		Eliminer la fibrine par détersion autolytique et manuelle. NB : Pas de détersion d'emblée chez le patient artéritique	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
FIBRINE HUMIDE		Eliminer la fibrine par détersion autolytique et manuelle. idem. Gérer l'exsudat	Si peu exsudative : appliquer un alginate. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginate. Fibre de CMC	Compresses	Toutes les 48 h ou à saturation du pst
BOURGEONNEMENT		Favoriser la formation du bourgeon charnu jusqu'à la réépidermation	Pour accélérer le bourgeonnement.	Pst vaseliné mailles larges	Compresses	Toutes les 48 h
			Bourgeonnement satisfaisant : évolution vers la réépidermation.	Interface ou Pst vaseliné mailles fines		Toutes les 48 à 72 h
			Si peu exsudatif Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocellulaire extra-mince. Ou. Hydrocolloïde épais	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou à saturation du pst
					/	Maxi 7 j. ou à saturation du pst
			Si exsudat plus important : Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocellulaire	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou à saturation du pst
ÉPIDERMISATION		Favoriser la réépidermation	Changer le pansement le moins possible.	Hydrocellulaire extra-mince. Ou	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou jusqu'à saturation complète
			Protéger les tissus néo-formés.	Hydrocolloïde extra-mince. Ou	/	Maxi 7 j. ou jusqu'à saturation complète
			Eviter la formation de croûtes tout en conservant la milieu humide.	Film adhésif transparent	/	De 3 à 7 j. ou jusqu'à saturation complète
			Pour les personnes âgées, les enfants ou personne à la peau fragile, privilégier les Interfaces ou psts vaselinés mailles fines.	Pst vaseliné mailles larges. Interface ou Pst vaseliné mailles fines	Compresses	Toutes les 48 h
					Si non adhésif : système de maintien	Toutes les 48 à 72 h
INFECTEE		Eliminer l'infection qui entraîne un retard de cicatrisation. Rétablir la flore bactérienne	En cas de signes locaux (rougeur, douleur, chaleur, œdème, odeur, écoulement…), faire un prélèvement bactériologique profond (sur prescription médicale) afin d'établir un antibiogramme adapté. L'utilisation des ATS est dans ce cas possible sur prescription médicale (PM).	Alginate. Ou. Fibre de CMC. Ou. Pst à l'argent	Compresses ou si plaie mal odorante Pst au charbon. NB : pas de pst occlusif	A saturation du pst
MAL ODORANTE (associé ou séparé)		Améliorer le confort du patient en palliant aux mauvaises odeurs	En cas de signes locaux d'infection : penser aux prélèvements (cf ci-dessus) sur PM.	Pst au charbon	Compresses. NB : pas de pst occlusif	Tous les jours si utilisé en pst primaire sur plaie infectée
HEMORRAGIQUE		Stopper le saignement	Soins non agressifs. Ne pas effectuer de détersion pour les patients sous anticoagulant ou présentant des troubles de coagulation. Si persistance du saignement, prendre avis auprès de l'équipe médicale. Utiliser l'Alginate sec.	Alginate	Adapté aux risques de saignement	Adapté aux risques de saignement
HYPER-BOURGEONNANTE		Aplanir les bourgeons en excès afin de relancer la cicatrisation	Si Nitrate d'Argent : attention de ne pas déborder sur la peau saine et ne pas souiller l'environnement proche. Photosensibilisation, entraînant une coloration grise de la zone. Petite surface : crayon. Grande surface : solution à 1 %.	Nitrate d'argent + Interface ou Pst vaseliné mailles fines	Compresses	Toutes les 24 h
		Traitement à appliquer sur prescription médicale	Si dermo-corticoïde : appliquer directement sur la plaie. Ne pas utiliser sur plaie infectée. Ne pas associer un pansement vaseliné (pro-bourgeonnant).	Dermo - corticoïde + Interface ou Pst vaseliné mailles fines		

Conclusion

Ce guide a été réalisé dans le but de pouvoir effectuer un choix clinique parmi les nombreux dispositifs médicaux mis sur le marché depuis ces dernières années, avec des technologies de plus en plus performantes et onéreuses (TPN, PHMB …)

Il est donc important de bien connaitre les différents types de plaies ainsi que leurs stades, de façon à les traiter avec le pansement le plus adapté afin d'obtenir un résultat optimal au meilleur rapport cout efficacité.

En effet, bien utilisés, ces pansements peuvent permettre de diminuer de façon importante le temps de cicatrisation et de ce fait, la durée d'hospitalisation des patients tout en préservant leur qualité de vie.

Cependant il ne faut pas perdre de vue qu'une plaie chronique impose une prise en charge globale du patient afin d'améliorer son confort et la qualité des soins qui lui seront prodigués.