

PLAIES et CICATRISATION
« Savoir bien faire ...
et savoir passer la main »

Dr Sophie DUJARDIN

Dr Michael WILLERY

Clinique de la Victoire - TOURCOING

Pôle gériatrie - RAMSAYSANTE

Plaies

Prise en charge d'une plaie

Adopter une démarche médicale rigoureuse
devant chaque plaie



Diagnostic

- Étiologie ?
- Facteurs de retard de cicatrisation ?



Pronostic

- Gravité ?
- Complications ?
- Risques ?

Étiologie

Escarre

Hyper
appui



Décharge, Mobilisation
Prise en charge globale



Étiologie



Pied diabétique

Neuropathie

AOMI



Revascularisation ???

Décharge permanente et totale

Risque infectieux +++++

Recommandations → toute plaie du pied diab. devrait être vue (cs ou télé expertise) dans les 48 heures

Étiologie

Ulcères de jambe

Vasculaire

MICROvasculaire

Non vasculaire



Étiologie parfois multiples



Facteurs de retard de cicatrisation

Généraux

- ✓ Âge
- ✓ Hypoxie
 - Anémie
 - Ischémie
 - Œdème
- ✓ Douleur
- ✓ Dénutrition et Carences
- ✓ Immunodépression
- ✓ Médicaments

Locaux

- ✓ Tissus dévitalisés
 - Nécrose / fibrine / hématome
- ✓ Corps étrangers
 - Os / tendon / calcifications / prothèse
- ✓ Exsudats
- ✓ Germes

Pansement

Humains

- ✓ Patient
 - Pronostic global
 - Compliance
 - Tolérance
- ✓ Professionnels
 - Connaissances
 - Compétences
 - Disponibilité

Complications

Hémorragie

Infection

Douleur

Cancérisation

- ✓ Parties molles
 - Érysipèle / fasciite
 - Abscess
- ✓ Structures sous cutanées
 - Os / tendon / prothèse
- ✓ Sepsis
- ✓ Endocardite



Prise en charge d'une plaie

Adopter une démarche médicale rigoureuse
devant chaque plaie



Diagnostic

- Étiologie ?
- Facteurs de retard de cicatrisation ?



Pronostic

- Gravité ?
- Complications ?
- Risques ?



Avis spécialisé (cs / télé expertise) si ...

- La plaie évolue depuis plus de 6 semaines
- Toute plaie du pied diabétique
- Plaie à risque → tendon / os / prothèse
- Patient à risque → patient âgé / immunodéprimé
- Échec > 3 types de pansements

Prise en charge d'une plaie

Adopter une démarche médicale rigoureuse
devant chaque plaie

Ne pas croire au « bon pansement » ou au
pansement « miracle »

Retard de cicatrisation
... il y a (presque)
toujours une autre
cause que le pansement



Avis spécialisé (CS ou télé expertise) si ...

- Échec > 3 types de pansements
- Résistance aux traitements locaux

**Points clé dans
La prise en charge ...**

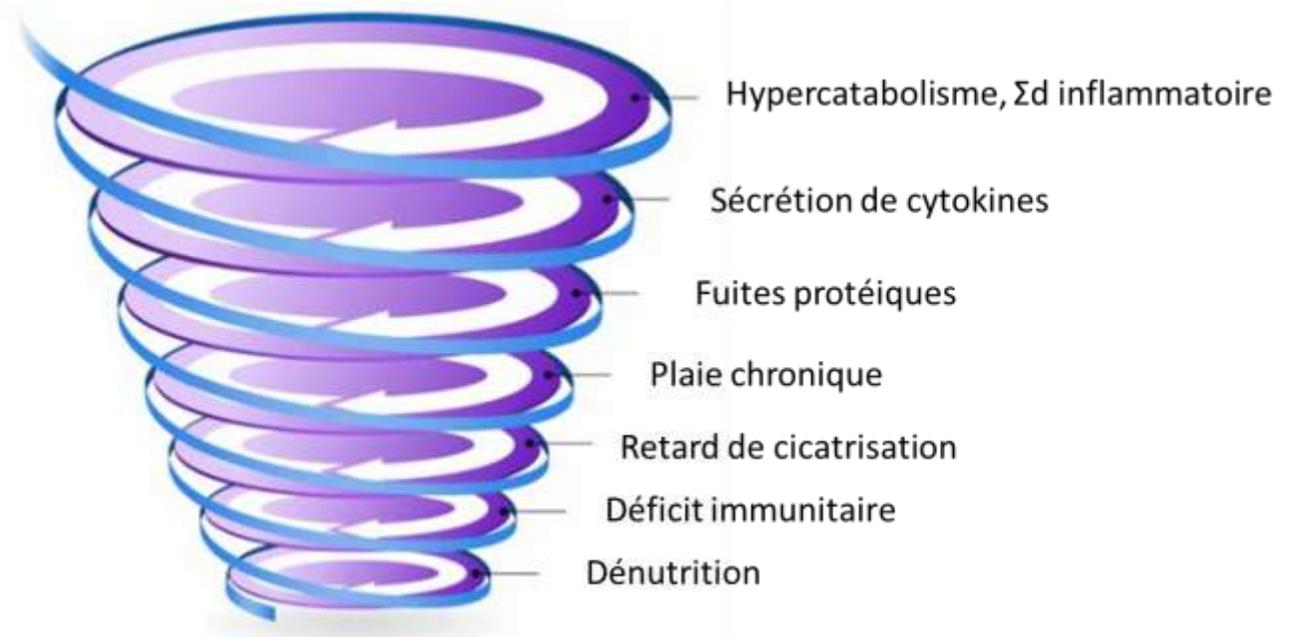
Dénutrition

Besoins métaboliques & Cicatrisation Plaies chroniques

- Besoins énergétiques
- Protéines
- Vit C / A

Conséquences de la dénutrition

- ↓ synthèse du collagène (A / Vit C)
- Inflammation



Spirale de la dénutrition

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus

Novembre 2021

L'essentiel

- La dénutrition est un problème majeur de santé publique qui concerne plus de 2 millions de personnes en France¹.
- Le diagnostic de dénutrition repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique.
- Depuis avril 2018, de nouvelles courbes d'indice de masse corporelle (IMC) pour les enfants s'appliquent au diagnostic de la dénutrition².
- Le seuil de dénutrition selon l'IMC est plus élevé chez la personne de 70 ans et plus.
- L'albuminémie n'est pas un critère diagnostique ; c'est un critère de sévérité de la dénutrition.
- Une fois le diagnostic de dénutrition établi, la sévérité de la dénutrition est établie selon les seuils d'IMC ou de pourcentage de perte de poids ou d'albuminémie.
- Un IMC normal ou élevé n'exclut pas la possibilité d'une dénutrition (une personne en surpoids ou obèse peut être dénutrie).
- Le poids doit être mesuré à chaque consultation et/ou hospitalisation et renseigné dans le dossier médical.

Diagnostic de la dénutrition de l'adulte (70 ans et plus)

Une dénutrition est-elle présente ?

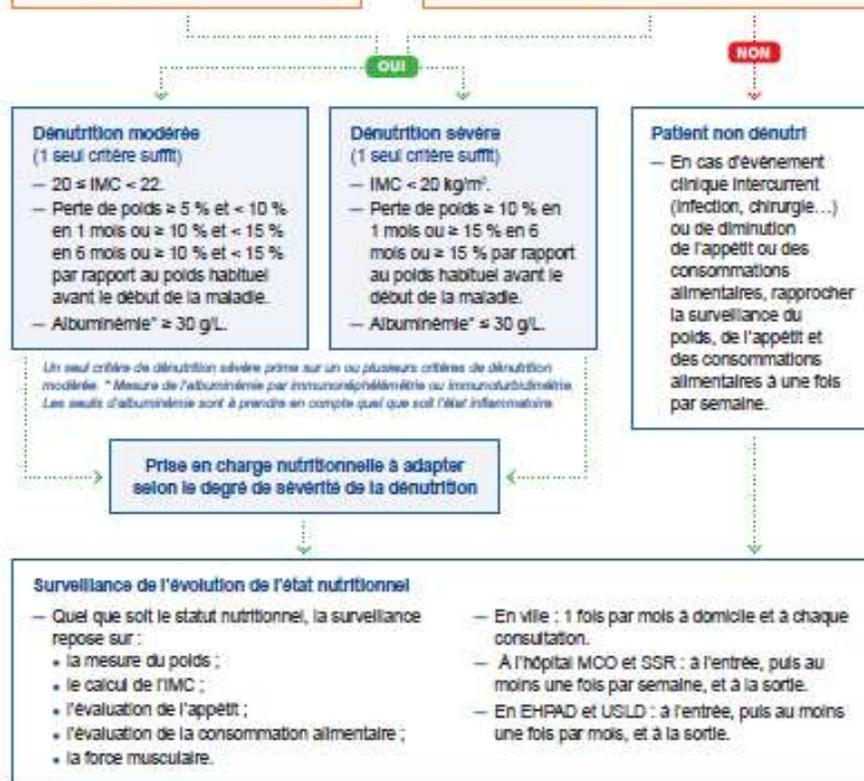
Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.



Dénutrition

Majorer les apports énergétiques et protéiques



7g /100g



4,7 g /100g



9 g /100g



3g /100g



5g /100g



20 g /100g



11 g /100g



8g /25g
3 c .à .soupe



13g /œuf
6g /jaune



28 g /100g



3,2 g /100g

Apports
protéinés



1CàS: 80Kcal



1 CàS: 75 à 90 KCal



129 Kcal/100g

Apports
énergétiques

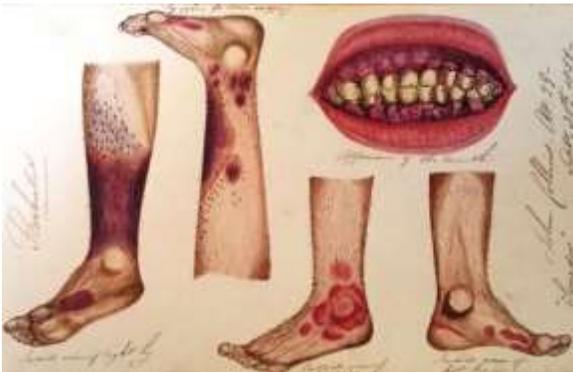
Patient 55kgs / Besoins en protéines

- Non dénutri → 44 g / jour
- Dénutri → 66 à 82 g / jour (1,2 à 1,5 g / kg / j)

Dénutrition

Vitamine C et Cicatrisation

- Co-facteur de la synthèse du collagène
- Fréquence de l'hypovit C
 - 80% patients hospitalisés
- Dosage non remboursé
- Supplémentation systématique
 - 1g / j
 - Durée : 1 à 2 mois
 - Conseils diététiques



Exploration vasculaire & Plaies chroniques

Exploration veineuse

Quand ?

- Tout ulcère de jambe → 1^{ère} cs

Chez qui ?

- Méd vasculaire +++++

Pourquoi ?

- Réseau profond (post TVP)
- Réseau superficiel
 - Sclérose ?
 - Radiofréquence
 - Laser ?



Exploration vasculaire & Plaies chroniques

Exploration artérielle

Quand ?

- 1^{ère} CS
 - Tout ulcère ++++++
 - Toute plaie du pied
- Pendant le suivi
 - Aggravation plaie / douleur

Que faut-il en attendre ?

- Anatomie → sténoses / thromboses
- Flux
- Pressions → cheville / orteil



Chez qui ?

- Méd vasculaire +++++

Pourquoi un doppler A ?

- Rechercher une ischémie critique
- Indication chirurgicale ????????



Ischémie critique

Douleur de décubitus
Ou troubles trophiques > 15j

&

Pression cheville < 50 mmHg
Ou Pression orteil < 30 mm Hg

Attention à l'IPS chez ...

- Patients âgés
- Diabétiques
- Insuffisants rénaux

Exploration vasculaire & Plaies chroniques

Exploration artérielle

Pourquoi un doppler A ?

- Rechercher une ischémie critique
- Indication chirurgicale ????????

Quid de l'exploration vasculaire chez le patient âgé difficile à transporter ?

- Objectif curatif → indispensable
 - Contexte palliatif
 - Refus de chir
 - Altération EG
 - Grabataire non opérable
 - Rétraction fixée
- non indispensable
→ soins de confort / palliatif
→ évaluation gériatrique

Ischémie critique

Douleur de décubitus
Ou troubles trophiques > 15j

&

Pression cheville < 50 mmHg
Ou Pression orteil < 30 mm Hg



Exploration vasculaire & Plaies chroniques

Exploration artérielle

Pourquoi un doppler A ?

- Rechercher une ischémie critique
- Indication chirurgicale ????????

Ulcère artériel / mixte / IPS et compression

- **Dogme** → pas de compression si AOMI
- **OEdème** → absence / retard de cicatrisation
 - Présence d'un œdème pour tout ulcère
- **Discuter compression pour tout ulcère**
- **Intérêt de la compression « adaptée » dans les ulcères mixtes**
 - Drainage œdème
 - Amélioration microcirculation
 - Réduction hypoxie tissulaire
 - Effet antalgique

Ischémie critique

Douleur de décubitus
Ou troubles trophiques > 15j

&

Pression cheville < 50 mmHg
Ou Pression orteil < 30 mm Hg

CLASSIFICATION des affections veineuses chroniques: *classification CEAP*

C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Symptomatique : jambes lourdes fourmillements	Télangiectasies, (varicosités) varices réticulaires Ø < 3mm	Varices Ø > 3mm	Oedème	Troubles trophiques	Ulcère fermé	Ulcère ouvert non cicatrisé
						

Description des stades cliniques de l'insuffisance veineuse

C : Clinique

E: Etiologie

A : Anatomie

P: Physiopathologie

Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. J Vasc Surg 1995;21:635-45

Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Glovicski P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J Vasc Sur 2004;40:1248-52

Meissner et al. Primary chronic venous disorders. J Vasc Surg 2007;46:54S-67S

CONSÉQUENCES DE L'ŒDÈME

- Douleurs
- Hypoxie péri-lésionnelle
- Absence de rétraction des
- Exsudat:
 - Inflammation chronique
 - Prolifération bactérienne
 - Macération des berges



ULCÈRE VEINEUX OU ARTÉRIEL?

Ulcère veineux

- Grande taille
- Péri malléolaire, 1/3 moyen mollet
- Peu douloureux
- Rarement nécrose sèche
- Dermite ocre, varices...
- Œdème souvent présent
- Femme >50ans



Ulcère artériel

- Petite taille, à l'emporte pièce
- Rapidement extensif, bords abruptes
- Très douloureux
- Nécrotique
- Peau péri lésionnelle sèche dépilée
- Abolition des capillaires péri
- Homme



ETIOLOGIE DE L'ULCÈRE

• Rechercher des signes d'AOMI associée:

- Facteurs de risques (*tabac, HTA, dyslipidémie, diabète, sédentarité, excès de poids*)
- Signes cliniques (*douleurs à la marche = claudication intermittente, douleurs de repos, troubles trophiques*)
- Recherche **pouls périphériques** (pédieux, tibial postérieur, poplité, fémoral)
- Contrôle du TRC (N<3sec)
- Mesure de l'**IPS** (Index de Pression Systolique)
 - 0,9<IPS<1,3: veineux pur (absence d'AOMI)
 - 0,7<IPS<0,9: mixte à prédominance veineuse (AOMI associée)
- **Echo-doppler** veineux et/ou artériel

DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE COMPRESSION

• Type :

➤ Bas :

- Chaussettes
- Bas-cuisses
- Collants

➤ Bandes :

- Sèches inélastiques (*<10% allongement*)
- À allongement court (*10-100% allongement*)
- Élastiques à allongement long (*>100% allongement*)
- Multitypes

• Niveaux de compression :

➤ Classe I

➤ Classe II

➤ Classe III

➤ Classe IV

BANDES DE COMPRESSION:

Bandes élastiques à allongement long

- Étirement >100%
- **Pression de repos élevée:**
 - Efficaces surtout au repos
 - Retrait pour la nuit
 - Risque de mauvaise tolérance
 - Risque cutané important
- **Faible pression au travail:**
 - Effet « anti-œdème » moins ir_
- **Mise en place:**
 - Facilitée par étalonnage
 - Formation nécessaire aux différentes tech
 - Recouvrement ($\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$, ...) selon pression souh
- **Non recommandées par l'HAS à partir du**
- Lavables (jusqu'à 6 fois)
- Remboursement LPPR



BANDES DE COMPRESSION:

Bandes à allongement court

- Étirement <100%
- **Faible pression de repos:**
 - Meilleure tolérance
 - Laissées 24h/24, et plusieurs jours de suite (4j)
- **Pression de travail élevée:**
 - Effet « anti-œdème » +++
 - Effet drainant
- **Mise en place:**
 - Pose plus facile, moins « risquée »
 - Prévoir protection de la peau (jersey tubulaire, ouate, ...)
 - Pas indispensable avant le lever
- **Recommandées par l'HAS (stade C3, C4a, C4b, C4c, C5a, C5b, C5c, C6) et si IPS >0,8**
- Lavables (jusqu'à 50 fois à 40°C)
- **Remboursement LPPR** (Rosidal K® stade C6)



COMPRESSION MULTITYPE

- **Principe :**

- Compression non élastique à allongement court (efficace en activité) + élastique à allongement long (efficace au repos) (UrgoK2®)

ou

- Compression bi-bandes à allongement court semi-cohésives (Coban 2®, Coban 2 lite®)

- Efficace sur **toutes les zones** de la jambe

- Système à usage unique **laissé 24h/24**

- Peut rester en place de **2 à 7 jours**



COMPRESSION MULTITYPE

- **Indications:**

- Ulcère d'origine veineuse ou à composante veineuse prédominante (*recommandé en 1^{ère} intention au stade C6*)
- Edèmes pour des patients peu compliants à la compression veineuse

- **Contre indications:**

- AOMI sévère avec **IPS <0,8** (<0,5 pour Coban 2 lite®)
 - Infection
- A éviter si plaie trop exsudative
 - Pose par **IDE formé+++**

COMPRESSION MULTITYPE : *Mise en place*

UrgoK2

®



RECOMMANDATIONS de l' HAS (2010)

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3 mm (stade C2)	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg 	▶ Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	<ul style="list-style-type: none"> bas indiqués pour les varices ou bandes sèches à allongement court 	▶ 4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court ou long 	▶ Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques
Pigmentation, eczéma veineux (stade C4a)	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes enduites 	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (stade C4b)	<ul style="list-style-type: none"> bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes enduites ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique) 	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou > 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court 	
Ulcère ouvert (stade C6)	<ul style="list-style-type: none"> bandages multitypes en première intention ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes enduites ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg 	▶ Jusqu'à cicatrisation complète

La pression à retenir est la plus forte supportée par le patient.

Prescription d'une compression

- Préciser le **type de compression**: bande ou bas
- Pour les bandes à **allongement court**: préciser largeur, longueur (et nom de marque)
- Pour les **compressions multitypes**: préciser taille, fréquence de renouvellement, durée
- Pour les **bas**: préciser classe, hauteur (chaussettes, bas-cuisse, collant) et mesures



Prescription d'une compression

- Prescription **médicale, renouvelable tous les 6 mois**
- Préciser **modalités de pose** si besoin (avant le lever pour l'allongement long)
- **Aides techniques** si nécessaire (ex: enfile-bas)
- **Aide « humaine »** si nécessaire (prescription soins IDE à domicile)
- **Réévaluer** la prescription régulièrement (type classe, taille // évolution œdème)



Exploration vasculaire & Plaies chroniques

Quelle compression ?

- ✓ **Pas de bandes à allongement long** (Biflex 16+®) ++++++
- ✓ **Si AOMI ou doute**
 - Allongement court → Rosidal® ou Comprilan®
 - **Absence certaine d'AOMI**
 - Allongement court
 - Multi type → Kit Biflex short stretch® ou Urgo K2®
- ✓ **Bandes avec précaution chez patient âgé / amyotrophique / protection reliefs osseux**



Bêtisier



Bêtisier



Bêtisier





AMPUTATION



- ✓ Bandes inadaptées
- ✓ Absence d'exploration artérielle
- ✓ Patient amyotrophique / dénutri

Pansements

La jungle des pansements

Hydrocolloïdes

Alginates

Charbon actif

Hydrogel

Fibres à haut pouvoir
d'absorption

Film polyuréthane

Hydrocellulaires
À capacité d'absorption moyenne

Irrigo absorbants

Fibres de CMC

Interfaces

Hydrocellulaires
À capacité d'absorption importante

Pansement au DACC

Fibres de
polyacrylate

Tulles vaselinés

Super absorbants

Pansement au NOSF

Acide hyaluronique

Miel

Pansement au PHMB

Rôle d'un pansement

- Pansement primaire → au contact de la plaie
- Objectifs
 - Milieu humide optimal → Gérer les exsudats ++++++
 - Favoriser la détersion
 - Limiter / Réduire la prolifération bactérienne
 - « Stimuler » la cicatrisation
 - Confort et vie sociale
- Aucun intérêt de superposer des psmts primaires

Comment s'en sortir ?

Classification simple

Maîtriser une gamme
(ultra) réduite de psmt

Lutter contre le mythe du
« bon pansement »



Gestion optimale du milieu humide

Classification simple

Psmts qui apportent de l'humidité

- Hydrogel

- Hydrocléan®

- Hydrocolloïde

Psmts qui absorbent l'humidité

- Alginate s

- Fibres
 - CMC (Aquacel®)
 - PVA (Exufiber®)
 - Polyacrylate (Urgoclean®)

- Hydrocellulaires

- Super absorbant

Psmts qui entretiennent une humidité standard

- Tulles vaselinés

- Interfaces
 - Lipidocolloïde (Urgotul®)
 - Silicone (Mepitel® / Adaptic®)

Psmts « actifs »

- Anti infectieux
 - Argent
 - Sorbact®
 - Antiseptique

- Booster
 - Ac hyaluronique®
 - Urgostart®

- Miel

- Anti odeur
 - Charbon
 - Cannelle

Limiter & rationaliser le choix

Psmts qui apportent de l'humidité

• Hydrogel

• Hydrocléan®

• Hydrocolloïde

Psmts qui absorbent l'humidité

• Alginate
s

• Fibres
• CMC (Aquacel®)
• PVA (Exufiber®)
• Polyacrylate (Urgoclean®)

• Hydrocelluloses

• Super absorbant

Psmts qui entretiennent une humidité standard

• Tulles vaselinés

• Interfaces
• Lipidocolloïde (Urgotul®)
• Silicone (Mepitel® / Adaptic®)

Psmts « actifs »

• Anti infectieux
• Argent
• Sorbact®
• Antiseptique

• Booster
• Ac hyaluronique®
• Urgostart®

• Miel

Avis personnel → psmts indispensables

Psmts qui apportent de l'humidité

- Sorbact hydrogel ®

Psmts qui absorbent l'humidité

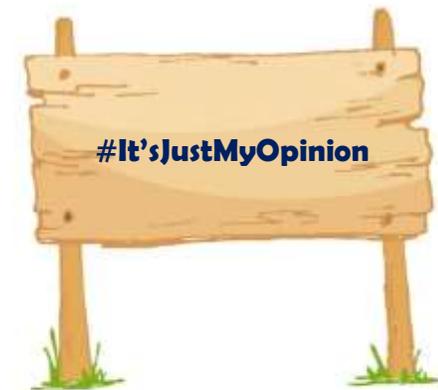
- Algostéril ® (humidifier avec SSI pour Hémostase)
- Aquacel® / Aquacel foam ® / Urgoclean ®
- Super absorbant non siliconé → Drymax ® / Resposorb® / Convamax®

Psmts qui entretiennent une humidité standard

- Urgotul ®

Psmts « actifs »

- Sorbact ®
- Urgostart ®



Sorbact®

- Anti-infectieux → mécanisme d'hydrophobie
- Indication → plaies infectées
 - Cavitaire ou superficielle ou fistules
 - Exsudatives ou non
- 3 formes
 - Sorbact psmt absorbant
 - Sorbact hydrogel
 - Sorbact super absorbant
- Pour les plaies cavitaires / fistules
 - Prescrire Sorbact psmt absorbant
 - Désolidariser le tulle
 - Mécher avec le tulle vert



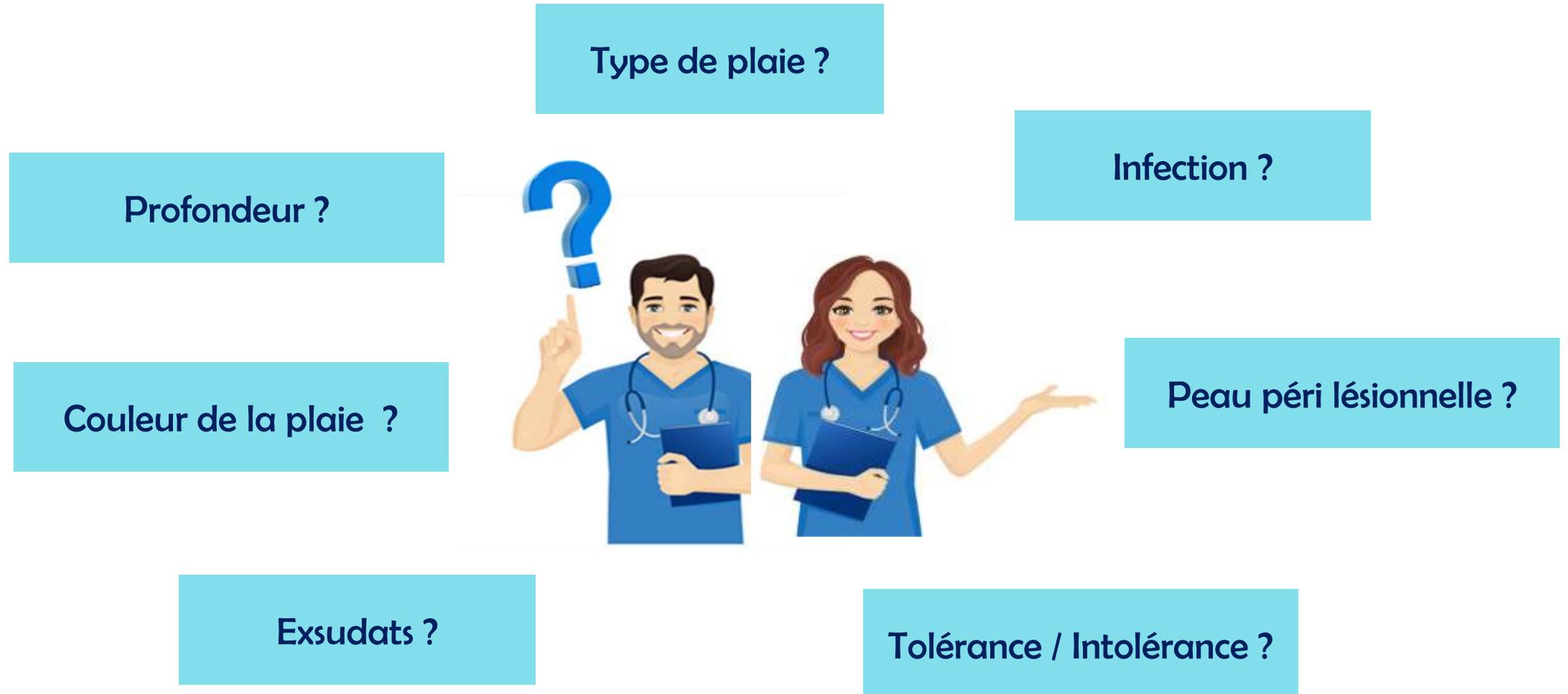
Super absorbants



- Hydrocellulaires super absorbant
- Poly acrylate (couche BB / serviettes hygiénique)
- Indication → plaies
- Risques
 - Adhérence ou trauma au retrait
 - Si pb → Urgotul® + Super absorbant
- Lequel ?
 - Les + absorbant → Drymax Easy® et Resposorb®Convamax ®
 - Attention aux formes siliconées → irritation



Comment choisir un pansement ?



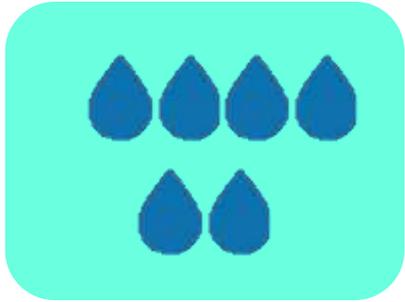
Comment choisir un pansement ?

Nécrose

Fibrine

Bourgeonnement

Épidermisation



Plaie cavitaire ?

Peau péri lésionnelle ?

- Normale
- Macérée
- Eczéma

Plaies exsudatives



~~Hydrogel (Purilon® /~~

~~Duoderm gel®)~~

- Hydrocolloïdes
- Hydroclean®
- Hydrocellulaires siliconés
 - Mepilex® / Biatain® / Allevyn® ...



- Algostéril®
- Aquacel®
- Super absorbant (+/- Urgotul®)

• Plaies spécifiques

- Ischémie critique
- Angiodermite
- Pyoderma gangrenosum
- Plaies infectées
- Exposition osseuse / tendon / prothèse
- Malléoles
- Berges décollées

• PPL particulière

- Dermite d'irritation / eczéma / érosion
- Sclérose cutanée
- Atrophie cutanée

Plaie sur peau âgée Déchirures cutanées



- Adhésifs
- Strip
- Tulle gras vaseliné
- Psmt humides



- Urgotul ®+++++
- + psmt américain et Tubifast®





Plaies ischémiques

- Ulcère artériel
- Ulcère mixte
- Pied diabétique



- Psmts humides
- Psmts occlusifs
- Psmts adhésifs



- Urgotul ® + Super absorbant



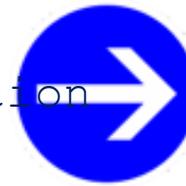
- Aquacel ® + Psmt américain



Escarre talon



- Risques
 - Exposition os / tendon
 - Infection
- Psmt humide / occlusif avec précaution
- Vérifier AOMI ????
 - Si présence → pas de psmt humide



- Détersion mécanique à minima
- Nécrose humide → momifier
 - Psmt sec
 - Aquacel ® / Algosteril ® / Sup
- Nécrose sèche
 - Scarifier
 - +/- psmt humide si besoin

Dermocorticoïdes en cicatrisation

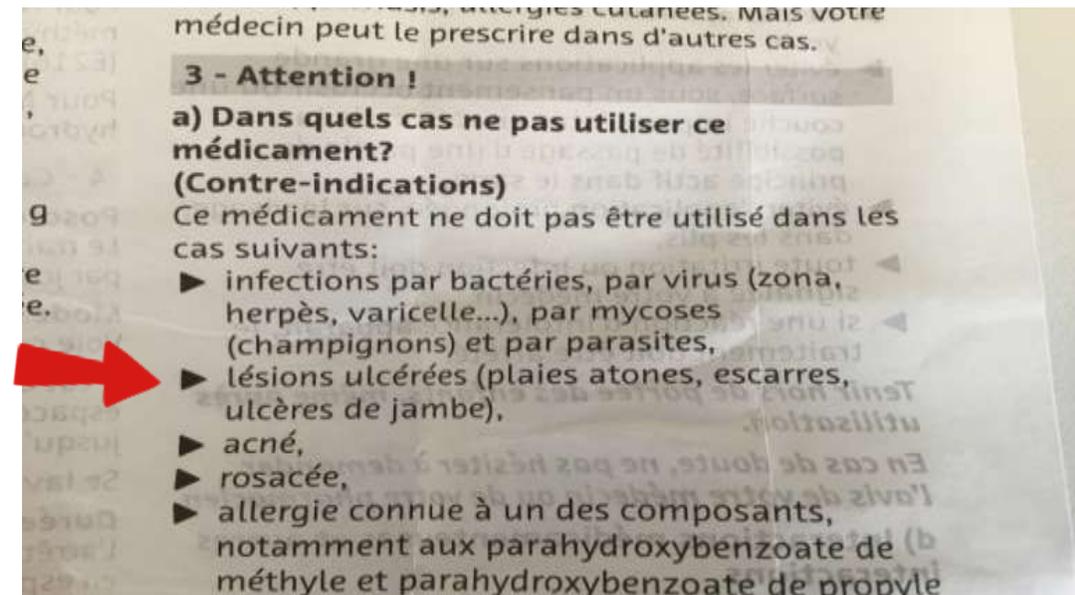
Entre dogme et réalité ...

- **Dogme (mythe)** → pas de dermocorticoïde sur des plaies
 - Peu de littérature sur l'effet délétère

Image of the Nérisonne product box. The text on the box includes:

Nérisonne[®] crème/pommade/gras (pommade anhydrique)
diflucortolone valérate

3 - Attention !
a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament? (Contre-indications)
Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants:
▶ infections par bactéries, par virus (zona, herpès, varicelle...), par mycoses (champignons) et par parasites,
▶ lésions ulcérées (plaies atones, escarres, ulcères de jambe),
▶ acné,
▶ rosacée,
▶ allergie connue à un des composants, notamment aux parahydroxybenzoate de méthyle et parahydroxybenzoate de propyle



Entre dogme et réalité

- **Dogme (mythe)** → pas de dermocorticoïde sur des plaies
 - Peu de littérature sur l'effet délétère
 - Peu de littérature sur un effet bénéfique
- **Pourquoi les utiliser ?**
 - Effet anti inflammatoire → plaie = inflammation chronique
 - Effet anti prolifératif
 - Hyper-bourgeonnement
 - Cicatrice hypertrophique
 - Chéloïde
 - Effet immuno-suppresseur
 - Eczéma péri lésionnel

En pratique

Indications « obligatoires »

- ✓ Plaies d'étiologie spécifique
 - Pemphigoïde bulleuse
 - Pyoderma gangrenosum



En pratique

Indications « obligatoires »

✓ Plaies d'étiologie spécifique

- Pemphigoïde bulleuse
- Pyoderma gangrenosum



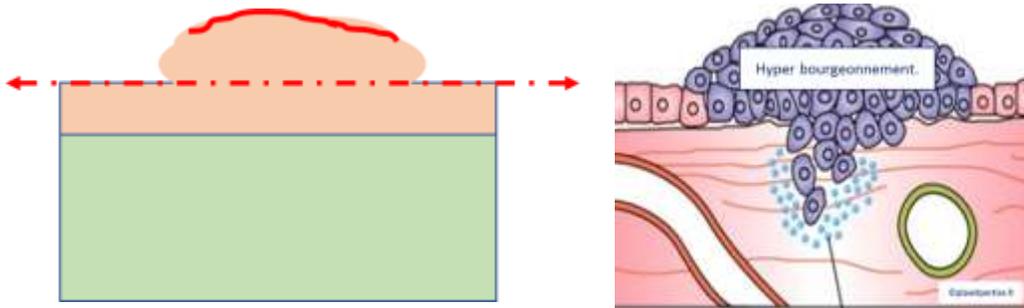
✓ Atteinte peau péri lésionnelle

- Eczéma / Dermite d'irritation
- Dermatose érosive et pustuleuse



Hyper bourgeonnement (HB)

- ✓ Lésion bourgeonnante « en relief »
 - Prolifération cellulaire



Toujours évoquer une lésion tumorale

- Si HB ancien / chronique → biopsie
- Si HB récent / évolution « normale » de la cicatrisation
 - Dermocorticoïdes 4-6 jours
 - Psmt : Urgotul® (↓ traumatisme au retrait



**Vieux ulcères hyper bourgeonnants rebelles au ttt
> Méfiance +++++**



Dermocorticoïdes en pratiques

- **Décision et prescription médicale**
- **Contre-indication**
 - Érysipèle
 - Allergie
- **Classe II → Nérisone® / Diprosone®**
 - Crème ++++
 - Courte période selon indication : 4 à 6
 - Arrêt
 - Rapide si HB
 - Progressif si eczéma / dermatose érosive
 - Relais par émollient
 - Pas de mélange +++++
- **Quel pansement ?**
 - Lésion suintante
 - Urgotul® + psmt absorbant
 - Aquacel®
 - Lésion sèche
 - Urgotul®



Plaies infectées

Diagnostic d'une plaie « infectée »



Diagnostic exclusivement clinique

Diagnostic d'une plaie « infectée »



Situations qui vont nécessiter une antibiothérapie

Urgence

- ✓ Dermo hypodermite / Erysipèle
- ✓ Fasciite
- ✓ Abscesses

Sans urgence +++

- ✓ Exposition os / tendon / prothèse / calcifications

Situations qui ne nécessitent pas d'antibiotique

Critères d'infection locale

- ✓ Optimisation des soins locaux

Situations qui vont nécessiter une antibiothérapie

Érysipèle



Recommandations Antibiogilar → Amox / Pristinamycine / Clindamycine 7 j

Situations qui vont nécessiter un antibiothérapie

Érysipèle

Fasciite



Situations qui vont nécessiter un antibiothérapie

Érysipèle

Fasciite

Abcès



Situations qui vont nécessiter un antibiothérapie

Érysipèle

Fasciite

Abcès

Exp. os

Exp. tendon

Exp. prothèse

- Tttt médical → ATB
- Ttt chirurgical ?

- Aucune urgence à débiter les ATB
- Avis spécialisé rapide ++++++
- Prélèvements spécifiques

Exposition osseuse



Contact osseux à l'examen

Tendon à nu... tendon foutu !



Exposition de tendon

position de prothèse



Retour au chirurgien +++++

Critères d'infection locale

- ✓ Retard de cicatrisation / extension
- ✓ Douleur → apparition ou aggravation
- ✓ Couleur anormale de la plaie
 - Rouge brunâtre
 - Vert
- ✓ Tissu de granulation friable et hémorragique
- ✓ Apparition de nouvelles lésions satellites
- ✓ Exsudat → augmentation
- ✓ Odeur

Diagnostic clinique

- Aucun signe diagnostique précis
- Faisceau d'arguments
- Pas de prélèvement bactériologique de surface
- Pas d'ATB systématique





Plaies vertes



Tissu de granulation rouge-brunâtre



Majoration des exsudats / Odeur



« Slim » / Biofilm → glue épaisse

Prélèvements bactériologiques

- ✓ **Ecouvillons** → aucun intérêt
- ✓ **Si vous demandez un prélèvement ...**
 - Lavage eau + savon
 - Déterision
 - « Raclage » tissulaire des berges
- ✓ **Si écoulement purulent**
 - Prélèvement à l'aiguille
 - Seringue + KT +/- sérum physio
- ✓ **Si contact osseux**
 - Discuter une biopsie osseuse
- ✓ **Si tendon exposé**
 - Prélèvement chirurgical profond
- ✓ **Hémoc si DHB / Sepsis**



Quelle imagerie ?

Échographie

- Abscès
- Tendon



Contact osseux / Proximité osseuse / Tendon d'Achille → ostéite ?

- Radio
- Scanner ++++++
- IRM



Scinti osseuse aux PN marqués

- Suspicion d'ostéite
- Scanner litigieux



Plaie infectée → quelle prise en charge ?

- Soins quotidiens ++++
- Lavage eau + savon
- Aucun antiseptique
- Aucun ATB local
- Vérifier VAT

- Psmt sec et absorbant
 - Plaie profonde → mécher
 - Algosteril ®
 - Aquacel ®
 - Sorbact tulle ®
 - Plaies superficielles
 - Algosteril ®
 - Aquacel ®
 - Sorbact tulle ®
 - Super absorbant

Plaies vertes



- Super absorbant
- Sorbact super absorbant



- Sorbact ®
- Algosteril ®
- (Aquacel urgoclean ®)



- Colonisation / Pyo
- Contre-Indication
 - Psmts humides
 - Psmts occlusifs
 - Antiseptiques



- Soins quotidiens
- Lutter contre œdème / exsudat
- Psmt secs et absorbants
- Psmt anti infectieux

Pansement argent ?????

- Aucune preuve d'efficacité
- « Eventuellement » sur une courte période
- Pas de remboursement

Plaies infectées superficielles



Plaies infectées cavitaires



- ✓ **Méchage de toute la cavité et des zones de décollement**
 - ✓ Tulle Sorbact®
 - ✓ Alginate ou Fibres à Haut Pouvoir d'Absorption

- ✓ **Pansement secondaire**
 - ✓ Selon exsudats → psmt américain ou super absorbant

Conclusion

Plaies chroniques

✓ Connaitre l'étiologie de la plaie
Mettre en place un ttt étiologique

✓ Connaitre les facteurs de retard de cicatrisation
(généraux / locaux / humains)
Les prendre en charge

✓ Connaitre les complications
Les prendre en charge

✓ Évoquer les risques liés à la plaie
Les anticiper → prise en charge spécifique

**Prise en charge insuffisante
et/ou tardive**



Perte de temps



Perte de chance



Prise de risque

Plaies chroniques

- ✓ Connaitre l'étiologie de la plaie
Mettre en place un ttt étiologique
- ✓ Connaitre les facteurs de retard de cicatrisation
(généraux / locaux / humains)
Les prendre en charge
- ✓ Connaitre les complications
Les prendre en charge
- ✓ Évoquer les risques liés à la plaie
Les anticiper → prise en charge spécifique

Faire un soin
Choisir un pansement







Ulcère de jambe



22.02.16



23.03.16

31.05.16

Ulcère de jambe



26.04.

16

13.07.16





Consultation Plaies et Cicatrisation
Clinique de La Victoire
03/20/11/50/07



Site de formation
www.plaiexpertise.fr

MERCI !!!