

PREVENTION ET TRAITEMENT DES PLAIES CHRONIQUES

Document réalisé par
le groupe PLAIES ET CICATRISATION
du Centre Hospitalier de REMIREMONT

édition 2000

Rédacteur : Catherine DEMANGE Pharmacien

PREAMBULE

Ce document traite des différents aspects de la prévention et du traitement des escarres et des plaies chroniques en milieu hospitalier.

Il est le fruit de la collaboration active entre les différents partenaires hospitaliers: médecins, infirmières, pharmaciens, diététiciennes, aides-soignantes, kinésithérapeutes et monitrices d'enseignement. Tous sont impliqués dans la prise en charge globale de ce problème.

Il s'intègre dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins et dans celle de la démarche de soins infirmiers.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

ENQUETE AU CH DE REMIREMONT

PREMIERE PARTIE LA PREVENTION DES ESCARRES

- 1) Identification du patient à risque
Fiche d'évaluation des facteurs de risque
- 2) Mesures préventives
Arbre décisionnel de positionnement
Poster prévention des escarres
Fiche de positionnement
- 3) Prise en charge nutritionnelle
Fiche d'aide au choix de l'alimentation
Poster alimentation

DEUXIEME PARTIE LE TRAITEMENT DES PLAIES CHRONIQUES

- 1) Le traitement des escarres
Poster traitement curatif des escarres
Fiche de traitement des plaies chroniques
- 2) La prise en charge des ulcères de jambe
Prise en charge
Cinq préjugés à combattre
Fiche technique pour la contention veineuse élastique
Modèle d'ordonnance de sortie
- 3) La prise en charge des plaies diabétiques
- 4) Les autres plaies chroniques

REMERCIEMENTS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Les recommandations pour le traitement des plaies chroniques ont pour but d'améliorer l'évolution de la pathologie en termes de durée de traitement, de fréquences des récurrences, des complications et de coût de prise en charge.

Les plaies chroniques sont liées de façon constante à des pathologies sous-jacentes dont les plus fréquentes sont le diabète et les vasculopathies. Indépendamment du mécanisme étiologique en cause, les plaies chroniques font l'objet d'un schéma thérapeutique standardisé. Dans tous les cas, il faut procéder à un bilan de la lésion ulcéreuse permettant une classification, une maîtrise des complications infectieuses et une approche thérapeutique synthétique des troubles locaux et systémiques.

Les plaies chroniques envisagées dans ce guide sont les escarres de décubitus, les ulcères de jambes d'origine veineuse ou artério-veineuse, les ulcères du pied diabétique et les effractions cutanées des personnes âgées.

RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DES ESCARRES DE DECUBITUS

L'escarre est appelée également ulcère de décubitus ou ulcère de pression, car c'est une nécrose tissulaire consécutive à une ischémie par compression prolongée de la circulation artériolaire. La pression, le cisaillement, les frottements et la macération jouent un rôle important dans sa création.

Les principaux sites de développement des escarres sont: les trochanters, le sacrum, les talons, les malléoles et toute apophyse épineuse. Il faut connaître aussi les escarres iatrogènes, sous plâtre, matériel trop serré, (attelle etc...), sonde d'intubation ou digestive, sonde urinaire etc....

Sa prévention et son traitement relèvent du rôle propre infirmier (article 3 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, qui dit que: " *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins infirmiers suivants, visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage: prévention et soin d'escarres.*"

LES INCIDENCES SOCIO ECONOMIQUES

Elles sont nombreuses: altération de la qualité et parfois de la durée de vie des patients atteints, augmentation de la durée d'hospitalisation, surcharge de travail et coût des pansements et médicaments utilisés. Il a en effet été démontré, qu'une escarre au stade II demande entre 10 et 30 Jours de soins. Au stade III, la durée des soins est estimée entre 30 et 180 jours, elle peut atteindre un an au stade IV. A ce stade, on dénombre entre 8 et 12% de décès, liés directement à une complication des escarres. Toute escarre constituée prolonge en moyenne la durée d'hospitalisation de quatre mois et demi. La part des escarres dans les dépenses hospitalières n'est donc pas négligeable.

QU'EN EST-IL AU CH de REMIREMONT?

Une enquête de prévalence menée un jour donné en Juin 1997 sur les patients hospitalisés dans tous les services de soins du Centre Hospitalier de REMIREMONT, hormis la PEDIATRIE et la MATERNITE a montré les résultats suivants:

Sur 260 patients hospitalisés, nous avons recensé 33 porteurs d'escarres, soit une prévalence de 12,6%, tous services confondus.

Le taux est de 13,9% en Médecine, 6,34% en Chirurgie, 30,7% en Moyen Séjour, 15,3% en Long Séjour.

Ce taux est légèrement supérieur au taux de prévalence actuellement connu en France. En effet selon une enquête parisienne, l'escarre concerne 5% des patients hospitalisés et 24% des patients de service de gériatrie.

Néanmoins il faut prendre en compte le fait que nous avons volontairement écarté les services où le risque était nul (pédiatrie, maternité), d'où une concentration des cas (la prévalence se réduit à 10% en prenant tous les hospitalisés du jour), et que les patients porteurs d'escarres sont rassemblés au niveau du moyen séjour (à cause de la présence du lit CLINITRON) d'où un taux de prévalence très élevé dans ce service.

Les caractéristiques des patients porteurs d'escarres ont été étudiées:

L'âge moyen des patients avec escarres est de **83,5 ans** contre 80 ans pour ceux qui ne sont pas porteurs, mais l'écart est de 2 à 20 ans en médecine, de 30 ans en chirurgie. Les âges sont identiques en Moyen et Long séjour.

51,5% des patients ont développé leur escarre **en dehors du service** où ils sont hospitalisés, mais sans connaissance dans la moitié des cas du service d'origine. Par contre **48,5%** des patients ont développé leur escarre **au cours de l'hospitalisation** ce qui remet en cause notre prévention.

L'origine des patients est diverse puisque **45,4%** venaient d'un **autre service**, **24,2%** de leur domicile, **21,2%** d'une **maison de retraite**, **6%** d'un **hôpital local**, **3%** du **CHU**.

La **localisation** des escarres est classique, 33 patients ont eu 58 escarres et 9 localisations: **talons 53,4%**, **sacrum 18,9%** **malléole 12%**, **orteil, ischion, jambe, 3,44% chacun**, **coude, trochanter, pied 1,72% chacun**.

Les stades constatés étaient: **stade I** (rougeur avec oedème) **39,4 %**,
stade II (phlyctène, désépidermisation) **9%**,
stade III (ulcère, nécrose, plaque noire) **15,15%**,
stade IV (extension de l'ulcère) **18,18%**,
stade V (multiplication des escarres à différents stades) **18,18%**.

Les **facteurs de risque** des patients les plus importants étaient les suivants: déficit de locomotion et de mobilité des membres, incontinence totale, pathologies associées nombreuses, dénutrition, confusion mentale et âge très élevé.

Le portrait type du patient à risque d'escarre est le suivant:

*locomotricité réduite (peut s'asseoir au fauteuil mais ne peut se déplacer)
mobilité des membres réduite
présence d'au moins deux pathologies associées
état mental confus et malade désorienté*

*âgé de 80 à 89 ans
dénutrition légère mais apports insuffisants
incontinent total urinaire et fécal*

Cette enquête montre qu'il est important de savoir identifier les sujets à risque afin d'appliquer l'ensemble des mesures préventives et d'essayer en cas d'escarre constituée, d'en abréger au maximum le temps de cicatrisation.

Première partie

LA PREVENTION DES ESCARRES

IDENTIFICATION DU PATIENT A RISQUE

La prévention des escarres nécessite d'adopter une stratégie basée sur la mesure des facteurs de risque, ce qui permettra de choisir et d'appliquer les mesures préventives appropriées.

Quand? Dès l'admission du patient dans le service, lors de l'examen clinique médical.

Lors de la démarche de soins et l'élaboration de la transmission ciblée du diagnostic infirmier concernant le risque d'altération de l'intégrité de la peau

Quel patient?

Tout patient physiquement dépendant, immobile au lit ou au fauteuil, dénutri et/ou déshydraté, fiévreux, incontinent, confus, âgé.

Ce patient est à risque, cela doit être signalé dans son dossier et **un fascicule escarre** doit être ouvert.

Le groupe de travail propose à chaque étape, **une affiche type poster**, portant les recommandations du groupe, ainsi qu'une **fiche de travail**, regroupant les principales tâches à effectuer. C'est à la fois une proposition de travail mais aussi une **validation de ce qui a été réellement fait**.

La première fiche du fascicule escarre est la FICHE D'EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES.

Basée sur l'échelle de COLLIN et coll. ou échelle PERSE, elle permet d'apprécier l'état du patient à l'entrée et à tout autre moment justifié par son état, en particulier à tout changement de son état physique ou pathologique. Elle est d'un maximum de 28 points et à partir de 16 points, le patient est à un risque maximum d'escarre, il doit impérativement avoir une prévention matérielle (matelas, coussins), physique (retournements et positionnements) et nutritionnelle (surveiller l'alimentation et compléter si besoin).

CH DE REMIREMONT 2000 EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRES Echelle PERSE

Etiquette patient

Date :

Origine du patient: domicile
maison de retraite hôpital local
autre service autre

Motifs d'hospitalisation.....

Plaies chroniques à l'entrée Oui Non

Escarre
Ulcères de jambe
Plaies du diabétique
Autre plaie.....
Description au verso

Entourer le chiffre correspondant aux risques du patient .

1. CAPACITES LOCOMOTRICES

- 1 Ambulant (marche sans aide)
- 2 Marche facilement avec aide technique (cannes, déambulateur....)
- 3 Assis au fauteuil
- 4 Totale

2. MOBILITE - CAPACITE DE MOUVOIR SES MEMBRES - SPASTICITE

- 1 Totale
- 2 Diminuée: impossibilité de mouvoir un ou deux membres (plâtre, paralysie, perfusion, drainage), ou présence de spasticité modérée
- 3 Très limitée: ne peut plus se retourner seul dans son lit ou présence de spasticité importante
- 4 Immobilité totale

3. INCONTINENCE

- 1 Aucune, ou le patient porteur d'une sonde n'est pas considéré comme incontinent
- 2 Parfois: si utilisation d'un étui pénien et absence d'incontinence fécale, coter 2.
- 3 Urinaire ou fécale
- 4 Urinaire et fécale

4. FACTEURS DE RISQUE INTRINSEQUE

- 1 Aucun facteur de risque
- 2 Un facteur de risque
- 3 Deux facteurs de risque
- 4 Plus de deux facteurs de risque

Facteurs de risque:

- **Vasculaire** : tabac, diabète, artérite , HTA, insuffisance cardiaque, anémie.
- **Pulmonaire**: pneumonie, bronchite chronique, encombrement pulmonaire.
- **Neurologique**: troubles de la sensibilité superficielle ou profonde.
- **Facteurs généraux**: néoplasie métastases, fièvre, infection.
- **Facteurs iatrogènes**: traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou corticoïdes.

Chaque élément correspond à un risque. S'il y en a plus de trois, se contenter d'un score de 4.

13. **Etat critique**: Collapsus cardio-vasculaire prolongé au delà de 2h (TA syst <60mm Hg)

EVOLUTION A LA SORTIE

Domicile Maison de retraite
Autre service
Décédé
Escarres: Guéri En voie de guérison
En voie d'extension
pas développé d'escarre

5. ETAT NUTRITIONNEL

- 1 **Bon**: pas de dénutrition. Mange normalement ou compense de façon adéquate. Hydratation normale.
- 2 **Moyen**: pas de dénutrition, mais apports insuffisants. Déshydratation modérée.
- 3 **Mauvais** : signes de dénutrition et impossibilité technique et physique de fournir un apport suffisant. Déshydratation moyenne. Maigreur importante. Albumine pondérale < 30g/l ou Protides totaux <
- 4 **Très mauvais**: albumine < 20g/l ou Protides totaux <

6. ETAT MENTAL

- 1 Lucide
- 2 Apathique: ralentissement cérébral
- 3 Confus : perturbé, désorientation temporo-spatiale
- 4 Inconscient

7. AGE 0 . Moins de 60 ans

- 1 .60 à 69 ans
- 2 .70 à 79 ans
- 3 .80 à 89 ans
- 4 .90 et plus

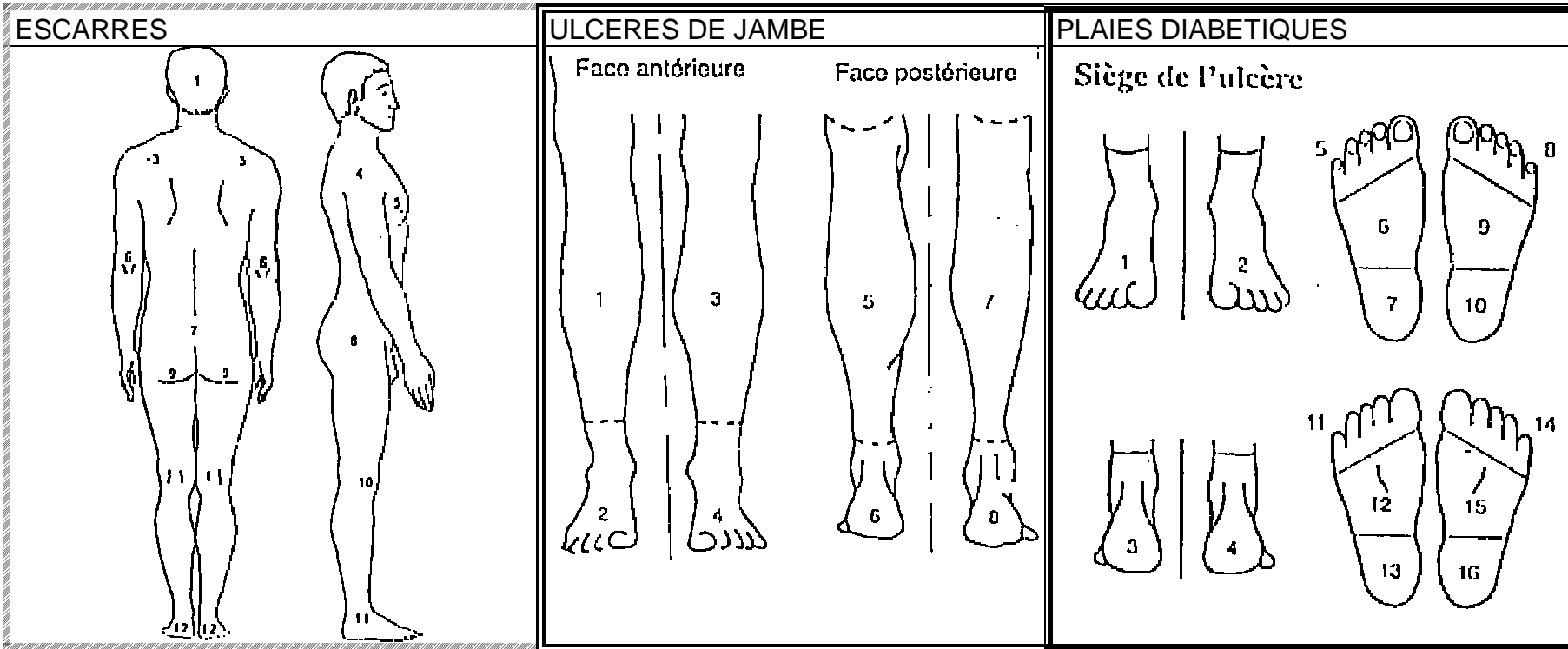
SCORE TOTAL.....additionner les scores 1 à 7

Tout patient dont le score est supérieur ou égal à 16 doit impérativement avoir une prévention matérielle, physique et nutritionnelle selon arbre décisionnel

Patient installé le.....
Matelas PREVENTIX ALPHAXCELL
NIMBUS
Coussin à plots POSIMO autre

EVALUATION DES PLAIES

A l'entrée Puis le..... Etiquette patient
 A la sortie le.....



ESCARRES	Taille	Ancienneté	ULCERES AUTRES PLAIES	Aspect	Taille	Ancienneté	Douleur
Stade I							
Stade II							
Stade III							
Stade IV							
Stade V							

ALLERGIES: sparadrap

crème..... tulle..... Autres.....

MESURES PREVENTIVES

Le groupe de travail propose une standardisation et une simplification des recommandations de soins, conseils de retournement et de positionnement, erreurs à éviter, vérification de l'état de la peau, stimulation du patient, alimentation etc...

Une affiche et une fiche de travail simple d'emploi intitulée FICHE DE PREVENTION sont proposées, ainsi qu'un arbre décisionnel pour évaluer le support sur lequel doit être positionné le patient.

ARBRE DECISIONNEL : SUPPORTS DE PREVENTION ET DE TRAITEMENTS DES ESCARRES.

Objectif : Aider les soignants à choisir le support de prévention ou de traitement des escarres en fonction des facteurs de risque des patients.

Utilisateurs : Soignants, groupe plaies et cicatrisation, services économiques pour mise à disposition.

Enregistrement : Fiche d'évaluation des facteurs de risque.

Logigramme :

- Echelle de Perse : fiche d'évaluation des facteurs de risques.
- Support niveau I : Matelas mousse à plots, gaufré type Cliniplot, Préventix, coussin de fauteuil à plots et gel type Posimo.
- Support niveau II : Surmatelas à air dynamique type Alphaxcell.
- Support niveau IV : Matelas à air dynamique adapté au poids du patient type NIMBUS 3.

D'après le congrès CPC – janvier 2000

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT 2000

PREVENTION DES ESCARRES

LEVER LES POINTS DE PRESSION

- 1 Lever précoce
- 2 Installation sur un support anti-escarre selon arbre décisionnel. Ne pas oublier le coussin de fauteuil.
- 3 Mettre une potence à disposition pour que le patient puisse bouger seul.
- 4 Mettre les talons en suspension lorsque le patient est couché sur le dos.
- 5 Changer le patient de position toutes les 3 heures en tenant compte de la localisation des escarres possibles ou présents.
- 6 Caler le patient avec des coussins ou un cale-dos lorsqu'il est en position oblique.

VERIFIER REGULIEREMENT L'ETAT DE LA PEAU ET EFFLEURER LES POINTS A RISQUE A CHAQUE CHANGEMENT DE POSITION

- 1 Ne pas exercer des frictions et/ou des pétrissages qui abîment les tissus.
- 2 Ne pas utiliser d'alcool, d'antiseptiques, de pommades, de glaçons ou de sèche-cheveux qui fragilisent les tissus.
- 3 Utiliser SANYRENE®, quelques gouttes pour une zone d'appui, deux gouttes pour un talon, faire pénétrer le produit par effleurage du bout des doigts pendant une minute.

STIMULER LE PATIENT

Stimuler le patient pour que de lui même il exécute certains mouvements:

- 1 **décoller les fesses du lit**
- 2 **bouger les chevilles en flexion et en extension**
- 3 **changer de position toutes les 15 minutes.**

EVITER LES FACTEURS DE RISQUES IATROGENES

- 1 éviter les objets dans le lit (tuyaux etc...)
- 2 éviter le frottement des couvertures
- 3 ne pas tirer le patient mais le soulever
- 4 limiter l'élévation de la tête
- 5 prendre en charge l'incontinence urinaire et fécale
- 6 faire une toilette du siège à chaque change
- 7 prendre de précautions lors des manipulations
- 8 ne pas mettre en décubitus trochantérien
- 9 surveiller la température
- 10 éviter la macération.

SITE de l'escarre	POSITIONS AUTORISEES	POSITIONS INTERDITES
Trochanter droit	Dorsale Oblique 30° Gauche	Latérale Droite 90°
Trochanter Gauche	Dorsale Oblique 30° Droite	Latérale Gauche 90°
Sacrum	Oblique 30° Droite Oblique 30° Gauche	Dorsale
Talons	Oblique 30° Droite Oblique 30° Gauche	Dorsale
Ischions	Dorsale Oblique 30° Droite Oblique 30° Gauche	Assise

SURVEILLER L'ALIMENTATION

Surveiller la quantité d'aliments absorbée par voie orale ainsi que les boissons. Si besoin compléter avec des suppléments oraux, entéraux ou parentéraux.

Le régime absorbé par le patient (alimentation spontanée + complémentation orale + alimentation artificielle) doit être de **40 kcal/kg/j**, c'est à dire que **ce que prend réellement** le patient (et non ce qui est prescrit) doit faire **2800 kcal/j pour 70 kg**.

*Penser aussi à **stimuler les patients, à fractionner les prises alimentaires en 5 ou 6 collations par jour et laisser assez de temps aux patients pour manger.***

Réévaluer régulièrement l'alimentation en fonction des résultats de la cicatrisation.

Une fiche spécifique d'Evaluation de l'Etat Nutritionnel peut être utilisée.

BESOINS NUTRITIONNELS EN CAS D'ESCARRES

Energie	40 kcal/kg/j
Protéines	1,5 à 2,5 g/kg/j (15 à 20% de l'apport énergétique)
Glucides	2,5 à 3 fois la ration protéique
Zinc*	50 à 100 mg/j pendant 15 jours
Vitamine C*	0,1 à 1 g/j pendant 15 jours

* si le patient est déficitaire pour le micronutriment considéré.

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Maintenir ou restaurer l'état nutritionnel du patient à risque est une démarche essentielle de prévention. Un apport protidique correct et des apports énergétiques et hydriques suffisants constituent les principales mesures à prendre dans ce domaine.

L'évaluation de l'état nutritionnel peut être réalisée avec la fiche MNA (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT)

La surveillance des apports caloriques et hydriques est faite par l'équipe soignante à l'aide de la fiche d'AIDE AU CHOIX DE L'ALIMENTATION POUR LES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES CHRONIQUES. C'est aussi une fiche de prévision des apports et de disponibilité des produits dans l'établissement.

CENTRE HOSPITALIER REMIREMONT 2000

AIDE AU CHOIX DE L'ALIMENTATION POUR LES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES CHRONIQUES

BESOINS ESTIMES: Calories = 40kcal/kg/j soit 2400 kcal pour 60kg
 Protéines = 1,5 à 2,5 G/kg/j (15 à 20% de l'apport énergétique) soit 90 à 150 g pour 60 kg
 Cetornan® 1 sachet de 10G par jour uniquement si apport de protéines suffisant

PETIT DEJEUNER	QUANTITE	CALORIES	PROTEINES
Lait ½ écrémé	150G	70	5
Rem	1	60	1
Sucre (1)	5G	20	0
Confiture	30G	85	0
Banania (2 càc)	10G	40	0,5
Pain (1)	70G	175	5
Biscotte (1)	1	35	1
Beurre	15G	110	0
DEJEUNER	QUANTITE	CALORIES	PROTEINES
Potage	1 bol	70	3
Potage + lait pdre	1 bol+1 sachet	110	6,5
Crudité	1 portion	120	2
Viande + MG	100G	215	20
Viande mixée	80G	135	16
Légumes verts +MG	200G	100	4
Féculents + MG	200G	220	4
Légumes mixés	1 portion	220	4
Pain (1)	50G	125	3,5
DINER	QUANTITE	CALORIES	PROTEINES
Potage	1 bol	70	3
Potage + lait poudre	1 bol+1 sachet	110	6,5
Viande + MG	100G	215	20
Viande mixée	80G	135	16
Légumes verts +MG	200G	100	4
Féculents + MG	200G	220	4
Légumes mixés	1 portion	220	4
Pain (1)	50G	125	3,5

SUPPLEMENTS	QUANTITE	CALORIES	PROTEINES
Fromage	30G	80	6
Yaourt nature	1	70	5
Yaourt sucré	1	110	5
Yaourt aromatisé	1	115	5
Suisses	2X30G	90	6
Fromage blanc 40%	100G	110	6
Œuf	1	80	6
Flan	125G	125	3,5
Lait gélifié	100G	110	2,5
Liégeois	115	150	3,5
Semoule lait sucrée	1 portion	380	9,5
Crème caramel	1 part	210	8
Crème enrichie	1	150	11
Fruit	1	60	0
Fruits au sirop	1 portion	160	0
Compote	100G	90	0
Compote sans sucre	100G	60	0
Glaces	90 ml	90	1
Gâteaux secs	10G	40	1
Sucre en poudre	10G	40	0
BOISSONS	QUANTITE	CALORIES	PROTEINES
Eau		0	0
Eau gélifiée	1 portion	38	0
Eau + Nutrilis	150 ml+ 10G	36	0
Boisson enrichie	200 ml	300	11

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT 2000

ALIMENTATION DES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES CHRONIQUES

BESOINS NUTRITIONNELS EN CAS D'ESCARRES OU DE PLAIES CHRONIQUES

Energie	40kcal/kg/j
Protéines	1,5 à 2,5 g/kg/j (15 à 20% de l'apport énergétique)
Glucides	150g/j
Zinc*	50 à 100 mg/j pendant 15 jours
Vitamine C	0,1 à 1 g/j pendant 15 jours

* si le patient est déficitaire pour le micronutriment considéré.

**1g d'azote=6,25g de protéines=
30g de viande**

SURVEILLER LES PATIENTS

- 1 Evaluer l'état nutritionnel avec le MNA® (Mini Nutritional Assessment)
- 2 Doser l'albumine plasmatique:
- < 30g/l dénutrition modérée
- < 20g/l dénutrition sévère
- 3 Comptabiliser les prises alimentaires réelles

HYDRATER LES PATIENTS

- 1 Besoins 25 à 40ml/kg/j soit 1,8 à 2,5 l/j
- 2 Produits disponibles:

eau et sirops.

eau gélifiée à préparer chaque jour

mode d'emploi: 0,875 l d'eau + 0,125l sirop + 16g de gélatine = 8 feuilles.

Mélanger le sirop avec l'eau. Faire tiédir au micro-ondes. Ramollir pendant ce temps la gélatine dans de l'eau froide, ajouter la gélatine au sirop. Répartir dans des barquettes et les placer au réfrigérateur. Conservation maximum 48 heures.

eau gélifiée prête à l'emploi, parfums:
grenadine, orange, citron, thé-citron, menthe.

NUTRILIS® poudre épaississante, à ajouter dans tout liquide (sans goût particulier).

ALIMENTER LES PATIENTS

- 1 Plateaux repas de l'hôpital, normal ou mixé.
- 2 Suppléments énergétiques.
- 3 **Stimuler** les patients, **fractionner les prises** alimentaires (5 à 6 par jour), **laisser le temps** aux patients pour manger.
- 4 Proposer de la **Potion apéritive**, 2 cuillères à soupe ½ heure avant chaque repas (à demander à la Pharmacie).
- 5 Sur prescription médicale, ajouter **CETORNAN® 10G 1 sachet par jour**, dans un ½ verre d'eau, ou dans un yaourt ou une compote. Bien faire boire pour éviter les diarrhées osmotiques.
- 6 Alimentation entérale sur sonde naso-gastrique ou sur sonde de gastrostomie.
Il y a des risques de **reflux** dans les poumons, ne jamais laisser le patient couché pendant l'alimentation, le positionner semis- assis.

Produits disponibles:

PRODUITS	VOLUME	CALORIE S	PROTEINES
RENUTRYL	375 ml	500	32G
NUTRISON ENERGY	500mlL	750	30G
NORMOREAL Na85 fibres	500 ml	500	19G

- 7 Alimentation parentérale partielle ou totale. Sur prescription médicale, après pose d'un éventuel cathéter central.

Produits disponibles:

PRODUITS	VOLUME	CALORIES lipido-glucidiques	AZOTE
CLINOMEL N4 550	2 LITRES voie périphérique	1080	7.3 G
CLINOMEL N7 1000	1 LITRE voie centrale	1040	6.6G
CLINOMEL N7 1000	1.5 LITRES voie centrale	1560	9.9G
CLINOMEL N5 800	2 LITRES voie centrale	1600	9.3G
CLINOMEL N6 900	2 LITRES voie centrale	1760	11.2G
CLINOMEL N7 1000	2 LITRES voie centrale	2080	13.2G

DEUXIEME PARTIE

**LE TRAITEMENT DES
ESCARRES**

**ET DES PLAIES
CHRONIQUES**

I LE TRAITEMENT DES ESCARRES

A TOUTES LES ETAPES DU TRAITEMENT, LA DEMARCHE DE PREVENTION PRECEDEMMENT DECRITE DOIT ETRE MAINTENUE.

Le groupe de travail propose de standardiser les traitements curatifs, en choisissant des pansements et des médicaments ayant fait leurs preuves, mais aussi ceux qui sont les plus faciles à utiliser ou qui nécessitent le moins de changements possibles, d'où plus de confort pour le patient.

Une affiche et une fiche de travail FICHE DE TRAITEMENT sont proposées.

La FICHE DE TRAITEMENT recouvre les trois types de plaies chroniques, escarres, ulcères et plaies diabétiques.

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT 2000

TRAITEMENT DES ESCARRES

STADE ERYTHEME

Aucun traitement médical ne s'impose, les soins se résument à une **surveillance de la zone à risque**.

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Surveillance de la zone à risque au moins 2 fois/jour
- 4 Appliquer Sanyrène®
- 5 Poser un film transparent ou une plaque Algofilm® sur les zones soumises à des forces de cisaillement (sacrum).

STADE DE DESEPIDERMISATION

Désépidermisation:

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage au sérum physiologique
- 4 Application d'un film transparent
- 5 Surveiller au moins 2 fois par jour.
- 6 **Ne pas utiliser d'éosine**
- 7 Changer le film lorsqu'il se décolle spontanément.

Phlyctène

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Incision ou découpe (phlyctène hémorragique) du toit de la bulle
- 4 Nettoyage au sérum physiologique
- 5 Application d'un film transparent
- 6 Surveiller 2 fois pas jour
- 7 Changer le film lorsqu'il se décolle spontanément.

STADE DE NECROSE

La plaque noire de nécrose peut être sèche ou humide, son ablation se fait en plusieurs étapes:
a) obtention du **sillon d'élimination** qui permettra de visualiser la limite entre les tissus sains à ne pas léser et la zone nécrosée à éliminer
b) **excision** de la plaque de nécrose **du centre vers la périphérie**, afin de ne pas léser les tissus sains, et **sans faire saigner**, ce qui aboutirait à des risques de passage systémiques des bactéries présentes au sein de la plaie.

Jusqu'à apparition du sillon:

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage au savon stérile et rinçage à l'eau stérile
- 4 Application de Gel Intrasite® en couche épaisse, recouvert d'un film transparent pendant 2 à 4 jours
- 5 ou application de pansements humides au sérum physiologique 3 fois par jour
- 6 ou application de pansement gras (vaseline, Jelonet®) 1 fois par jour

Après obtention du sillon d'élimination:

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage au savon stérile et rinçage à l'eau stérile
- 4 Application d'une plaque d'hydrocolloïde (Algoplaque® ou autre) de taille adaptée.
à laisser en place 3 à 4 jours selon les sécrétions.

Si la nécrose est humide, application directe de plaque hydrocolloïde.

STADE DE DETERSION

L'objectif est de drainer les exsudats et de favoriser la granulation par un milieu chaud et humide.

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage au savon stérile et rinçage à l'eau stérile
- 4 1ère intention: application de plaque hydrocolloïde à changer à saturation tous les 3 à 4 jours.
- 5 Pour les plaies très suintantes: Alginate en plaque avec un pansement de couverture, à changer tous les jours.
- 6 Pour les plaies très profondes: coussin d'Allevyn cavity® avec un pansement de couverture. A laisser en place jusqu'à saturation.
- 7 2ème intention: Intrasite Gel® avec un film transparent à laisser en place 2 à 4 jours.

STADE DE BOURGEONNEMENT

L'objectif est d'être le moins agressif possible sur les tissus de granulation et les pansements doivent être changés le moins souvent possible.

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage doux au sérum physiologique
- 4 Application d'une plaque d'hydrocolloïde à laisser en place 2 à 5 jours jusqu'à saturation.

STADE DE REEPIDERMISATION

C'est le stade ultime de la cicatrisation de l'escarre, aucune agression ne doit abîmer les tissus.

- 1 Levée des points de pression
- 2 Arrêt des massages
- 3 Nettoyage doux au sérum physiologique
- 4 Application d'un film transparent ou d'une plaque Algofilm® à laisser en place 2 à 5 jours.

CH REMIREMONT 2000
FICHE DE TRAITEMENT DES PLAIES CHRONIQUES

SERVICE:
PATIENT:

Date.....Infirmière.....Soin antalgique appliqué ½ heure avant:Vérifier vaccination anti-tétanique.

ESCARRES	OBSERVATIONS	ULCERES	OBSERVATIONS	PLAIES DIABETIQUES	OBSERVATIONS
Soins d'hygiène: douche et bain Effleurage au Sanyrène		Soins d'hygiène : douche ou bain avec douchette Crème hydratante sur la peau		Soins d'hygiène : douche et bain Crème hydratante sur la peau	
ERYTHEME Pose d'un film		Ramollir les croûtes avec vaseline ou Jelonet rouleau 1 fois/j ou pansement humide au sérum phy 2 à 3fois/j		Rinçage et séchage soigneux entre les orteils	
DESEPIDERMISATION Nettoyage sérum physiologique Pose d'un film		Appliquer Amukine si plaie mal odorante plus Carbonet sur le pansement secondaire taille.....		Soins de pédicure	
PHLYCTENE Incision de la bulle Découpe de la bulle hémorragique Pose d'un film		Appliquer alginate Seasorb si plaie coule beaucoup 1fois /jour taille		Ramollir les croûtes avec vaseline Appliquer Jelonet ou Intrasite gel et pansement de couverture sur les plaies	
NECROSE AVANT SILLON D'ELIMINATION Nettoyage savon rinçage eau Gel Intrasite + film Ou Jelonet Ou pst humide au sérum physiologique		Fermer avec un pansement de couverture Avec compresses et bandes		Nettoyage au savon et détersion mécanique	
NECROSE APRES SILLON D'ELIMINATION Nettoyage savon rinçage eau Plaque hydrocolloïde taille.....		Si patient porteur de germes : ne pas les éliminer sauf si bactériémie ou septicémie Pas de prélèvements bactériologiques Mesures d'hygiène et chambre seule		Appliquer antiseptique Bétadine après décapage chirurgical	
DETERSION Nettoyage savon rinçage eau Plaque hydrocolloïde taille..... Ou Alginate Seasorb taille..... Ou coussin Allevyn Cavity taille..... Ou Gel Intrasite + film		Quand la plaie est propre, appliquer Mepilex Fixer avec bande Nylex Laisser en place pendant 2 à 3 jours Taille Mepilex		Traiter la mycose par Amycor crème ou poudre si besoin	
BOURGEONNEMENT Nettoyage sérum physiologique Plaque hydrocolloïde taille		En fin de cicatrisation Algoplaque ou Algofilm si les berges ne sont pas abîmées Taille		Quand la plaie est propre appliquer Mepilex Taille..... Fixer avec bande Nylex Laisser en place pendant	
REPIDERMISATION Nettoyage sérum physiologique Pose d'un film ou Algofilm		Bande de contention dans tous les cas au dessus du pansement Contention moyenne force 2 depuis racine du pied		Mise en décharge de la plaie	
		Ne pas utiliser d'antibiotiques		Chaussage adapté	

EVALUATION DES PLAIES

A l'entrée Puis le..... Etiquette patient
 A la sortie le.....

ESCARRES	ULCERES DE JAMBE	PLAIES DIABETIQUES

ESCARRES	Taille	Ancienneté	ULCERES AUTRES PLAIES	Aspect	Taille	Ancienneté	Douleur
Stade I							
Stade II							
Stade III							
Stade IV							
Stade V							

ALLERGIES: sparadrap crème..... tulle..... Autres.....

II LA PRISE EN CHARGE DES ULCERES DE JAMBE

LA PRISE EN CHARGE :

Il y a diminution du nombre de patients hospitalisés pour ulcères de jambe par rapport à autrefois. Mais les ulcères restant sont graves et étendus.

Les ulcères d'origine artérielle sont plus douloureux que les ulcères d'origine veineuse. Ils sont souvent mixtes et il n'y a pas de différence de traitement.

Pour les ulcères douloureux, il est préconisé d'utiliser de la Morphine, Actiskan[®] 10mg[®] ou le gaz analgésique avant le soin.

1) Phase 1 : décapage, nettoyage des ulcères :

C'est une phase qui dure deux à trois jours en hospitalisation, le temps d'enlever les croûtes et les parties nécrosées.

Le but est de ramollir les croûtes et de pouvoir effectuer un décapage mécanique le plus rapidement possible afin que le bourgeonnement puisse s'effectuer.

- le lavage se fera à grande eau, bain ou douche avec douchette
- recouvrir d'une couche épaisse de vaseline simple, ou Jelonet[®] rouleau, puis pansement secondaire à faire une fois par jour.
- ou faire un pansement humide au sérum physiologique (coton + carde) à refaire deux à trois fois par jour.
- pour les plaies malodorantes, utiliser l'antiseptique Amukine[®], et recouvrir le pansement secondaire d'un pansement au charbon pour filtrer les odeurs.

2) Consignes pour les patients porteurs de germes

Les bactéries sont physiologiquement présentes sur les plaies d'ulcères. Elles participent au travail de décapage de la zone. Il ne faut pas les éliminer sauf si une bactériémie ou une septicémie se déclare. Les prélèvements bactériologiques en vue d'identification n'ont pas d'intérêt thérapeutique pour le patient. Il n'est pas recommandé d'en faire pour appliquer un traitement antibiotique. Le seul intérêt est de connaître l'origine bactérienne du patient pour adapter des mesures d'hygiène. Il faut mettre en place des précautions d'hygiène cutanée, et préférer une chambre seule pour le patient.

3) Phase de bourgeonnement et cicatrisation :

Elle doit intervenir très vite après la phase de décapage.

- a) **Si la plaie coule beaucoup**, utiliser les plaques d'Alginate Seasorb[®] ou les mèches si la plaie est creusante. Fixer avec des compresses et une bande. Faire le pansement une fois par jour.

- b) ***Si la plaie ne coule pas beaucoup*** ou après la phase Alginate, utiliser le pansement hydrocellulaire Mepilex[®], légèrement collant et fortement absorbant. Fixer avec une bande Nylex[®] et laisser en place deux à trois jours.
- c) ***Si les berges de la plaie ne sont pas abîmées*** : une plaque de colloïde Algoplaque[®] peut être utilisée et laissée en place deux à trois jours. Attention en retirant la plaque de ne pas abîmer les berges.
- d) ***En fin de cicatrisation*** un colloïde mince Algofilm[®] sera posé.
- 4) La contention est INDISPENSABLE** : nous pourrions donner une fiche d'informations au patient à sa sortie.

Si le patient est alité sans contention, penser à surélever les pieds du lit.

Si le patient se lève, lui poser une contention moyenne de force 2, bande de 3 mètres sous le genou, bande de 4 mètres sur la cuisse.

Commencer la pose de la bande à la racine du pied.

Laisser les bandes posées, même si le patient se recouche quelques instants pour la sieste.

Laver les bandes à température douce pour éviter leur relâchement.

Les bas et chaussettes ne sont pas faciles d'emploi en phase de pansement, car celui-ci aura tendance à rouler, par contre dès la cicatrisation obtenue, préconiser les bas ou chaussettes adaptés à la morphologie du patient. Voir fiche technique plus loin.

5) Education du patient :

Il faut l'informer que pour la bonne cicatrisation de ses plaies, les pansements ne se font pas tous les jours. Lui expliquer le processus de la cicatrisation. L'informer que la contention est indispensable et qu'elle fait partie du traitement. C'est pourquoi les pansements qui facilitent et n'empêchent pas la contention sont préférés. L'encourager à faire pratiquer l'intervention chirurgicale d'ablation des varices, seul moyen de mettre fin à la souffrance tissulaire.

6) L'ordonnance de sortie :

Elle doit comprendre (voir modèle plus loin) :

- une bande de contention modérée force 2 en 3 ou 4 mètres
- un pansement Mepilex[®] de taille adaptée tous les 3 jours
- un flacon de sérum physiologique 250 ml pour lavage
- des compresses
- douche au savon de Marseille (pas d'antiseptique moussant)
- des bandes Nylex[®]

CINQ PREJUGÉS A COMBATTRE :

1 – Premier préjugé : l'ulcère est une plaie infectée !

L'ulcère est une maladie vasculaire, et malgré les apparences le rôle de l'infection est habituellement négligeable dans la cicatrisation, les germes disparaissent quand l'ulcère guérit et non l'inverse.

Il ne faut pas confondre colonisation bactérienne obligée et surinfection, l'existence d'un exsudat fibrineux, même abondant, tachant les pansements, à la surface de l'ulcère est le résultat de la nécrose tissulaire et non le témoin d'une infection.

La surinfection bactérienne n'est gênante que :

si elle est liée au streptocoque pouvant entraîner une infection locale dont les symptômes sont l'inflammation péri-ulcéreuse, la douleur et/ou l'arrêt brutal de la cicatrisation loco-régionale c'est l'érysipèle

si l'infection est systémique : septicémie

ou si l'infection locale est à pseudomonas avec présence de pus vert malodorant.

Les pansements occlusifs ou semi-occlusifs, en maintenant une atmosphère pauvre en oxygène au niveau de la plaie, luttent utilement contre la prolifération bactérienne.

2 – Deuxième préjugé : l'eau du robinet n'est pas utilisable !

Les antibiotiques locaux ou systémiques n'ont donc, en règle générale aucune utilité thérapeutique, leur pouvoir allergisant pouvant même se révéler néfaste. Ils n'ont d'indication qu'en cas d'infection loco-régionale ou générale patente et si possible bactériologiquement documentée.

Les antiseptiques pourtant encore largement utilisés sont encore plus néfastes et inutiles, leur action sur la flore de colonisation ou d'infection est limitée à quelques heures, dont illusoire, par contre leur effet cytologique mortel sur les cellules conjonctives ou épidermiques en voie de multiplication est désastreux, on préférera donc pour le nettoyage doux de la plaie l'eau du robinet ou le sérum physiologique avec une compresse.

La toilette du membre à l'eau et au savon de doit pas être négligée, sous prétexte de l'ulcère, l'utilisation de pansements synthétiques imperméables à l'eau la facilite grandement mais l'ulcère peut parfaitement bien être détergé dans un bain ou sous une douchette.

3 – Troisième préjugé : les varices sont utiles !

Quelle que soit leur origine, maladie variqueuse essentielle, maladie post-thrombotique, les varices ne sont jamais utiles, elles sont toujours le témoin de l'hyperpression veineuse superficielle ou profonde, responsable de la souffrance tissulaire et même nuisibles par un génie évolutif propre transmettant l'incontinence valvulaire de proche en proche.

Elles doivent donc être supprimées par un geste chirurgical ou sclérothérapie de première intention ou mieux complémentaire ou colla bées par une contention élastique suffisante. La seule contre-indication absolue à cette contention est l'existence d'une pression artérielle à la cheville inférieure à 50 mmHg.

4 – Quatrième préjugé : un comprimé peut remplacer la contention !

Les phlébotoniques n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des ulcères de jambe au cours d'essais cliniques contrôlés, faute d'une méthodologie éprouvée. Malgré leur facilité apparente d'utilisation ils ne peuvent donc pas se substituer à la contention. Ils ont fait l'objet de RMO : ils n'ont pas d'intérêt démontré dans la cicatrisation des ulcères de jambe.

Au stade de l'ulcère, la contention est classiquement réalisée avec des bandes, mais elle se heurte en pratique à des difficultés multiples : prise en charge financière de la pose par un tiers non prévue en l'absence de pansement simultanés, impossibilité ou difficulté de pose par des malades obèses ou présentant une arthrose de la hanche ou du genou. Elle est parfois plus facilement acceptée, possible grâce aux pansements synthétiques, par un bas, voire deux bas de niveau de contention plus faible : en pratique mieux vaut une contention imparfaite mais portée que pas de contention du tout.

5 – Cinquième préjugé : l'hospitalisation résout tous les problèmes !

L'ulcère veineux est une maladie chronique, dont le coût médical et social est important, sa prise en charge ambulatoire est donc une nécessité impérieuse.

L'hospitalisation dans une structure spécialisée est le plus souvent inutile car trop tardive ou liée au découragement de l'équipe ou aux exigences de la famille.

A l'avenir, elle devrait être limitée dans le temps (en une journée idéalement), programmée en vue d'une expertise étiologique et pronostique et non d'une prise en charge thérapeutique prolongée, et débouchera sur :

- une solution chirurgicale
- une hospitalisation momentanée dans une structure allégée mais compétente
- ou un constat d'incurabilité avec un nouveau projet thérapeutique privilégiant le retour à domicile et le confort du patient avec des soins simplifiés.

FICHE TECHNIQUE : LA CONTENTION VEINEUSE ELASTIQUE

I. BUT

La contention veineuse a pour but d'améliorer le retour veineux, de réduire les œdèmes, de favoriser la cicatrisation.

II. MATERIEL A UTILISER

Pour exercer une compression de type II, nous utiliserons des bandes type Biflex.

L'idéal serait des bandes Biflex® étalonnées.

(Le rectangle noir sur la bande devenant carré à l'étirement).

III. TECHNIQUE DE POSE

L'infirmière commence par faire deux spires sur la racine des orteils.

Une troisième spire sur le talon

La quatrième spire devant la cheville

Ensuite on remonte en tours circulaires jusqu'aux genoux.

Il faut évaluer la longueur de la bande. A chaque spire, la bande recouvre le "carré" noir d'étalonnage ou les 2/3 de la bande si non étalonnée.

Ne jamais faire plusieurs spires sous le genou.

Il faut **toujours** prendre le talon.

Il existe des coussinets type varico qui se mettent sous la bande, afin de combler les trous (malléole) pour que la pression soit la même partout.

Important :

Dans tous les cas, mettre la bande au lever du patient même si le pansement n'est pas encore refait.

IV. ROLE DE L'INFIRMIERE

Avant la pose :

L'IDE vérifiera l'état du matériel et l'état cutané du patient.

Pendant la pose :

Geste simple qui ne doit jamais être douloureux.

Après ¼ heure, l'infirmière veillera à ce que la bande ne soit pas trop serrée (niveau orteils, niveau genou).

Au retrait de la bande :

L'IDE examinera l'état de la peau (allergie, irritation) l'état de la jambe (œdème), s'il y a problème d'allergie à la gomme, il faut placer un jersey de coton tubulaire avant la pose de la bande. Et également pour conserver une bande propre, placer un jersey de coton tubulaire sur le pansement avant la pose.

Entretien de la bande :

Dans l'idéal les bandes de contention se lavent à la main au savon, à l'eau douce (pas plus de 30°C) et doivent être séchées à plat (surtout pas sur une source de chaleur : radiateur).

Ces consignes pourront être données à la sortie du patient.

Pour l'hôpital de Remiremont, les bandes souillées doivent être mises dans un filet qui sera mis dans un sac à rayures rouges (les sacs à rayures rouges sont lavés à 30°C).

Cas particulier D'une manière générale, une contention jusqu'au niveau du genou est suffisante. L'articulation de la cheville doit être mise à l'équerre. Mais parfois la contention doit être posée au-dessus du genou niveau racine de la cuisse. Dans ce cas, bien choisir la longueur de la bande. Éviter de prendre deux bandes, ce qui pourrait provoquer une hyper pression.

III LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES DIABETIQUES

D'après : *Traitement local du pied diabétique neuropathique : maintenant et demain*
C Parer-Richard Unité de prise en charge du Pied diabétique
Centre Médical 30240 Le Grau du Roi CHU Nîmes
Journal des Plaies et Cicatrisations Spécial Tome V n°22 mai 2000

La prise en charge d'une plaie chez un patient diabétique se doit d'être globale : en plus des mesures locales, il faut s'assurer que l'équilibre métabolique soit correct, faire le bilan des complications du diabète, en particulier rénales, qui peuvent alourdir le pronostic et vérifier l'état nutritionnel des patients souvent âgés et dont l'apport protéique est parfois insuffisant.

Avant toute prise en charge de la plaie proprement dite, un bilan local initial est indispensable, permettant notamment d'évaluer le degré d'extension de la plaie et sa gravité, l'existence d'une infection associée. De ce bilan et de la classification de la plaie dépendra la conduite thérapeutique.

Quatre étapes se succèdent dans la prise en charge :

- la décharge
- la détersion
- le nettoyage
- le recouvrement de la plaie

1) La décharge

Elle est toujours indispensable à l'obtention de la cicatrisation. L'alitement permet une décharge complète mais il est contraignant et à long terme peu respecté par le patient. Il doit être imposé à la phase aiguë initiale de la prise en charge, d'autant qu'il existe une infection, ou en cas d'aggravation des lésions. En dehors de ces situations, d'autres solutions doivent être proposées. Le port de chaussures de type Barouk ou Sanital peuvent être utilisées en sachant qu'il ne s'agit pas de dispositifs de marche mais uniquement d'appui. D'autres proposent des chaussures adaptées avec des semelles évitant l'appui de l'ulcère. Enfin certaines équipes utilisent des bottes plâtrées complètes classiques avec fenêtre pour visualiser la plaie ou amovible, ce qui pose le problème de la compliance.

2) La détersion

Elle a pour but d'éliminer les tissus nécrotiques qui retardent la cicatrisation et augmente le risque d'infection.

- La détersion chirurgicale agressive, large permet de visualiser entièrement la plaie avec souvent une cicatrisation secondaire plus rapide. Elle doit faire appel à un chirurgien expérimenté.

- La détersion mécanique est plus minutieuse et plus lente. Elle doit être régulière et touchera, outre les zones nécrotiques, les berges de la plaie en retirant l'hyperkératose qui enserre et étouffe la plaie, retardant la cicatrisation.
- La détersion autolytique est le processus naturel d'élimination des tissus nécrotiques, facilité par le maintien d'un microclimat humide que permettent les pansements modernes.
- La détersion chimique ou enzymatique est peu utilisée car non sélective et trop agressive.

3) Le nettoyage

Les bains de pieds ou le savonnage favorisent la macération et les infections. Les antiseptiques sont peu recommandés car accusés de détruire les bourgeons en cours de formation. La plupart des équipes utilisent le sérum salé sous pression qui permet le retrait atraumatique des débris nécrotiques de la plaie.

4) Le recouvrement

Il doit favoriser le processus de cicatrisation, drainer les exsudats, protéger la plaie des agressions externes. Les pansements modernes créent un micro-climat humide, bénéfique à tous les stades de la cicatrisation, et permettent une résorption contrôlée des exsudats. Ils maintiennent une température physiologique et jouent un rôle de barrière mécanique et bactériologique. Enfin leur retrait est atraumatique.

Les pansements modernes sont :

Les hydrocolloïdes

Les alginates

Les hydrogels

Les hydrocellulaires

Les hydrofibres

Les pansements au charbon

Les produits en développement, non encore commercialisés sont :

Les facteurs de croissance

Les substituts cutanés

Les peptides synthétiques

De grands progrès ont été réalisés dans la conception des pansements utilisables chez les patients diabétiques, mais il existe une grande dissociation entre les avantages technologiques et l'efficacité pratique. L'essentiel de la prise en charge repose encore dans la décharge et le débridement. L'éducation doit rester également une mesure fondamentale, visant notamment à limiter les récurrences des ulcérations, encore trop fréquentes chez le diabétique.

IV AUTRES PLAIES CHRONIQUES

1) Les écorchures et peaux fragiles

Les personnes âgées ont souvent la peau fragile, voire très fragile et les écorchures sont fréquentes.

Il est souhaitable de ne pas utiliser de sparadrap ou de film adhésif qui abîmerait encore plus la peau au point d'ancrage.

Une compresse URGOTUL (colloïde léger non adhésif) fixée par une bande extensible type Nylex est préférable.

2) Les gastrostomies

La période post-opératoire n'est pas envisagée ici.

La peau doit être nettoyée au savon doux et à l'eau, séchée à l'aide de compresses.

Une pâte de protection péristomiale (Stomahésive) peut être utilisée pour protéger la peau des agressions du liquide gastrique.

REMERCIEMENTS

Que soient ici remerciées toutes les personnes qui ont participé à ce travail, par leur réflexion, par leur expérience quotidienne des soins de plaies, par la relecture de cet ouvrage, mais surtout par leur volonté d'aller de l'avant et d'améliorer les soins apportés aux patients porteurs de plaies chroniques.

Les nouveautés thérapeutiques mises sur le marché sont notre chance, mais la volonté de les utiliser, au risque de changer ses habitudes, ne dépend que des personnes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DES ESCARRES (EPUAP)
European Pressure Ulcer Advisory Panel
SOINS n° 642 janvier/février 2000 document en annexe
- 2) LES ESCARRES PREVENTION travail Lorrain réalisé en collaboration avec la
Cellule Régionale d'Hygiène de Nancy 1998/1999
- 3) Guide pour le traitement ambulatoire des plaies chroniques et des brûlures
Edition 2000
Edité par Compliance Réseau des Médecins/ Initiative Santé BERLIN
Allemagne
- 4) JPC Journal des Plaies et Cicatrisations, l'ensemble des numéros depuis 1997
- 5) CPC Conférence Nationale des Plaies et Cicatrisation : actes des congrès de
1997/1998/1999/2000