

## INTRODUCTION

Question des IDE sur le bon usage des pansements



Nombreuses classes de pansements disponibles sur le marché



Service d'HAD avec plusieurs prescripteurs extérieurs au CH



Guide de prise en charge des plaies

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### Plusieurs sources

- ✓ Recommandations de l'HAS
- ✓ Notices d'utilisations des pansements
- ✓ Informations fournies par les laboratoires
- ✓ Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations
- ✓ Site Europharmat (fiches de bon usage)

### Collaboration pluridisciplinaire

- ✓ IDE titulaire d'un DU « plaie et cicatrisation »
- ✓ IDE du service d'HAD
- ✓ Interne en pharmacie - Pharmaciens

## RÉSULTATS

### Généralités

### Les différentes classes de pansements

**Différence entre plaie aiguë et chronique**

Plaie aiguë = toute altération ou effraction cutanée. Une plaie aiguë devient chronique par altération de l'état général.

Plaie chronique = plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution.

**Triangle de cicatrisation**

La prise en charge d'une plaie est un travail d'équipe. Elle nécessite une communication entre les intervenants. Concept du triangle de cicatrisation

- Au sommet, le patient, 1<sup>er</sup> concerné dans la prise en charge de la plaie. Son implication dans la cicatrisation est capitale.
- Les soignants qui interagissent avec le patient (son ressenti), et sa plaie (évolution)
- Les environnements
  - o celui du patient (domicile, hôpital)
  - o celui des soignants (en lien avec les dispositifs médicaux, matériel utilisé)

**Les différentes phases de cicatrisation et le type de plaie associé**

La cicatrisation se déroule en trois phases, d'une durée variable :

- La **déferation (plaie fibrineuse)**  
Il y a parfois la formation de croûte sèche et noire. C'est le stade de **épuration** sèche.
- Le **bourgeonnement ou granulation (plaie bourgeonnante)**  
Autrement immédiatement après le traumatisme débutent des sécrétions à partir des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cela aboutit à la formation de fibrine qu'il faut éliminer.
- Le **bourgeonnement ou granulation (plaie bourgeonnante)**  
Le **bourgeonnement** correspond à la phase de constitution de bourgeons charnus de derme, permettant de combler la plaie. Cette phase est assurée par le maintien d'un milieu humide au niveau de la lésion.
- L'**épidermisation (plaie épidermisée)**  
L'épidermisation correspond à la reconstitution de l'épiderme qui se caractérise par le recouvrement du bourgeon charnu. Elle permet la cicatrisation de surface et peut durer plusieurs mois.

**Les principales étapes du traitement de la plaie**

Le **nettoyage** : de manière atraumatique à l'eau et au savon (de préférence savon à pH neutre ou savon de Marseille) à l'aide d'un gant à usage unique. Rincer soit à l'eau soit au NaCl 0.9%. Ne pas utiliser d'antiseptiques (Dakin®, éosine®, bétadine®) qui peuvent être allergisants, ralentir la cicatrisation et sélectionner des germes résistants.

Le **débridement** : consiste à retirer de la plaie les tissus nécrotiques et les dépôts fibrineux.

L'**application** de pansements en fonction de

- La phase de la plaie
- L'importance des exsudats
- L'état de la peau péri-lésionnelle
- L'état pathologique (infection, odeur, douleur)

**Différence entre pansement primaire (I<sup>er</sup>) et secondaire (II<sup>e</sup>)**  
Pansement primaire : en contact direct avec la plaie  
Pansement secondaire : recouvre le pansement I<sup>er</sup>

**Fréquence de changement des pansements**

En cas de plaie exsudative, le pansement se change tous les jours. Si le changement doit se faire plus d'une fois par jour, il est peut-être nécessaire de réévaluer le pansement utilisé pour en choisir un avec une capacité d'absorption plus importante.

En cas de plaie peu exsudative : le pansement se change d'abord tous les jours, puis toutes les 48h, voire toutes les 72h mais ne pas aller au-delà. Il est nécessaire de réévaluer à chaque fois la durée de pose, et si besoin réduire à nouveau le rythme de changement.

**Suivi des soins**

Il est important de noter une description initiale de la plaie puis son évolution au quotidien pour suivre le cycle de cicatrisation.

La description se fait du centre de la plaie vers l'extérieur avec :

- le lit de la plaie là où il y a de la perte de substance
- les berges de la plaie où se trouvent les fibroblastes nécessaires à la cicatrisation
- la peau péri-lésionnelle

La plaie est décrite en précisant sa localisation anatomique, sa taille (longueur, largeur, profondeur), sa phase (cf échelle colonnelle et l'aspect des pourtours), l'importance d'exsudat, si elle présente des signes d'infection, et si elle est hémorragique.

Il est nécessaire de tracer les soins réalisés avec le(s) pansement(s) utilisé(s).

Le protocole de soins doit être réévalué une fois par semaine en équipe afin de faire le point sur l'évolution de la plaie et les pansements déjà utilisés.

**Prélèvement**

On réalise peu de prélèvements sur une plaie chronique car celle-ci est souvent colonisée, au moins par les germes de la peau.

Le prélèvement bactériologique est réalisé pour faire le diagnostic d'infection mais seulement s'il y a des arguments cliniques en faveur (rougeur, chaleur, œdème, douleur) ou pour préciser le germe (ostéite).

Prélèvement lorsque la plaie ne répond pas au traitement ou se détériore malgré un traitement approprié.

**Hydrocolloïde (Duoderm®)**

**Indications**  
Pansement I<sup>er</sup> : érythème, phytène, désépithélialisation  
Pansement II<sup>e</sup> : nécrose sèche ou humide, plaie exsudative, plaie bourgeonnante ou en voie d'épithélialisation

**Conseils d'utilisation**  
Découper la plaie  
Appliquer sans étirer en lissant à partir du centre.  
Changer le pansement avant que la « bulle de gel » n'ait atteint le bord (maximum 7 jours grâce à sa transparence).  
Retrait : appuyer sur la peau et tirer horizontalement sur le bord du pansement tout autour de la plaie, puis le retirer délicatement. « Casser la matrice hydrocolloïde »  
Forme mince = plaie peu ou pas exsudative  
Forme épaisse et opaque = plaie moyennement exsudative  
Pâte = plaie creuse, puis recouvrir d'un pansement II<sup>e</sup>

**Contre-indications**  
Brûlure du 2<sup>ème</sup> degré profond ou 3<sup>ème</sup> degré  
Plaie infectée  
Ulcère artériel stade IV  
Plaie très exsudative  
Utilisation chez le diabétique après avis médical

**Avantages**  
Absorption faible (fonction de l'épaisseur de la plaie)  
Pansement occlusif (étanche à l'eau et aux bactéries)  
Douche possible  
Adhésif sur peau saine mais pas à la plaie

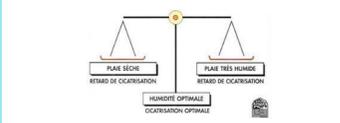
**Inconvénients**  
Formation d'un gel malodorant au contact de la plaie pouvant couler hors du pansement et irritant la peau autour.  
Parfois macération, hyperbourgeonnement (diminué par des corticoïdes locaux) ou eczéma de contact (liée à l'adhésif).

### Quel pansement pour quelles plaies ?

	Déferation	Bourgeonnement	Epidermisation
Hydrocolloïde			
Hydrocellulaire			
Hydrogel		Plaie sèche	
Alginate			Plaie hémorragique, exsudative
Hydrofibre			Plaie exsudative, fragile
Tulle/interface			
Film		Possible en 2 <sup>e</sup> secondaire	
Charbon		Plaie malodorante	
Pât activateur de cicatrisation			
Pansement détergiant			
Pât à l'acide hyaluronique			
Pansement bactériocidaire			

Le choix du pansement à utiliser dépend de façon prépondérante des caractéristiques de l'exsudat. Il est indispensable lors de l'analyse de la plaie de préciser la **quantité** et la **qualité** de l'exsudat pour adapter au mieux le pansement.

En effet pour qu'une plaie cicatrise, il faut un certain taux d'humidité (70%) mais pas trop. Il faut arriver à équilibrer la balance entre plaie sèche et plaie exsudative.



Lorsqu'une plaie présente différents stades (exemple : fibrine + bourgeon), il faut choisir le pansement en fonction de la phase majoritaire de la plaie.

Peu absorbant	Absorbant	Très absorbant
- Hydrocolloïde	- Hydrocellulaire	- Hydrofibre
- Interface	- Alginate	- Pansement superabsorbant
	- Urgoclean®	

**Plaie bourgeonnante (rouge)**

**Objectif** : Stimulation du tissu de granulation, espacer les pansements en fonction de l'exsudat

**Plaie PEU exsudative = HYDROCOLLOÏDE**  
Voire Interface ou tulle  
Maximum 3 jours

**Plaie MODÉRÉMENT exsudative = HYDROCELLULAIRE**  
Maximum 3 jours, doit déborder de 2-3 cm de la plaie

**Plaie TRÈS exsudative = interface ou tulle + pansement SUPERABSORBANT**  
À changer toutes les 24h

ATTENTION au risque d'hyperbourgeonnement  
Dans ce cas-là appliquer un corticoïde en local et changer le pansement tous les jours.

### Autres techniques de prise en charge : TPN et Jetox

**TPN type système VAC® therapy**

Une mousse de polyuréthane est placée dans la plaie, rendue étanche par un film transparent.

On applique une pression négative par une tubulure branchée sur un moteur en continu. La dépression peut varier de 50 à 125 mmHg.

Le mode d'action fait intervenir plusieurs phénomènes :

- Maintien le milieu humide propice au processus de cicatrisation
- Évacuation des exsudats évitant la macération
- Diminution de l'œdème
- Protection contre l'infection
- Stimulation de l'angiogenèse
- Contraction des berges de la plaie

**Précautions**

- Le pansement s'effectue 2 à 3 fois par semaine selon l'état de la plaie et le volume des exsudats.
- Évaluer la douleur, si nécessaire une antalgie peut être administrée 1h avant le changement de pansement.
- **Stopper l'appareil 1 h avant la réfection du pansement.**
- Ne jamais arrêter l'aspiration pendant plus de deux heures par jour (risque de prolifération bactérienne).
- Si présence de signes cliniques d'infection, prévoir un prélèvement bactériologique, et réévaluer la poursuite du protocole.

**Différence entre la mousse noire et la mousse blanche**

La mousse noire est hydrophobe, c'est-à-dire qu'elle repousse l'eau. La mousse blanche à pores ouverts permet d'éliminer les exsudats et d'appliquer le pansement à la forme du lit de la plaie en assurant une interface mousse-tissu. Cette conception garantit une distribution optimale de la pression négative dans le lit de la plaie et stimule la formation du tissu de granulation.

### Produits référencés dans l'établissement

N° produit	Libellé produit	Nom fournisseur	Prix unitaire HT
022007	Pât Hydrocellulaire Non Adh 17.5x17.5cm Mepilex	Molnlycke Health Care Laboratoires	1,84 €
023340	Pât Hydrocellulaire Non Adh 7.5x8.5cm Mepilex Transfer	Molnlycke Health Care Laboratoires	0,55 €
022323	Pât Hydrocellulaire Sacrum 20x20cm Mepilex Border	Molnlycke Health Care Laboratoires	2,53 €
022322	Pât Hydrocellulaire Sphérique 10x10cm Permaboam Cavity	Hartmann Paul Laboratoires	0,7577 €
022315	Pât Hydrocellulaire Talon 13x21cm Mepilex	Molnlycke Health Care Laboratoires	1,75 €
022325	Pât Hydrocolloïde Non Adh E 10x10cm Duoderm E	Convatec Laboratoires Sas	0,2 €
022343	Pât Hydrocolloïde Non Adh Em 12.5x12.5cm Duoderm Em	Convatec Laboratoires Sas	0,16 €
022007	Pât Hydrocolloïde Pâte Algoplaque 30g St	Urgo Laboratoires	1,34 €
022348	Pât Hydrofibre 12.5x12.5 Cm Aqualac	Convatec Laboratoires Sas	0,95 €

### Tableaux d'équivalence

Laboratoires	Hydrocolloïde
3M	Tegaderm Hydrocolloid®
Abbot	Flamigel®
B Braun	Aikina Hydro®, Aikina Biofilm®
Coloplast	Comfeel®
Convatec	Duoderm®
Medtronic	Ultec Hydro®
Génelier	Ulcolac Hydro®
EuroMedex	SureSkin II®
Hartmann	Hydrocol®
Lohmann & Rauscher	Supracorb II®
Urgo	Algoplaque®, Urgomed®
Evolupharm	Coolphar Paris Hyd®

## CONCLUSION – DISCUSSION

Le regroupement des informations dans un seul document de 60 pages au format A5 facilite la recherche des renseignements tant pour les IDE que pour le personnel de la pharmacie. Ce guide servira de support de formation aux soignants et sera diffusé via l'intranet du CH afin de répondre au mieux aux interrogations des utilisateurs.