COMMENT CHOISIR LE BON PANSEMENT EN FONCTION DE L'ETAT DE LA PLAIE ?

Dr Hester Colboc- Dermatologue – Gériatre
Service Gériatrie – Plaies et Cicatrisation
Hôpital Rothschild, 75012 Paris
Hester.colboc@aphp.fr

SORBONNE UNIVERSITÉ

Hôpitaux Universitaires Paris Est
ROTHSCHILD
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

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

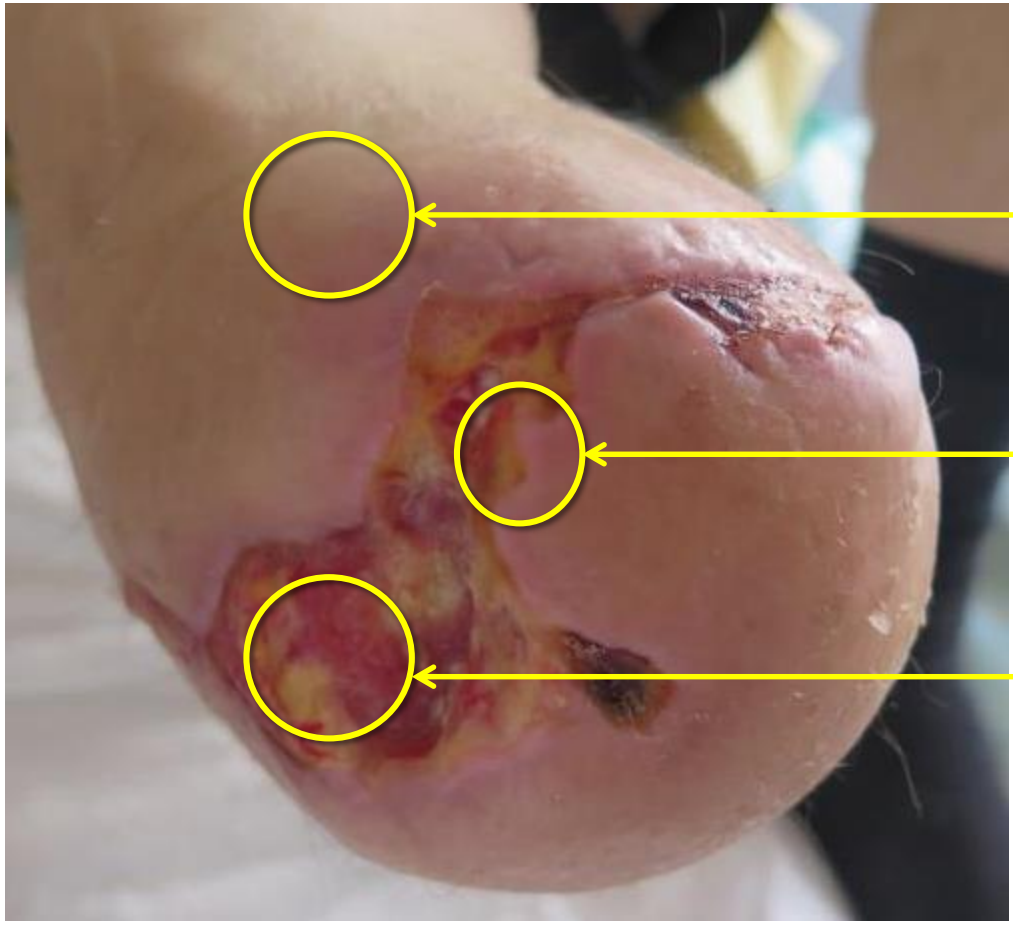
- Lavage important +++ : c'est la première détersion de la plaie

→ **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 réglette

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE
Évaluation de la plaie

LA PEAU PÉRI-LÉSIONNELLE

Macérée

Dermite de contact

Dermite de stase

CONDUITE À TENIR DEVANT TOUTE PLAIE
Évaluation de la plaie

LES BORDS DE LA PLAIE

Invaginés

Hyperkératose

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…

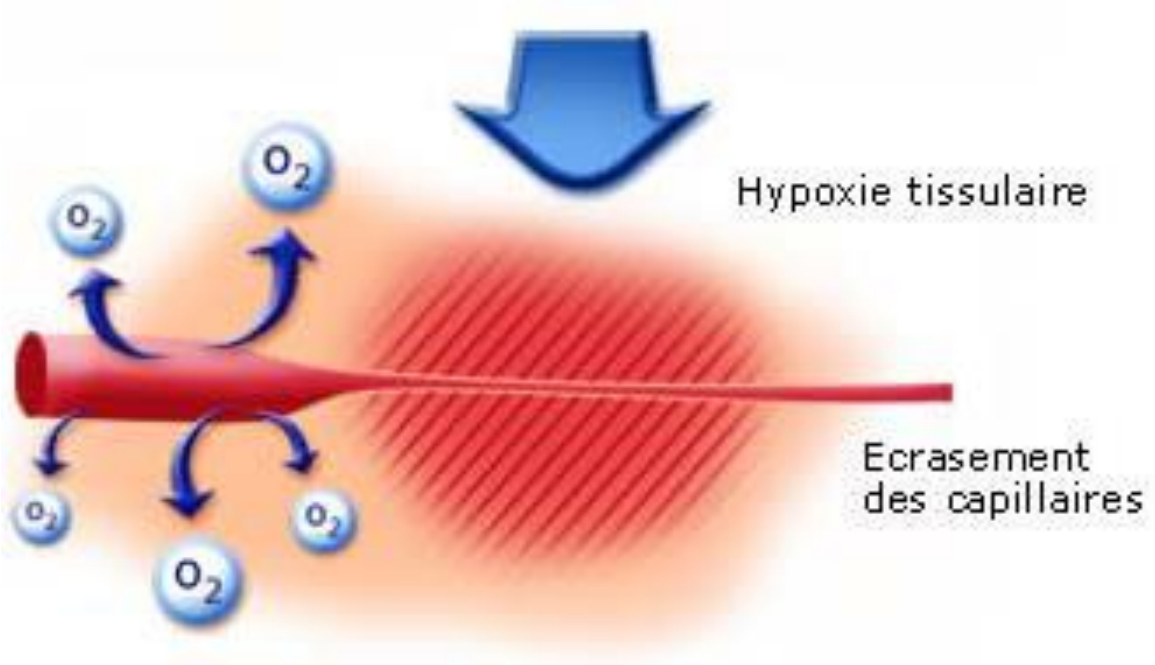
+ Toujours associé au traitement étiologique +++

ESCARRES

Physiopathologie

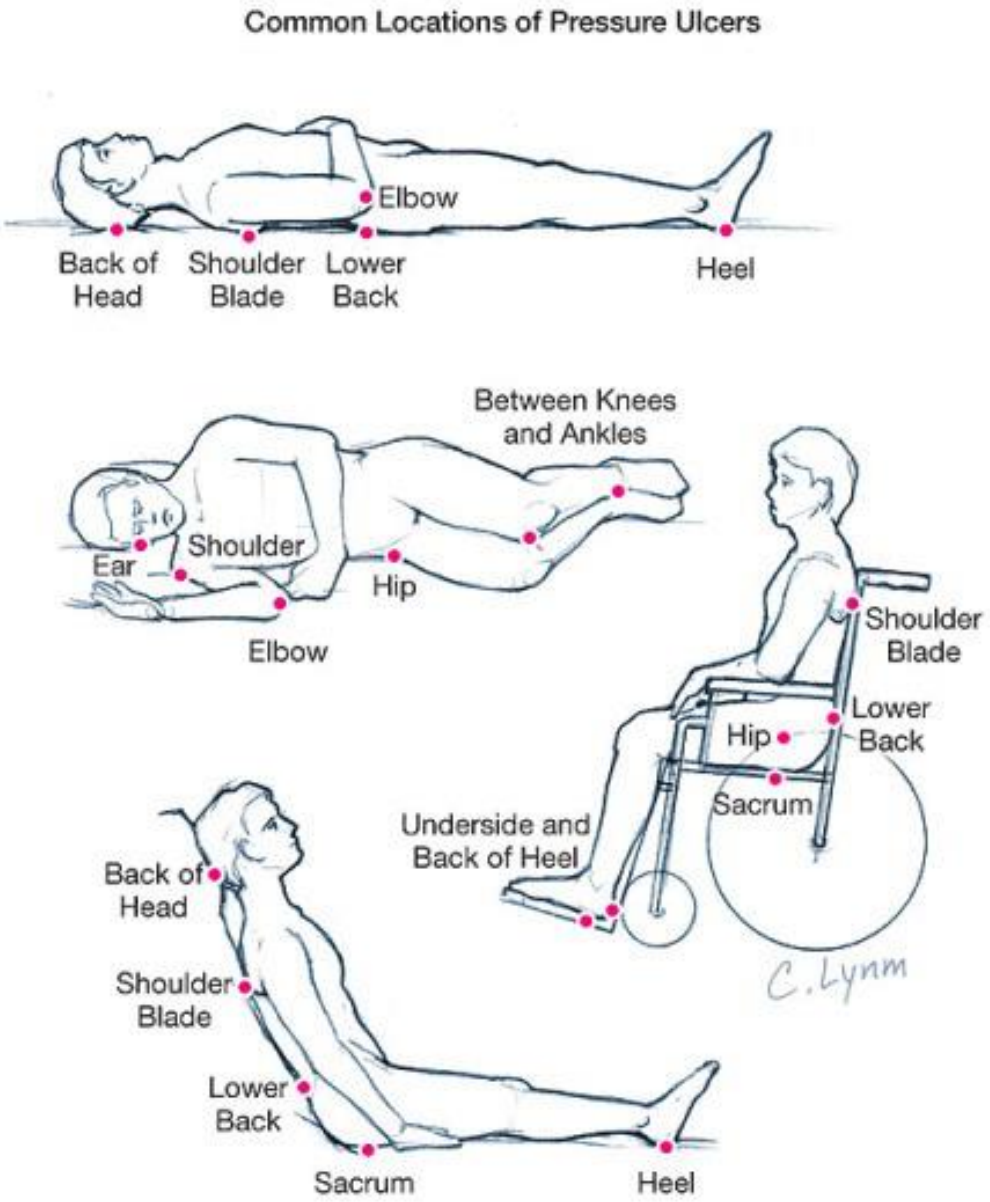
Hypoxie tissulaire

carence d'apport des tissus en oxygène



ESCARRES

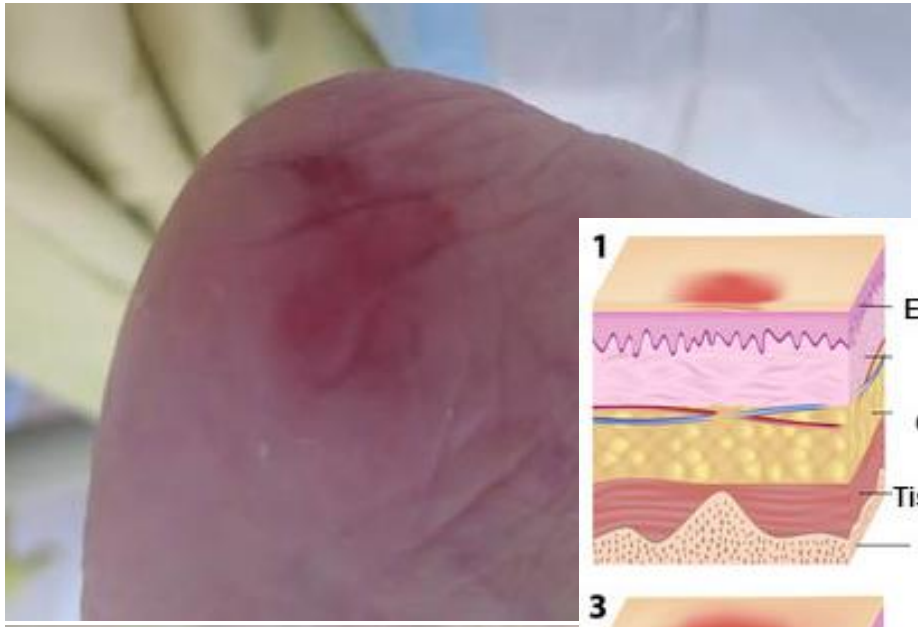
Localisations

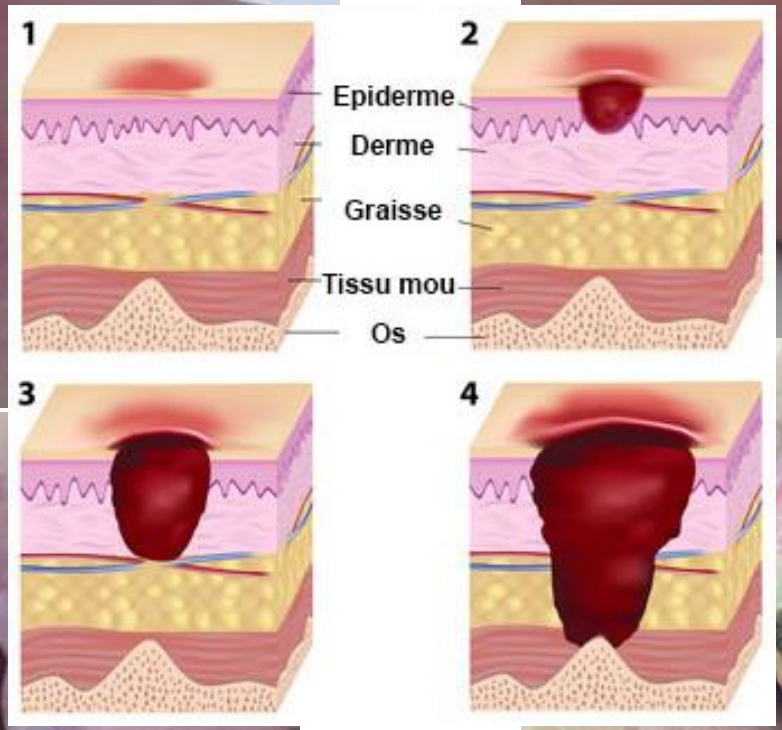


Différentes localisation en fonction du positionnement :
Toujours un OS en dessous de la plaie (sinon rechercher une autre étiologie)

Apparition BRUTALE
Évolution RAPIDE
→ 2-3h de compression

ESCARRES: Stades





Plaie nécrotique noire et 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?)

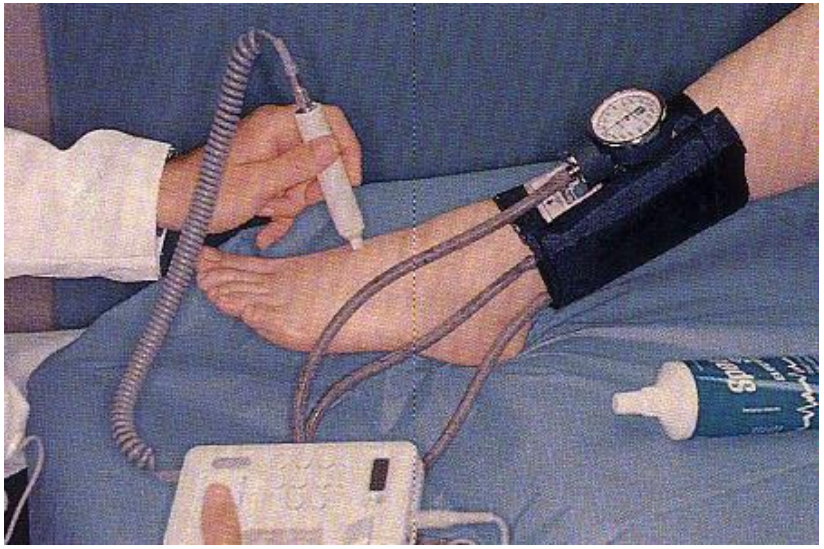
Évaluer l'état vasculaire +++

- Recherche des pouls, IPS,
- Echo doppler artériel
- AngioIRM et/ou artériographie (attention fonction rénale - cl creat !)

pouls

IPS

Mesure de l'IPS :
systématique aux 2 membres inférieurs



IPS (PAS cheville / PAS bras)	**Interprétation**
> 1,3	Artères incompressibles
0,9 - 1,3	Normal
0,8 - 0,9	AOMI bien compensée
0,50 - 0,8	AOMI moyennement compensée
< 0,5	AOMI sévère ou ischémie critique

Plaie nécrotique noire et sèche

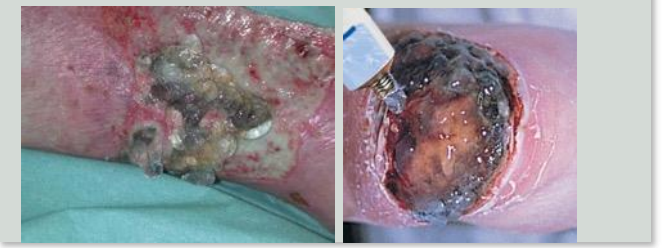
- Faut il ramollir la nécrose ?
  - **OUI si pas de problème de vascularisation (escarre sacrum) ou si revascularisation faite : hydrogel et détersion mécanique +++**
- Quelle surveillance ?
  - Rythme du changement de pansement : ni trop ni trop peu
  - Surveillance du sillon d'élimination
  - Surveillance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

Si IPS >0,8

Plaie nécrotique noire ou jaune humide

- Détersion mécanique
- Pansements d'aide à la détersion : alginates, fibres à haut pouvoir d'absorption
- Alternatives : asticots ?

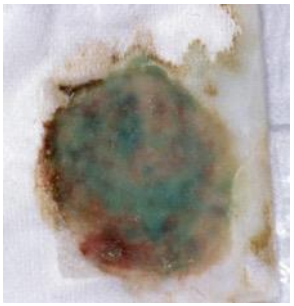
Pas d'hydrogel !



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

« trapping » des débris et bactéries



Pansement charbon

Plaie infectée

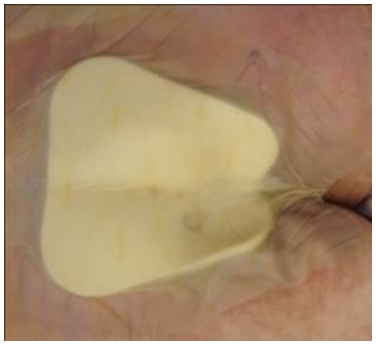
- ANTIBIOTHERAPIE GÉNÉRALE
  - à discuter +++ seulement ici
- Pas de recommandations de l'HAS
  - Pas de pansements occlusifs
  - Pansements non occlusifs :
    - alginate, fibre, tulle, interfaces…
  - Pansement argent

Pansement argent

Sorbact

Plaie bourgeonnante

- Hydrocellulaire, interface, (compresses imprégnées)
- Urgostart®
- Alginate, fibres à haut pouvoir d'absorption si exsudat important
- Hydrocolloïde



J + 15

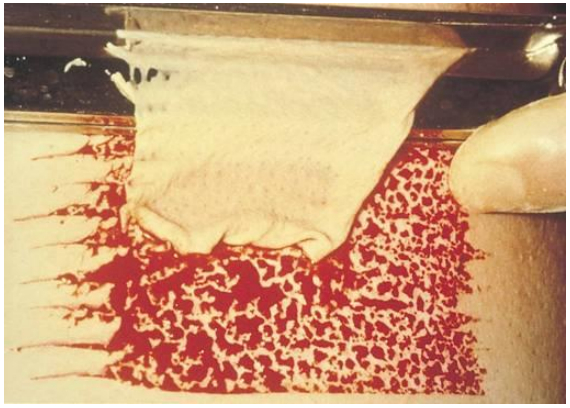
Plaie hyperbourgeonnante

- Diagnostic de l'hyperbourgeonnement
- Penser tumeur!
  - Discuter l'indication d'une biopsie si ancien (diagnostic différentiel tumeur : carcinome épidermoïde)

- Hyper-bourgeonnement
  - Nitrate d'argent bâtonnet
  - Corticoïde local classe 2 + interface jusqu'à disparition de l'hyperbourgeonnement

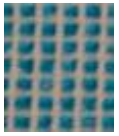
Plaie hémorragique

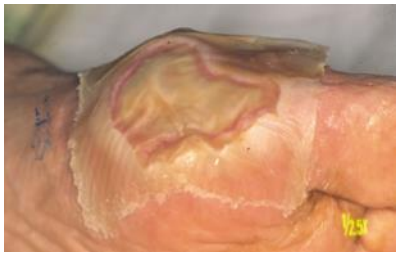
- Comprimer !
- Alginates et pansements fibres
  - Laissés en place plusieurs jours jusqu'à la « chute » (++ sites donneur de greffe)



Plaie en cours d'épidermisation

- Objectif :
  - Espacer les pansements
- Les pansements
  - Urgostart® hydrocellulaire ou interface (DFU, VLU plaies chroniques)
  - Hydrocellulaires, hydrocolloïdes
  - Interface, tulle imprégné





Plaie très exsudative

- Contrôle de l’œdème
- Les pansements hydrocellulaires super-absorbants
  - directement sur la plaie
- Les « pansements TPN » seulement en HAD
  - Pico™
  - Nanova™
  - Snaps™

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 (Velpeau®), gaze (Nylex®), mais en évitant la compression +++
    - Tubifast®

Œdème de la jambe

Pas assez haut sur la jambe

Œdème du pied

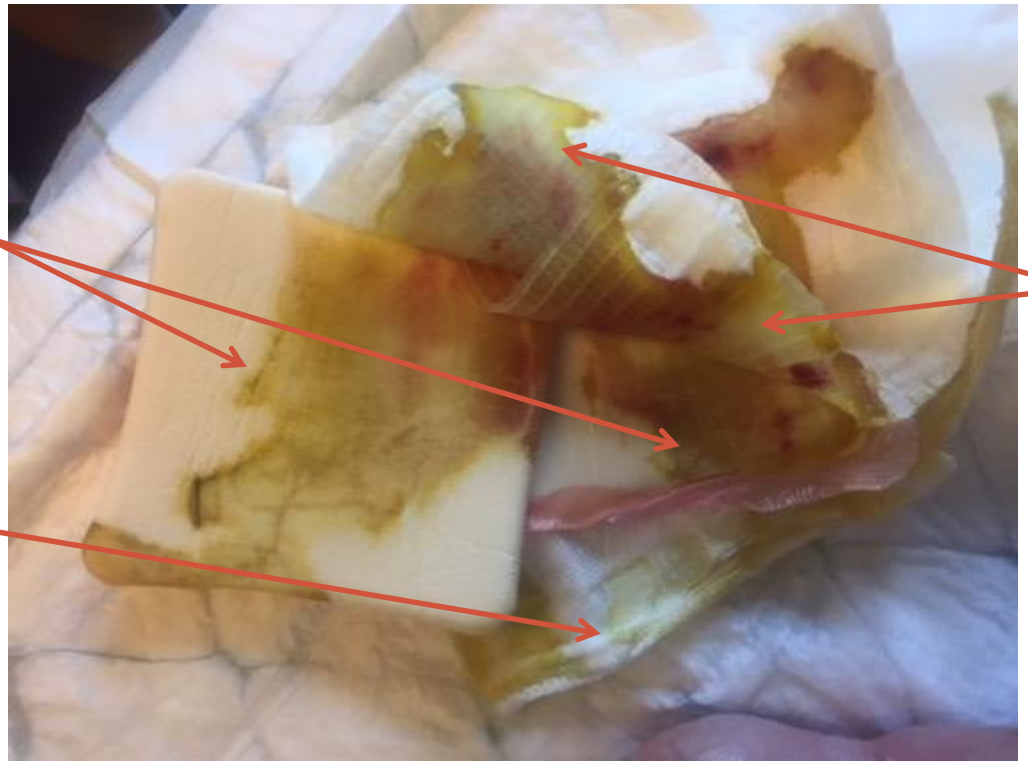
Au dessus de la cheville

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					
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)				+

Colboc et al. Revue du Praticien, 34 (2020)

Talon,
IPS 0,9

Quelles propositions vous semblent justes?

A/ Il s’agit d’une escarre stade 3

B/ Il s’agit d’un mal perforant plantaire

C/ Un pansement primaire par interface siliconée (UrgoTul) est indiqué

D/ Un pansement primaire par hydrocolloïde (Comfeel) est indiqué

E/ Un pansement primaire par Alginate est indiqué

Quelles propositions vous semblent justes?

A/ Il s’agit d’une escarre stade 3

B/ Il s’agit d’un mal perforant plantaire

C/ Un pansement primaire par interface siliconée (UrgoTul) est indiqué

D/ Un pansement primaire par hydrocolloïde (Comfeel) est indiqué

E/ Un pansement primaire par Alginate est indiqué

IPS 1,1

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d’absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d'absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)

IPS 1,2

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d’absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d’absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)

IPS 0,4

IPS 0,9

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d’absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)

Quels pansements pouvez vous appliquer sur cette plaie?

A/ Alginate

B/ Fibre à haut pouvoir d’absorption (Aquacel)

C/ Interface siliconée (UrgoTul)

D/ Hydrocolloïde (Comfeel)

E/ Hydrogel (Purilon)

F/ Hydrocellulaire (Mepilex)