

LES PANSEMENTS

INDICATIONS ET UTILISATIONS RECOMMANDÉES

LA CICATRISATION

Trois phases de cicatrisation

1) Phase exsudative ou de détersion

Phénomène inflammatoire immédiatement après le traumatisme

Libération de la thrombokinasé (facteur de coagulation) qui induit la formation de fibrine :
clou plaquettaire

La plaie se creuse normalement en profondeur, suite à l'élimination des débris et déchets
nécrotiques.

2) Phase proliférative ou bourgeonnement (tissu de granulation)

Environ 4 jours après la blessure, formation d'une croûte.

3) Phase de différenciation

Entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour post-traumatisme.

La plaie se rétracte, le tissu de granulation devient plus ferme et se transforme en tissu
cicatriciel.

La vitesse maximale d'une plaie est d'1 mm
d'épaisseur par semaine !

LA CICATRISATION

La rapidité et la qualité de la cicatrisation d'une plaie dépendent de :

L'état général du patient

L'étiologie de la lésion

L'état et la localisation de la plaie

La survenue ou l'absence d'infection : **rougeur et chaleur** (dilatation des capillaires sanguins) **oedèmes et douleur**

Les plaies chroniques

En l'absence de facteur pouvant retarder la cicatrisation, on parle de plaie aigue : brûlures, gelures, morsures, greffes, les plaies post-chirurgicales les sinus pilonidaux opérés.

Une plaie chronique est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé après 4 à 6 semaines de traitement : ulcères de jambe, plaies diabétiques, escarres et moignons d'amputation¹.



LA CICATRISATION

Facteurs de risque de retard de cicatrisation

Diabète

Malnutrition

Obésité

Tabagisme

Âge avancé

Stress

Déficit sensitif dans la région de la plaie

Certains traitements (immunosuppresseurs, corticoïdes, irradiations)

OBSERVATION, DESCRIPTION ET ÉVALUATION D'UNE PLAIE

Profondeur : ne pas hésiter à investiguer au stylet stérile. Il ne faut pas seulement regarder une plaie, il faut aussi et surtout la toucher !

Dimensions : règle autocollante

Exsudat : quantité (faible, modéré, abondant) et qualité (séreux, sanguinolent ou purulent)

Couleur :

Noir : nécrose

Jaune : fibrine

Rouge : granulation – infection !

Rose : épithélialisation

Douleur : évaluation numérique

Odeur : peut être due à la dégradation du pansement actif ou à une colonisation importante.

Berges de la plaie et peau avoisinante

LES DIFFÉRENTES PLAIES

Plaies de décubitus (escarres ou plaies de pression)

Plaies opératoires

Ulcères de jambes

veineux

artériels

mixtes

Pied diabétique

Plaies oncologiques

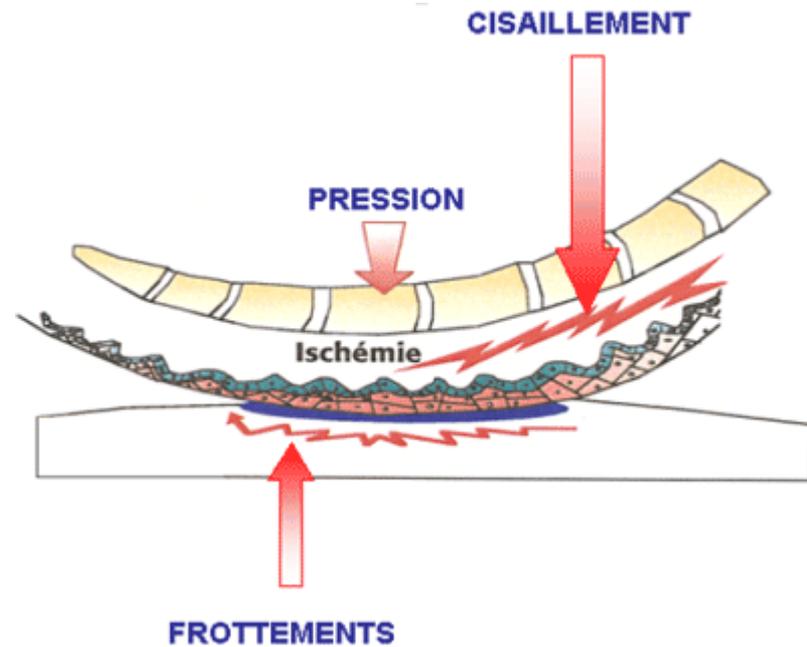
Brûlures



LES PLAIES DE DÉCUBITUS OU PLAIES DE PRESSION

PATHOGENESE

- 1) Force et durée de la pression
- 2) Force de cisaillement
- 3) Frottement
- 4) Macération
- 5) Malnutrition
- 6) Infection locale et générale
- 7) Troubles neurologiques
- 8) Âge

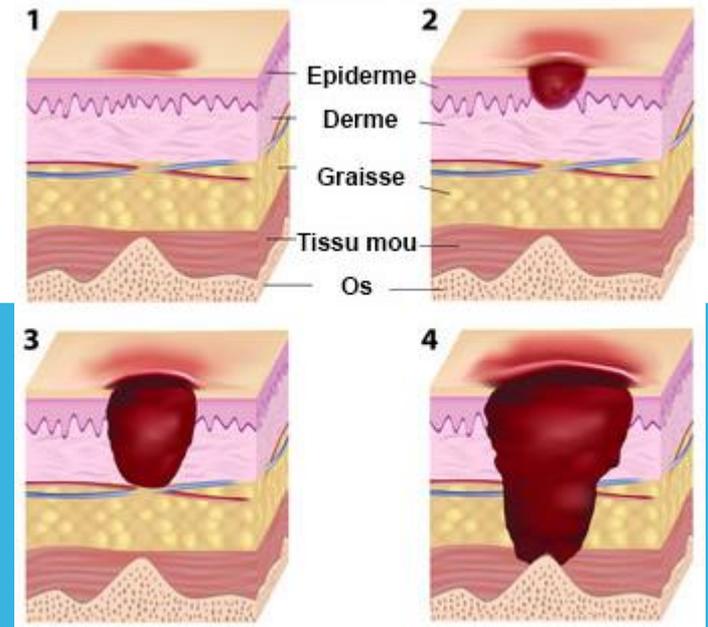


LES PLAIES DE DÉCUBITUS OU PLAIES DE PRESSION

Ces plaies sont généralement plus larges en profondeur. Elles ont donc tendance s'agrandir en début de traitement.

Le traitement est choisi en fonction des différents stades de la plaie en n'hésitant pas à :

- Utiliser différents produits compatibles
- Protéger les parties saines (pâtes à l'eau, colloïdes sur les berges...)
- Privilégiant un milieu humide
- Effectuer des détersions manuelles minutieuses
- Réévaluer régulièrement la plaie



LES PLAIES DIABÉTIQUES

CARACTERISTIQUES :

Absence de sensation douloureuse (neuropathie sensitive)

Sécheresse des pieds (neuropathie autonome)

Déformations de orteils et des pieds (neuropathie motrice)

Risque infectieux important (ostéite, septicémie)

Cicatrisation retardée



LES PLAIES DIABÉTIQUES

PREVENTION ET EDUCATION

Collaboration, compliance

Inspection régulière (vue ET toucher)

Hygiène et séchage des pieds

Entretien des ongles

État des chaussures, port de chaussette en coton

TRAITEMENT

Pansements humides (en restant vigilant face à la macération)

Antibiothérapie systémique à court ou long terme (ostéite)

Isobétadine efficace pour limiter le risque infectieux

LES BRÛLURES

NECESSITE D'EVALUER LA SURFACE BRULEE : règle de Wallace

Segment corporel	Surface atteinte	
	Adulte	Enfant
Tête et cou	9 %	17 %
Face antérieure du tronc	18 %	18%
Face postérieure du tronc	18 %	18%
Chaque jambe	18 %	14%
Chaque bras	9 %	9%
Périnée	1 %	1%
Total	100 %	100%



AINSI QUE LE DEGRE DE LA BRULURE :

1^{er} degré : destruction superficielle de l'épiderme (coup de soleil).

Rougeur, léger œdème, douleur, picotements, risque infectieux quasi nul, absence de phlyctènes.

Evolution spontanée en une semaine.

2^{ème} degré superficiel : atteinte des couches profondes de l'épiderme.

Rougeur, douleur, phlyctènes, remplissage capillaire normal.

Evolution en une à deux semaines sans cicatrice.

2^{ème} degré profond : atteinte de la couche basale et du derme.

rougeur, absence de retour capillaire, douleur variable, suintement et fond blanchâtre.

Epithélialisation possible en 3 à 6 semaines **AVEC** cicatrice.

3^{ème} degré : destruction complète de l'épiderme, du derme et extensions sous cutanée.

Destruction des follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées.

STADE	ASPECT CLINIQUE	ÉVOLUTION
1 ^{er} degré	Lésion rouge vif + douleur Épiderme superficiel	2 jours à 1 semaine
2 ^{ème} degré superficiel	Lésion rouge vif + douleur + phlyctènes Épiderme total	1 à 2 semaines
2 ^{ème} degré profond	Blanc/rosé +/- + douleur + phlyctènes Épiderme + derme partiel	2 à 4 semaines
3 ^{ème} degré	Blanc ou noir + perte de sensibilité Épiderme + derme total	Greffe nécessaire

LE TRAITEMENT DES BRULURES :

Les brûlures sont des plaies très exsudatives sensibles aux infections !

- 1) nettoyer, désinfecter, sécher et débrider si nécessaire
 - 2) Utiliser des pansements très absorbants
 - 3) Réaliser des frottis de plaie régulièrement
-
- hydrofibres : aquacel argent (si infection)
 - Hydrocellulaires : très absorbants
 - Alginates si exsudat et infection
 - Hydrocolloïdes : jamais sur plaie infectée
 - Tulle : JELONET
 - Pommades : BIAFINE, FLAMMAZINE, FLAMINAL ou FLAMIGEL
selon le degré de la brûlure
 - Vaseline + film alimentaire : très efficace, peu coûteux, odorant



LES ULCÈRES DES MEMBRES INFÉRIEURS

ULCERE VEINEUX

Tiers inférieur du membre

Souvent non douloureux

Ne creuse pas en profondeur

Atrophie blanche et dermite ocre

ULCERE ARTERIEL

Plaie arrondie à bords réguliers, tendance à la nécrose

Douloureux voire très douloureux (sauf chez les diabétiques)

Creuse parfois très profondément



LES ULCÈRES DES MEMBRES INFÉRIERS

CHOIX D'UN PANSEMENT EN FONCTION DU STADE DE LA PLAIE

	Fibrineuse	en cours de bourgeonnement	en cours d'épidermisation
hydrocolloïde	+	+	+
hydrocellulaire	+	+	+
hydrofibre	+	+	-
alginates	+	+	-
hydrogels	+	+	-
pansement gras	+	+	+
charbon	+	+	-
polymères	+	-	-
films de polyuréthane	+	-	+



BONNE UTILISATION DES DIFFÉRENTS PRODUITS

À chaque plaie son pansement ! Les facteurs de choix du produit sont : la situation clinique du patient, le contexte psychologique (compréhension et compliance), le prix du produit, son efficacité, sa facilité d'utilisation et la préférence du prestataire.

Les antiseptiques, c'est pas automatique ! Si la plaie ne présente pas de signe d'infection, le nettoyage au sérum physiologique seul est recommandé.

L'application répétée d'antiseptique gêne parfois la cicatrisation². L'iode, comme l'alcool, dessèche les nouvelles cellules et peut, à long terme, ralentir la cicatrisation.

De nombreuses infections, dont l'origine était une solution antiseptique contaminée, ont été rapportées. Les conséquences sont allées d'une infection localisée au site d'injection, jusqu'à des infections profondes, voire des septicémies mortelles³.

Aucune étude n'a démontré jusqu'alors que le lavage des plaies à l'eau et au savon est moins efficace que l'utilisation d'antiseptiques locaux.

Une pommade ou un gel est moins efficace s'il est recouvert d'une compresse de gaze ou d'un pansement absorbant !

2) La revue prescrire : cicatrisation naturelle d'une plaie cutanée, décembre 2012, tome 32 n° 350

3) La revue prescrire, février 2014, tome 34 n° 364

PENSER L'ART DE PANSER

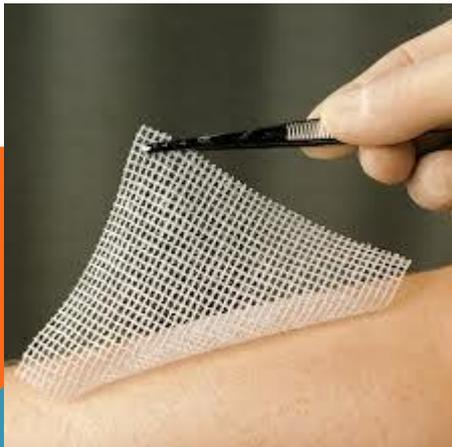
QUELLE QUE SOIT LA PLAIE, SON TRAITEMENT EST D'ABORD CELUI DE SON ETIOLOGIE ¹!

Le pansement idéal maintient le climat humide, est absorbant si besoin, indolore, hypoallergénique (inflammation en coin), économique, inodore, facile à enlever, et doit permettre :

Les échanges gazeux entre l'intérieur et l'extérieur

Une température constante

Un ph favorable à la cicatrisation



TYPES DE PANSEMENTS

Alginates

Hydrocolloïdes

Hydrogel

hydrofibres

Argent

Antibactérien

Charbon

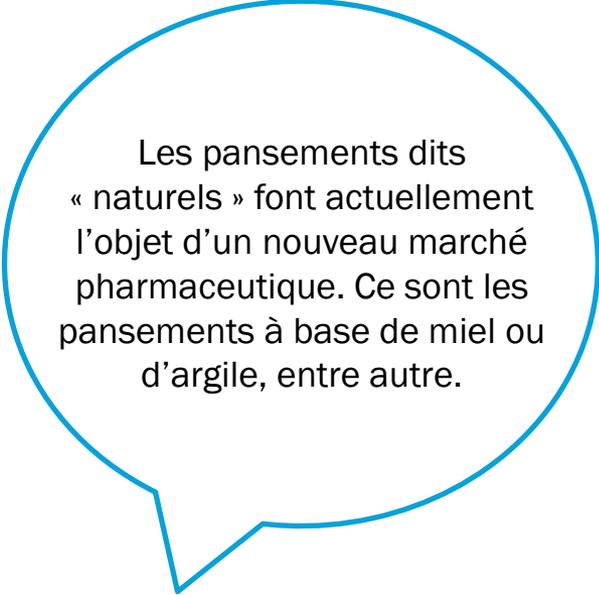
Naturels

Hydrocellulaires

Tulles et interfaces

Pansements en spray

...



Les pansements dits « naturels » font actuellement l'objet d'un nouveau marché pharmaceutique. Ce sont les pansements à base de miel ou d'argile, entre autre.

ALGINATES

Efficace sur plaies humides, exsudatives et hémorragiques.

Sous forme de mèche ou de compresse.

Propriétés hémostatique et absorbante.

Se transforme en gel au contact de la plaie, qui donne

Un aspect purulent et une odeur nauséabonde.

Nécessite un film de recouvrement.



SEASORB (Coloplast) avec ou sans argent

ALGISITE (Smith et Nephew)

SUPRASORB A (Lohmann et Rauscher)



HYDROCOLLOÏDES

Pansement primaire efficace sur les plaies sèches et chroniques.

Se transforme en gel odorant au contact de l'exsudat.

Reste en place jusqu'à sept jours selon l'épaisseur et l'exsudat.

Peut être découpé.

Aussi utilisé pour les pansements de stomie.

Ne pas superposer de polyuréthane !

DUODERM (Convatec)

COMFEEL (coloplast) existe aussi en pâte et poudre

SUPRASORB H (Lohmann et Rauscher)

HYDROLCOLL (Hartmann)



HYDROGELS

Efficace sur plaies sèches.

Maintient le climat humide (contient plus de 50% d'eau).

Double effet : hydratation et absorption

En forme de plaque (différentes tailles et épaisseurs), de compresse imprégnée ou de gel.

A changer tous les jours (risque de surinfection) !

HYDROGEL (Convatec)

PURILLON (Coloplast)

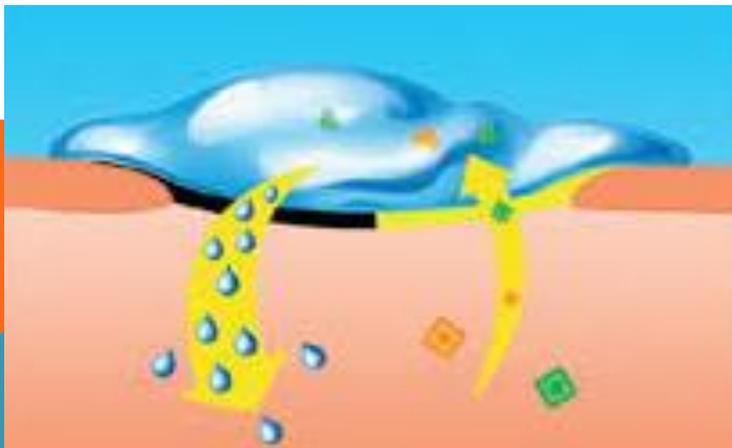
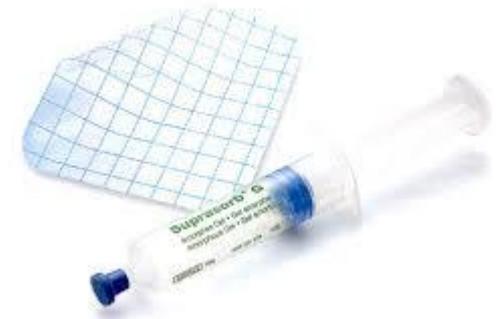
NORMGEL (Mölnlycke) pour les plaies non exsudatives

SUPRASORB G (Lohmann et Rauscher)

FLAMINAL HYDRO se comporte aussi comme un hydrocolloïde

(INTRASITE : contient du propylène glycol,

Très allergène !)



HYPER GELS

Hydrogel à base saline.

Efficace sur les nécroses sèches.



HYPEGEL (Convatec) : nécessite de la pâte à l'eau et une plaque hydrocolloïde.

HYDROFIBRES

AQUACEL (Convatec) avec ou sans argent



HYDROCELLULAIRES

À base de polyuréthane, composant **très absorbant (10 fois son poids)**.

Idéal pour les plaies en phase de granulation et d'épidermisation (retrait non traumatique).

Se colle et se décolle plusieurs fois, réutilisable.

Sous forme de plaque adhésive ou non, sous différentes dimensions.

Financièrement avantageux.

MEPILEX (Mölnlycke) avec ou sans argent

BIATIN (Coloplast)

ALLEVIJN (Smith et Nephew)

SUPRASORB M (Lohmann et Rauscher)



PANSEMENTS COLLAGÈNE

Adhérence faible, retrait non traumatique, booster de cicatrisation.

SUPRASORB C (Lohmann et Rauscher)

PANSEMENTS A BASE D'ARGENT

Crèmes, compresses, plaques auxquelles a été ajouté de l'argent, pour sa valeur antibactérienne.

FLAMMAZINE

BIATAIN AG

AQUACEL AG

COMFEEL AG



PANSEMENTS AU CHARBON ACTIF

En cas de plaie malodorante.

Sous forme de plaques et compresses.

CARBONET (Smith et Nephew)

ACTISORB (Johnson and Johnson)

ANTIBACTERIENS

CUTIMED SORBACT (BSN)

SUPRASORB X

Souvent chers ...



LES INTERFACES « TULLES »

TULLES NEUTRES

Pansements gras souvent vaselinés au maillage très fin.

Retrait non traumatique, respect des nouveaux tissus, hydratation de la plaie.

Indiqués dans la protection des plaies en voie d'épidermisation non infectées.

JELONET

TULLES ACTIFS

Compresses largement tissées imbibées d'une pommade antibactérienne le plus souvent.

ISOBETADINE TULLE



LES INTERFACES SILICONÉES

Compresses siliconées généralement neutres, favorisant l'épidermisation et le retrait non traumatique. Peuvent être décollées et recollées plusieurs fois, nettoyées au sérum physiologique.

MEPITEL



PRINCIPES DE BASE DES SOINS DE PLAIES

Du plus vulnérable au moins vulnérable

La plaie la plus récente est toujours la plus vulnérable (cicatrisation de première intention après 24 heures).

Un orifice de drain est très vulnérable, comme les plaies méchées.

Du plus propre au plus sale

Respect de la déclivité

Economie du matériel

Hygiène des mains

Préférer la solution hydro-alcoolique, plus efficace et économique que le lavage à l'eau et au savon⁴



TECHNIQUES DE PANSEMENTS

**UNE PLAIE DOIT ETRE NETTOYEE EN CAS DE SOUILLURES APPARENTES,
ELLE DOIT ETRE DESINFECTEE EN CAS DE SIGNES D'INFECTION !**

Sec aseptique

Pansement pommade

Pansement trilogie

Pansement méché

Pansement drainé

Mieux vaut ne pas changer trop souvent le pansement. 3 jours est une bonne moyenne.

Ne pas hésiter à utiliser la lame pour gagner plusieurs semaines de soin !