

PLAIES CHRONIQUES ET PANSEMENTS : COMMENT S'Y RETROUVER?

Dr Hester Colboc - MCU-PH

Service de Gériatrie - Plaies et Cicatrisation

Hôpital Rothschild - Paris



Conflits d'intérêt

- Laboratoire Urgo
- Laboratoire Coloplast

Sommaire

- Cicatrisation: généralité
- Comment évaluer une plaie?
- Généralité sur une plaie chronique fréquente: escarre
- Quelle plaie pour quels pansement?

GÉNÉRALITÉS

Le processus de cicatrisation

La cicatrisation est optimale :

- dans un milieu chaud et humide
- dans un contexte nutritionnel satisfaisant
- dans un contexte vasculaire satisfaisant
- avec une décharge adaptée

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE

Lavage des plaies

- Laver les plaies à l'**eau** du robinet et au **savon** doux ou au sérum physiologique

- Peut être fait pendant la douche

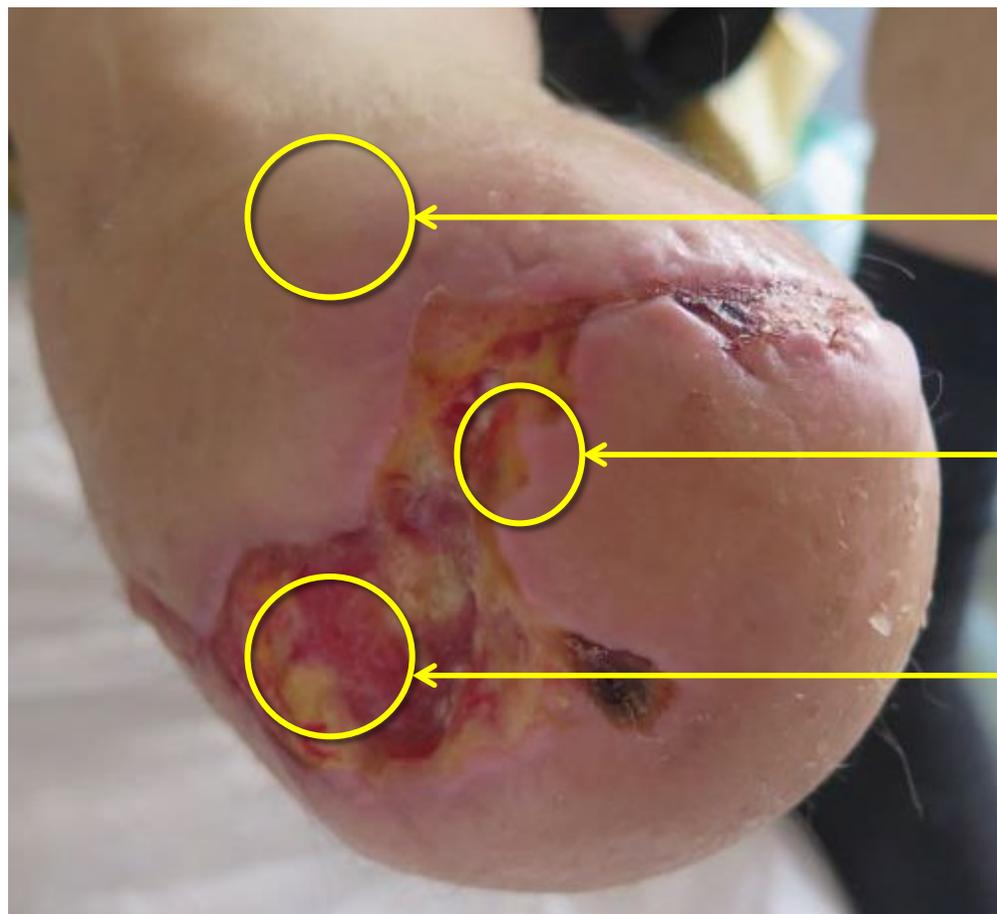
- Lavage important +++ : c'est la première détersion de la plaie

→ **Pas d'utilisation des antiseptiques dans les plaies chroniques!**

→ **Le soin d'une plaie chronique est un soin propre, pas stérile!**

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE

Évaluation de la plaie



Evaluation :

- De la peau péri-lésionnelle
- Des bords de la plaie
- Du lit de la plaie

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE

Évaluation de la plaie

LA TAILLE ET LE LIT DE LA PLAIE



- A l'évaluation cette plaie on dira :
 - 10% de bourgeon, 60% de fibrine, 30% de nécrose



CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE

Évaluation de la plaie

- Exploration et mesure des décollements



- Enfoncer l'écouvillon dans le décollement
- Report de la mesure sur une règle

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE

Évaluation de la plaie

LA PEAU PÉRI-LÉSIONNELLE

Macérée



Dermite de contact



Dermite de stase



Le choix du pansement se fait donc après évaluation...

- **Pansement primaire? Secondaire?**
- **Aspect du lit de la plaie**
 - Nécrose noire, fibrine jaune, bourgeon rouge
- **Quantité d'exsudat**
- **Localisation anatomique**
 - Jambe, talon, doigt, intertrigo, sacrum, périnée....
- **Forme**
 - Plaie plate, cavitaire, fistule
- **Taille**
 - Petite, grande
- **Peau périphérique**
 - saine, inflammatoire, eczématisée, macérée...
- **Complications**
 - Infection/colonisation/biofilm/risque infectieux
 - Hémorragique, exposant un tendon, de l'os...
 - Odeurs...

+ Toujours associé au traitement étiologique +++

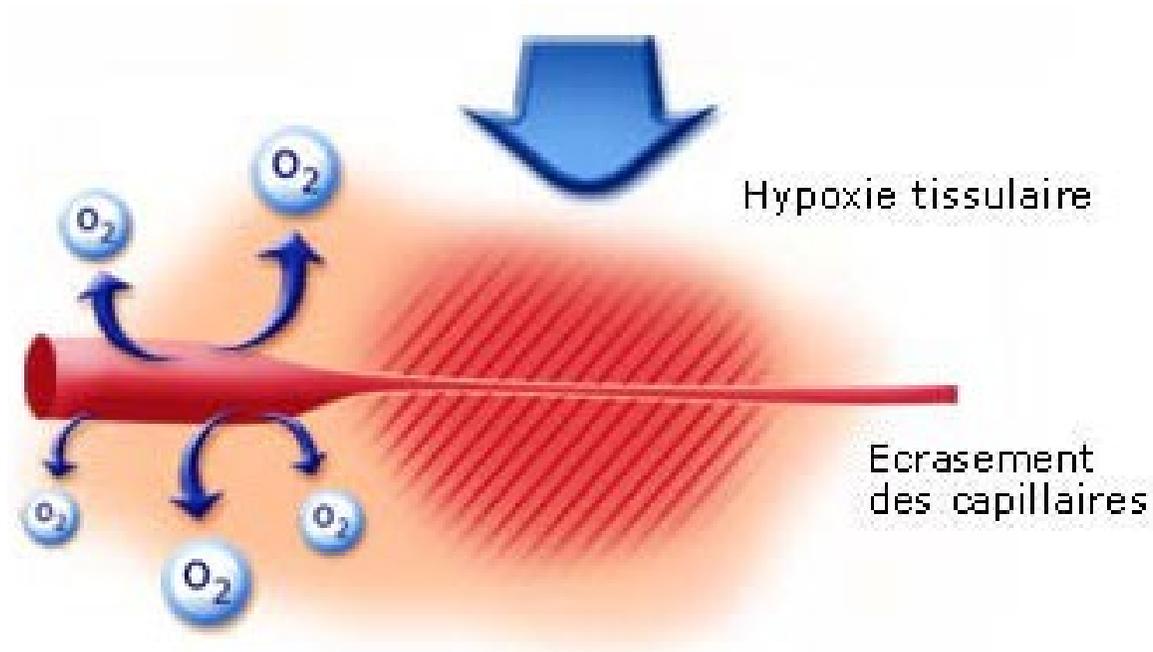


ESCARRES

Physiopathologie

Hypoxie tissulaire

carence d'apport des tissus en oxygène



Escarre : plaie de la profondeur vers la surface



PLAIE

Immobilité
Dénutrition
AOMI
Neuropathie
Antécédent d'escarre
Evènements aiguës
Pathologies chroniques

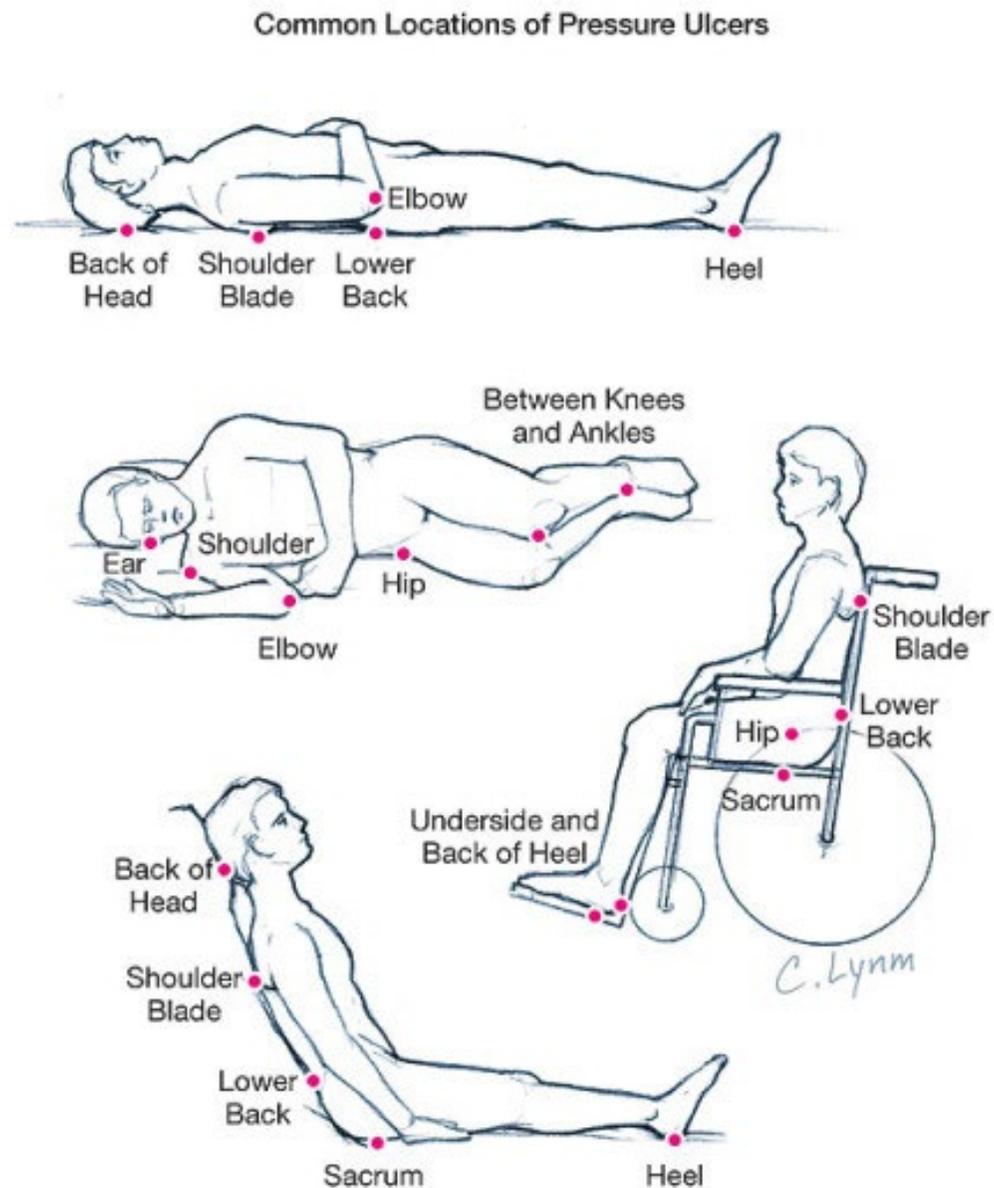
...

ESCARRES

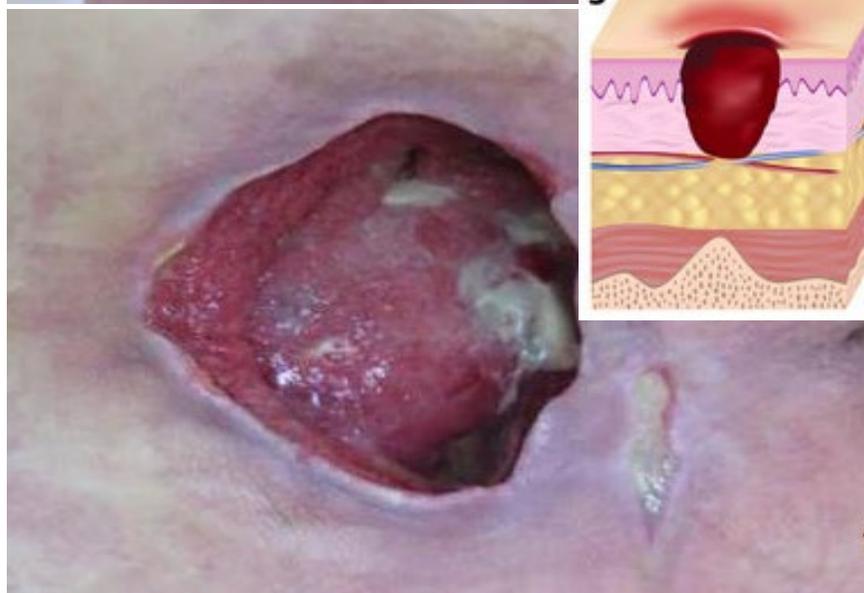
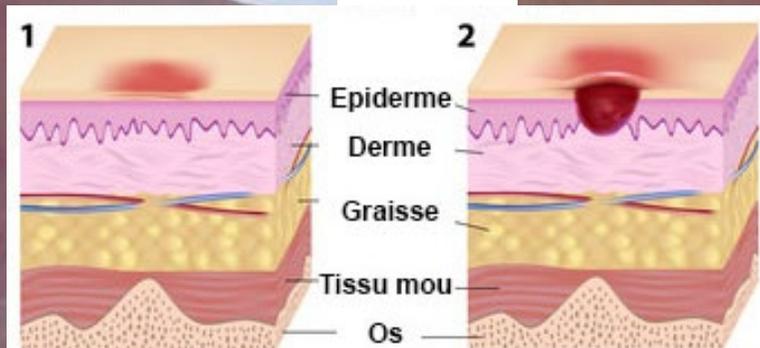
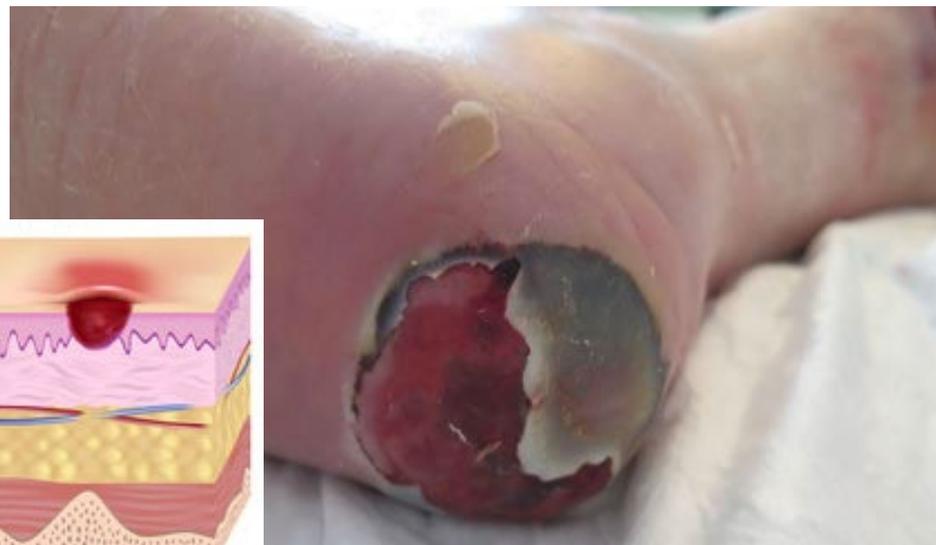
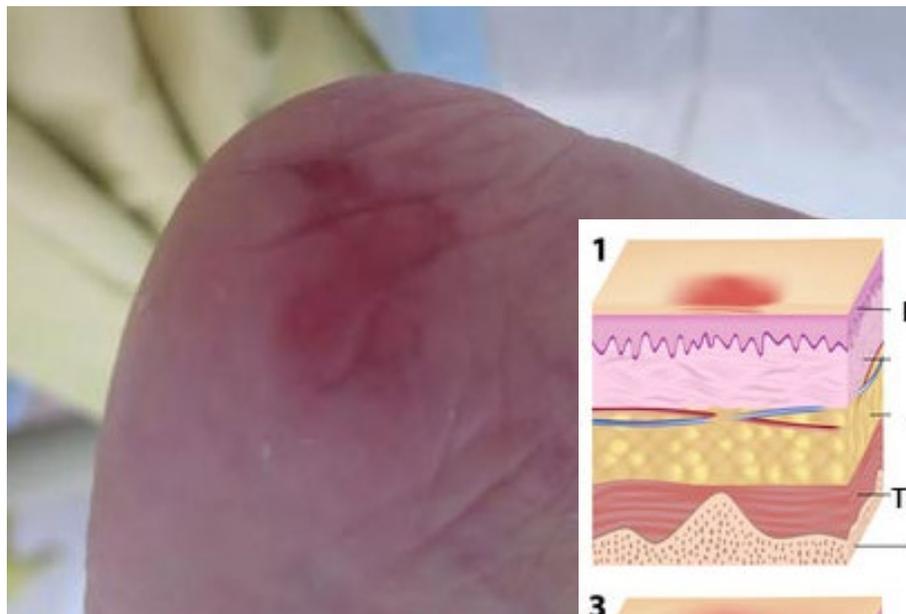
Localisations

Différentes localisation en fonction du positionnement

Apparition BRUTALE
Évolution RAPIDE
→ 2-3h de compression



ESCARRES: Stades



Plaie nécrotique sèche

- Faut il ramollir la nécrose ?
 - **NON** si plaies MI avec atteinte artérielle sous jacente:
 - Momification = palliatif
 - Limitation de la nécrose et auto-amputation
- Qu'est ce qu'un **pansement sec** :
 - Compresses sèches, **alginate** ou **pansement fibre** (ni adhésif, ni occlusif)
- Comment sécher une plaie qui devient humide ?
 - **Alginate**, fibre à haut pouvoir d'absorption...
 - Fluorescéine ? Éosine ? **NON**
- Quel surveillance ?
 - Inflammation : retirer en urgence le capot nécrotique (abcès sous jacent? Ostéite?)



Evaluation clinique initiale: palpation des pouls et mesure IPS ++++

Index de Pression Systolique (IPS) : rapport pression systolique cheville et pression systolique brachiale

Patient en décubitus dorsal, au repos depuis plus de 5 minutes

Repérage des pouls pédieux et tibiaux postérieurs

Mesure des Pressions Artérielles Systoliques (PAS): humérales, pédieuses et tibiales postérieures

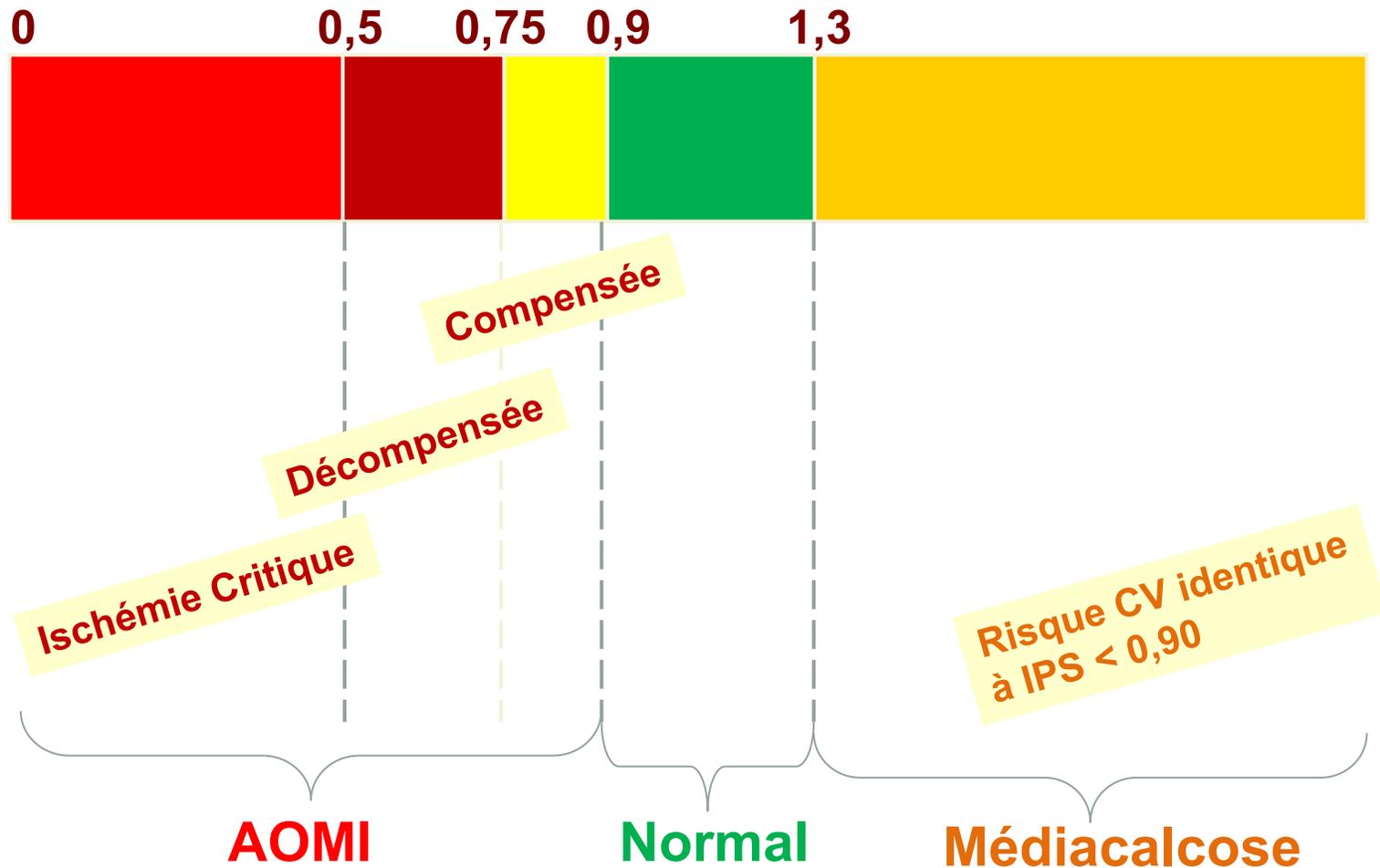
IPS = PAS cheville / PAS humérale

Peut être mesuré à l'occasion de l'écho-doppler artériel et/ou veineux (demande spécifique)



HAS, Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse, juin 2006

Interprétation de l' IPS



Plaie nécrotique sèche

- Faut il ramollir la nécrose ?
 - **OUI** si pas de problème de vascularisation (escarre sacrum) ou si revascularisation faite : **hydrogel** et détersion mécanique +++
- Quelle surveillance ?
 - Rythme du changement de pansement : ni trop ni trop peu
 - Surveillance du sillon d'élimination
 - Surveillance de la nécrose et chute de nécrose (abcès ? Collection ?)



Si IPS >0,8

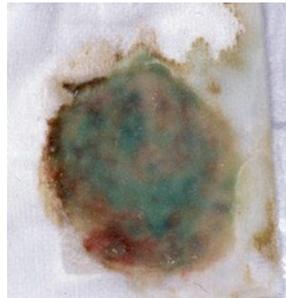
Plaie nécrotique ou fibrineuse humide

- Déterision mécanique
- Pansements d'aide à la déterision : alginates, fibres à haut pouvoir d'absorption



Plaie colonisée, malodorante

- Les pansements alginate ou fibres
- Les pansements « antimicrobiens » ?
 - Pansements à l'argent
 - Prontosan®
 - Miel ?
 - peu d'étude, pas de remboursement
- Plaie malodorante:
 - Pansement primaire ou secondaire au charbon (Actisrob ®)
 - Metronidazole topique
 - Américain + charbon activé



Pansement charbon



Plaie infectée

- ANTIBIOTHERAPIE GÉNÉRALE
 - à discuter +++ seulement ici
- Pas de recommandations de l'HAS
 - Pas de pansements occlusifs
 - Pansements non occlusifs :
 - alginate, fibre, tulle, interfaces...
 - Pansement argent



Pansement argent

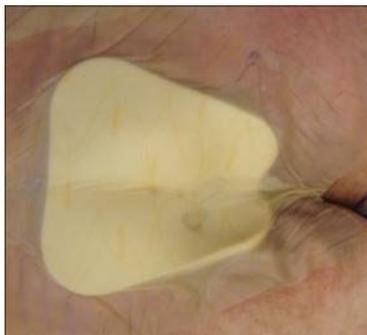


Sorbact

Plaie bourgeonnante

- Hydrocellulaire, interface siliconée,
- Fibres à haut pouvoir d'absorption si exsudat important, Alginate
- Hydrocolloïde

J+15



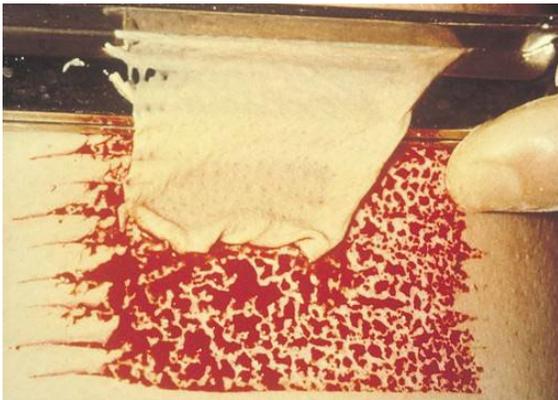
Plaie hyperbourgeonnante

- Penser tumeur!
 - Discuter l'indication d'une biopsie si ancien (diagnostic différentiel tumeur : carcinome épidermoïde)
- Hyper-bourgeonnement
 - Nitrate d'argent bâtonnet
 - Corticoïde local classe forte + interface jusqu'à disparition de l'hyperbourgeonnement



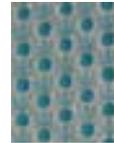
Plaie hémorragique

- Comprimer !
- Alginates et pansements fibres
 - Laissés en place plusieurs jours jusqu'à la « chute » (++) sites donneur de greffe)



Plaie en cours d'épidermisation

- Objectif :
 - Espacer les pansements
- Les pansements
 - Hydrocellulaire
 - Interface siliconée
 - Hydrocolloïdes



Plaie très exsudative

- Contrôle de l'œdème
- Les pansements hydrocellulaires super-absorbants
 - directement sur la plaie
- Les « pansements TPN »
 - « Classique » : seulement en HAD
 - « Jetable » : Pico™



Pico® (Smith et Nephew®) ou la « TPN facile »

J7 après revascularisation



5 semaines Pico



- Début 2023 : remboursable, délivré en pharmacie d'officine
- Indications :
 - plaies chroniques de taille < 10 cm²
 - ulcères de jambe : veineux, mixtes, artériels revascularisés
 - plaies du pied diabétique
 - faiblement à modérément exsudatives
 - échec d'un traitement de première intention bien conduit
- 10 tailles disponibles

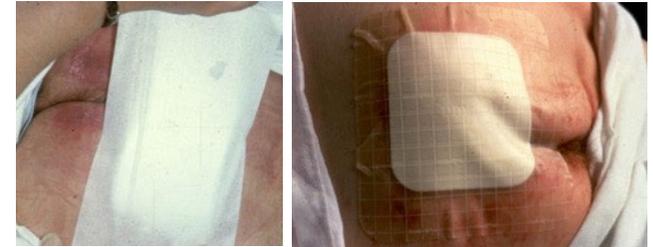
Plaie « mosaïque »

- Présence de nécrose, de fibrine, de bourgeonnement ?
- Choisir le pansement qui peut aller sur tout !
- Éviter les associations de pansements techniques sur une même plaie



Pansement secondaire

- Il n'est pas en contact direct avec la plaie, il sert à
 - maintenir le pansement primaire non adhésif
 - absorber un excès d'exsudat
 - éviter que le pansement ne glisse, ne se décolle
 - Bandage crêpe (Velveau[®]), gaze (Nylex[®]), mais en évitant la compression +++
 - Tubifast[®]
- Isoler environnement (++) plaies du siège)



Œdème de la jambe



Pas assez haut sur la jambe

Œdème du pied



Au dessus de la cheville

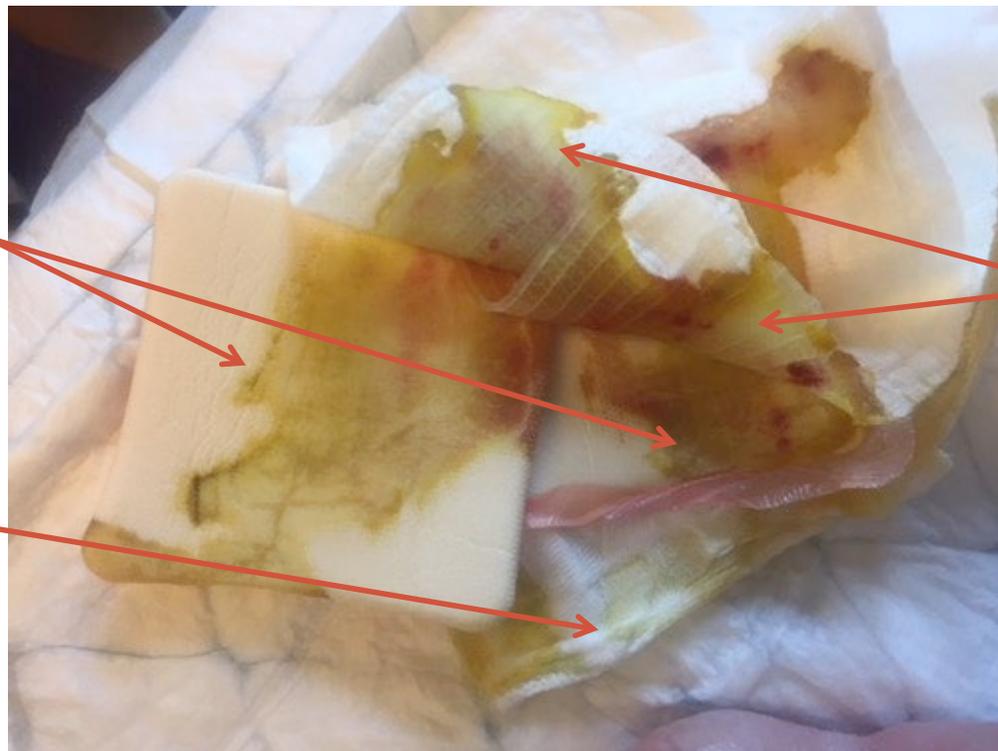
Pansement : les erreurs



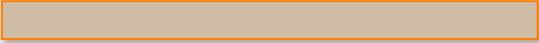
- Ne pas associés les pansements techniques entre eux
- Ne pas superposer : pas d'intérêt médical démontré

2 pansement hydrocellulaires différents

1 sparadrap adhésif



Plusieurs couches de pansement fibre

	Nécrose	Détersion	Bourgeonnement	Épidermisation	Exsudats
					
Hydrocolloïdes					+ à ++
Hydrocellulaires					+ à ++++
Hydrogels					0
Alginates					+++ Infection, Hémostatique (Alginates)
Fibres haut pouvoir d'absorption					Hémostatique (Alginates)
Pansements au charbon					Odeurs
Pansements Ag					Infection
Interfaces					0 à +

**TABLEAU 2 PRINCIPAUX PANSEMENTS PRIMAIRES (ET EXEMPLES DE PRODUITS)
SELON LE STADE ET L'ASPECT DE LA PLAIE**

	Nécrose	Fibrine	Bourgeonnement	Épithélialisation
Hydrogel (Purilon, Hydrotac Transparent)	+	+		
Fibres à haut pouvoir d'absorption (Aquacel extra, UrgoClean)		+	+	
Hydrocolloïde (Duoderm, Comfeel)		+	+	+
Hydrocellulaire (Mepilex, Biatain)		+	+	+
Alginate (Algostéril, Biatain Alginate)		+	+	
Interface (UrgoTul, Mepitel)			+	+
Tulle gras (Jelonet)				+

Conclusion

- PEC plaies chroniques en officine : évaluation initiale ++
- Aspect de la plaie, localisation, exsudat, taille ?
- Etiologie de la plaie ? Décharge, Nutrition, Vascularisation ?
- Prise en charge globale et pluridisciplinaire
- Si besoin : telemedecine.dermato.rth@aphp.fr