

# Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées

Par Kimberly LeBlanc, BScN, RN, ET, MN, IIWCC; Dawn Christensen, BScN, RN, ET, MHScN, IIWCC; Heather L. Orsted, MSc, RN, BN, ET; David H. Keast, MSc, MD, FCFP

## Résumé

L'Association canadienne pour le soin des plaies (ACSP) a publié les Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement de diverses plaies, notamment les ulcères de pression, les ulcères veineux de la jambe et les ulcères du pied diabétique. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a publié les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour l'évaluation et la prise en charge des ulcères de pression, des ulcères veineux des membres inférieurs et des ulcères du pied diabétique. Jusqu'à présent, il n'y a pas de recommandations ou de lignes directrices canadiennes pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées. Le but de cet article est de combler la brèche des recommandations manquantes (et non des lignes directrices).

Bien qu'il n'existe pas de lignes directrices canadiennes pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées, on peut extrapoler certaines preuves à l'appui pour la prise en charge des déchirures

cutanées, selon les lignes directrices de l'AIIAO dont *La prévention et le traitement des ulcères de pression* et les lignes directrices du National Guideline Clearinghouse pour la prévention des ulcères de pression et des déchirures cutanées.

Dans cet article, le processus décisionnel clinique pour la prise en charge et la prévention des déchirures cutanées peut être guidé par le cheminement de l'évaluation et du traitement des déchirures cutanées (voir page 34). On recommande au clinicien d'identifier et traiter les causes sous-jacentes, d'identifier et prendre en charge les besoins particuliers du patient, de suivre les pratiques des soins des plaies recommandées localement ainsi que d'envisager des traitements d'appoint, lorsque justifié. Les recommandations proclament la nécessité d'inclure des activités organisationnelles et éducationnelles qui facilitent la mise en œuvre des lignes directrices dans la pratique clinique.

**L**es déchirures cutanées sont le résultat d'un traumatisme à la peau dû au cisaillement, à la friction ou à un traumatisme contondant et sont souvent mal gérées. Les professionnels de la santé doivent apprendre à reconnaître quelles personnes sont à risque de déchirures cutanées, comment prévenir ces plaies, et comment les traiter quand elles surviennent.<sup>1</sup> Les déchirures cutanées sont sources de stress pour les patients et leurs proches en plus d'être souvent difficiles à traiter en raison des changements

physiques associés au vieillissement et aux maladies concomitantes. Les personnes âgées sont à risque plus élevé de déchirures cutanées en raison de la fragilité de la peau vieillissante, de l'écrasement de la couche de cellules basales et du ralentissement de la circulation. Plus de 1,5 millions de déchirures cutanées surviennent chaque année chez les adultes dans les établissements de soins de santé aux États-Unis.<sup>2</sup> Lorsque la cause des déchirures cutanées est connue, il est possible

*suite à la page 34*

Les soins appropriés des déchirures cutanées peuvent présenter un problème complexe pour les professionnels de la santé, puisque la littérature relative à la prévention et au traitement des déchirures cutanées est limitée. Suite à un recensement littéraire, les auteurs n'ont pas trouvé d'articles portant sur la prévalence et l'incidence des déchirures cutanées dans la population des personnes âgées du Canada.



IMAGE © ANDRÉS RODRÍGUEZ/SHUTTERSTOCK

## Your time is valuable: **STOP** wasting it treating preventable wounds.

New reports demonstrate the CAWC's Pressure Ulcer Awareness Program (PUAP) can reduce your prevalence as much as **57%** and your incidence as much as **71%**!

Put the evidence into practice . . . implement the PUAP. Save thousands of dollars in treatment costs and hundreds of hours in nursing time.

Find out more at [www.preventpressureulcers.ca](http://www.preventpressureulcers.ca)  
or e-mail us at [info@preventpressureulcers.ca](mailto:info@preventpressureulcers.ca).



Canadian Association  
of Wound Care

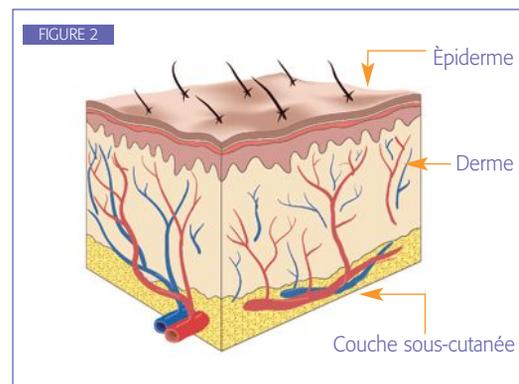


Association canadienne  
du soin des plaies

[www.cawc.net](http://www.cawc.net)

d'identifier qu'elles surviennent souvent à la suite des événements suivants : blessures en fauteuil roulant (25 pour cent), heurts accidentels d'objets (25 pour cent), transferts (18 pour cent) et chutes (12,4 pour cent). En 1991, Malone *et al.* ont mené une revue rétrospective pendant une année de rapports d'incidents notés au dossier dans un vaste établissement de soins prolongés. Ils ont conclu que 80 pour cent des déchirures cutanées survenaient sur les bras, spécialement aux avant-bras.<sup>3</sup> White, Karam et Cowell<sup>4</sup> concluent que les déchirures cutanées sont plus susceptibles de survenir durant les heures de forte activité – 6 h à 11 h et 15 h à 21 h. Baranoski<sup>5</sup> signale que les déchirures cutanées surviennent le plus souvent aux membres supérieurs. Cependant, elles peuvent survenir n'importe où sur le corps et peuvent même être prises à tort pour des ulcères de pression de Stade II au niveau des fessiers et dans le dos.<sup>6</sup>

La littérature récente, accorde davantage d'attention aux déchirures cutanées, mais aucun modèle de



Couches structurelles de la peau.

référence de prise en charge n'a été élaboré. Bien que la prévention des déchirures cutanées soit le centre d'attention primaire dans la prise en charge de ce problème, les professionnels de la santé œuvrant avec une population de personnes âgées doivent être équipés pour prendre ces plaies en charge lorsqu'elles surviennent.<sup>7,8,9</sup> En reconnaissant quels patients sont à risque de déchirures cutanées, en prévenant les blessures cutanées et en utilisant les pansements de façon appropriée, nous pouvons épargner à ces patients douleur et souffrance indues.<sup>10</sup>

**Recommandation 1 :** (Niveau de preuve : IV)

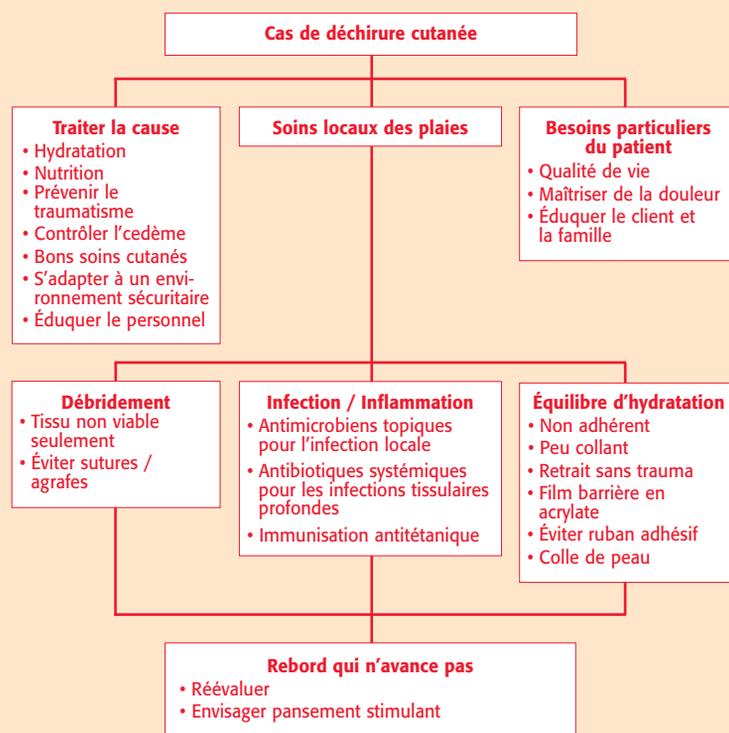
Obtenir une anamnèse complète du patient qui comprend l'état de santé général et identifier les facteurs de risque qui peuvent mettre le patient à risque de déchirures cutanées et les facteurs qui peuvent affecter la guérison des déchirures cutanées existantes.

**Discussion**

Les déchirures cutanées sont le résultat du cisaillement, de friction ou d'un traumatisme contondant qui entraîne la séparation des couches de la peau. Les plaies subséquentes sont d'épaisseur partielle ou pleine, selon le degré de lésion tissulaire.<sup>1</sup> Comparativement aux ulcères de pression, aux ulcères du pied diabétique, aux ulcères veineux des membres inférieurs et aux ulcères artériels, plus extensifs et plus coûteux, les déchirures cutanées sont souvent vues comme des plaies mineures et sans conséquences. En réalité, ces plaies peuvent être douloureuses et entraîner des complications si elles ne sont pas traitées de façon appropriée.<sup>17</sup>

FIGURE 1

**Cheminement de l'évaluation/du traitement des déchirures cutanées**



D'après Sibbald RG et al.<sup>35</sup> Réimprimé avec permission.

TABLEAU 1

## Guide de référence rapide : Prévention et traitement des déchirures cutanées

No	Recommandation	Lignes directrices de la RNAO (AIIAO) et du NGCH		Niveau de preuve
		Prévention	Traitement	
<b>Identifier et traiter la cause</b>				
1	Obtenir une anamnèse complète du patient qui comprend l'état de santé général et identifier les facteurs de risque qui peuvent mettre le patient à risque de déchirures cutanées et les facteurs qui peuvent affecter la guérison des déchirures cutanées existantes.	RNAO 1.1 (IV) NGCH (IV) RNAO 2.2, 3.8, 3.11, 3.12 (IV)	NGCH (IV) RNAO 1, 12,	IV  21(IV)
2	Identifier les personnes à risque élevé de déchirures cutanées.	RNAO 1.1, 1.2 (IV)	NGCH (IV)	IV
3	Soutenir la prévention des déchirures cutanées par l'hygiène et l'hydratation de la peau, bains raisonnables, bonne nutrition, vêtements appropriés, retrait des facteurs de risque environnementaux, tourner, positionner et transférer le patient correctement.	NGCH (IV) RNAO 1.4 (IV), 3.11 (IV, lb), 3.8, 3.9, 3.10, 3.11 (IV)	NGCH (IV) RNAO 7(III), 8(IV)	IV
<b>Répondre aux besoins particuliers du patient</b>				
4	Évaluer et répondre aux besoins psychologiques dans l'élaboration d'un plan axé sur le patient (douleur et qualité de vie).	RNAO 2.1, 2.2 (IV), 3.3 (IV),	RNAO 2, 3, 9, 10 (IV)	IV
<b>Soins locaux des plaies</b>				
5	Classifier et documenter les déchirures cutanées selon le degré de traumatisme.	RNAO 1.5 (IV), 2.1 (IV)	RNAO 4(IV), 5 (IV), 6(IV), 12 (IV) NGCH III	III-IV
6	Procurer et soutenir un environnement optimal de guérison des plaies.	RNAO 2.1 (IV), 1.4 (IV), 1.5 (IV) NGCH (IV)	RNAO 4 (IV), 5, (IV), 6(IV), 19 (IV), 20 (IV), 23(IV), 24 (III), 25(IV), 26 (III), 27 (IV), 28 (IV), 29 (III), 30 (lb), 31 (III, IV), 32 (lb), 33 (IV), 34 (III), 37 (lb), 38 (III), 39 (IV), 40 (lb), 41 (lb), 42 (IV), 43 (IV), 44 (III) NGCH (IV)	III
7	Déterminer l'efficacité des interventions.	RNAO 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2, 7.3 (IV) NGCH (IV)	NGCH (IV)	IV
8	Envisager l'utilisation de traitements d'appoint pour les déchirures cutanées qui ne guérissent pas mais qui sont curables.		RNAO 35 (Ia), 36 (Ia, III, IV)	Ia-IV
<b>Procurer un soutien organisationnel</b>				
9	Mettre sur pied une équipe interprofessionnelle ayant la souplesse de répondre aux besoins du patient.	3.13 (IV)	RNAO 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 (IV)	IV
10	Éduquer le patient, le soignant et le professionnel de la santé sur la prévention et le traitement des déchirures cutanées.	RNAO 5.1 (IV), 5.2 (III), 5.3(IV), 5.4(IV) NGCH (IV)	RNAO 48, 49, 50 (IV)	IV

suite à la page 36

Pour identifier les personnes à risque, et pour prévenir et traiter les déchirures cutanées dans la population âgée, il est obligatoire de comprendre les changements cutanés associés au vieillissement. Ces changements subtils augmentent le risque de déchirures cutanées et interfèrent avec la guérison.<sup>5,10</sup>

### Changements cutanés avec le vieillissement

**Facteurs intrinsèques.** Avec l'âge, les gens éprouvent une perte du tissu dermique et sous-cutané, un amincissement de l'épiderme, et des changements de la composition sérique qui entraîne une perte d'hydratation de la surface cutanée. L'élasticité et la résistance à la traction de la peau diminuent alors que surviennent ces autres changements.<sup>5,18</sup> La déshydratation, une mauvaise nutrition, une atteinte cognitive, une altération de la mobilité et une perte de sensation augmentent davantage le risque de déchirures cutanées.<sup>2,6</sup> Tous ces facteurs sont communs chez la personne âgée et se combinent pour augmenter la vulnérabilité de la peau aux traumatismes.<sup>19</sup>

La guérison de la plaie survient dans une séquence d'événements bien orchestrée. La cascade commence avec l'hémostase et progresse vers l'inflammation, la prolifération et la maturation.<sup>20</sup> De nombreux facteurs favorisent ou entravent le processus de guérison de la plaie. Certains facteurs entravant la guérison de la plaie comprennent l'âge, l'état nutritionnel, les médicaments

comme les immunosuppresseurs, les anti-inflammatoires et les anticoagulants, le tabagisme, les états morbides sous-jacents et les conditions locales de la plaie.<sup>21</sup>

**Facteurs extrinsèques.** Les facteurs extrinsèques contribuent aussi au développement des déchirures cutanées. Un des facteurs extrinsèques est le risque de traumatisme mécanique lorsqu'une aide est requise pour le bain, l'habillement, l'usage des toilettes et le transfert.<sup>4</sup>

Le risque de développement de déchirures cutanées du patient âgé est augmenté par des bains fréquents, combinés à l'utilisation de savon qui diminue la lubrification naturelle de la peau (éliminant les huiles présentes sur la surface de la peau).<sup>4,22</sup>

L'assèchement de la peau qui en résulte est plus susceptible à la friction et au cisaillement, rendant les personnes, qui ont la peau sèche, plus susceptibles aux déchirures cutanées.

La prévention des déchirures cutanées, spécialement chez la personne âgée, présente un défi clinique pour les professionnels de la santé. Une faible secousse ou action peut entraîner un traumatisme et une déchirure cutanée. Le retrait des rubans ou pansements adhésifs peut causer des déchirures cutanées sur une peau fragile, de même envergure qu'un traumatisme provoquer lors de déplacement du patient.<sup>5</sup>

Les patients qui dépendent des autres pour tous leurs soins sont à risque plus élevé pour développer des déchirures cutanées. Ces patients écotent fréquemment de déchirures cutanées durant les activités routinières comme l'habillement, le bain, le repositionnement et le transfert.

Les patients ambulatoires indépendants sont en deuxième place pour développer des déchirures cutanées. Celles-ci surviennent la plupart du temps aux membres inférieurs.<sup>4</sup>

**Recommandation 2 :** (Niveau de preuve : IV)  
Identifier les personnes à risque élevé de déchirures cutanées.

### Discussion

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de

*suite à la page 38*

### Facteurs de risque pour le développement des déchirures cutanées<sup>16</sup>

- âge avancé > 85 ans
- sexe (femme)
- race (blanche)
- immobilité (confinement à la chaise ou au lit)
- apport nutritionnel insuffisant
- utilisation de corticostéroïdes à long-terme
- antécédents de déchirures cutanées antérieures
- statut sensoriel altéré
- atteinte cognitive
- raideur et spasticité
- polypharmacie
- présence d'ecchymoses
- dépendance pour les activités de la vie quotidienne
- utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels
- application et retrait des bas
- retrait du ruban adhésif
- problèmes vasculaires
- problèmes cardiaques
- problèmes pulmonaires
- déficience visuelle
- neuropathie
- avoir une prise de sang
- transferts et chutes

InterDry™ Ag

Skin Fold Management

InterDry™ AG Textile with  
Antimicrobial Silver Complex

# InterDry™ Ag

## Textile with Silver Complex

### The **First** Innovative Solution for Skin Fold Management

- Translocates  
and promotes  
evaporation of  
excess moisture

Kills bacteria

Reduces skin friction



[www.coloplast.ca](http://www.coloplast.ca)

l'AIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du NGCH<sup>13</sup> recommandent une évaluation du risque qui comprend une évaluation exhaustive à l'admission puis par la suite selon les politiques des établissements individuels. L'AIAO<sup>11,12</sup> appuie l'utilisation d'outils validés d'évaluation du risque.

Les outils validés d'évaluation de risque sont disponibles pour prédire les ulcères de pression<sup>14</sup> et ils sont bien utilisés, mais la même chose n'est pas vraie pour les déchirures cutanées. White, Karam et Cowell<sup>6</sup> ont élaboré un outil d'évaluation de risque de trois groupes pour évaluer le risque de déchirures cutanées; toutefois, cet outil n'a pas été largement utilisé et il n'apparaît pas dans les recherches de littérature récente. La prévention des déchirures cutanées est primordiale dans le traitement<sup>6,15</sup>; c'est pourquoi un outil validé et largement accepté est nécessaire pour prédire et identifier ceux qui sont à risque élevé de déchirures cutanées.

En identifiant ceux qui sont à risque, les professionnels de la santé peuvent mettre en œuvre un programme de prévention approprié avant qu'une blessure ne survienne. La cause, la durée et l'histoire de l'altération de l'intégrité de la peau, les enjeux de santé concomitants, les médicaments et le niveau de mobilité sont quelques-uns des enjeux qui devraient être inclus dans cette évaluation du risque.<sup>16</sup> Si on envisage tous ces enjeux, l'équipe traitante peut développer un plan de traitement interprofessionnel pour répondre aux besoins physiques, sociaux et émotionnels de chaque patient.<sup>9,15</sup>

Bien qu'il y ait un manque d'outils d'évaluation de risque pour la prédiction des déchirures cutanées, la littérature offre des stratégies de prévention.<sup>4,9,15,16</sup> Les personnes devraient être évaluées pour les facteurs de risque à l'admission aux services de soins de santé et lorsque l'état de santé de la personne change.

**Recommandation 3 :** (Niveau de preuve : IV)

Soutenir la prévention des déchirures cutanées par l'hygiène et l'hydratation de la peau, bains raisonnables, bonne nutrition, vêtements appropriés, retrait des facteurs de risque environnementaux, tourner, positionner et transférer le patient correctement.

## Discussion

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de l'AIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du NGCH<sup>15</sup> recommandent la mise en œuvre de protocoles systématiques de prévention. Les déchirures cutanées peuvent être relativement simples à prévenir si on prend le temps d'identifier ceux qui sont à risque élevé et pour mettre en œuvre un protocole de prévention pour chaque personne.<sup>5</sup> Ratliff et Fletcher<sup>9</sup> ont indiqué qu'une fois le problème de peau reconnu, la mise en œuvre de mesures de prévention et d'identification des individus à risque élevé diminuera l'incidence des déchirures cutanées. Bank et Nix<sup>19</sup> ont mené une revue rétrospective, pré-interventionnelle de 13 mois. Ils ont trouvé qu'après la mise en œuvre d'un programme de prévention, l'incidence de déchirures cutanées diminuait.

Assurer un environnement sécuritaire est essentiel au succès d'un programme de prévention. Cela peut s'accomplir en déterminant et en retirant les causes possibles de traumatisme.<sup>10,13,23</sup> Certaines stratégies spécifiques qui peuvent être mises en œuvre comprennent

- faire porter des manches longues, des pantalons longs ou des bas aux genoux à ceux qui sont à risque<sup>13</sup>
- procurer des protège-tibias à ceux qui subissent des déchirures cutanées répétées aux tibias<sup>19</sup>
- déterminer et retirer les causes possibles de traumatisme
- assurer un environnement sécuritaire avec un éclairage suffisant<sup>10,13,19,24</sup>
- minimiser les objets qui peuvent être une source de traumatisme contondant<sup>4,6,9,10,11,13,23,24</sup>
- matelasser les coins des meubles et de l'équipement, aménager un passage sans obstacles et éviter les carpettes<sup>10,13,23,24</sup>

La peau vieillissante est plus susceptible à la sécheresse et à de faible taux relatif d'humidité. Les bains sont déshydratants, et les douches qui ne sont pas trop longues ni trop chaudes sont préférables. Les maisons surchauffées durant les mois d'hiver peuvent mener à l'assèchement de la peau. L'hydratation doit se distinguer de la lubrification. La lubrification est le résultat de l'enduit de la surface de la peau d'une couche

d'huile qui empêche la perte d'eau. Les hydratants hypoallergéniques ont une phase aqueuse continue en suspension dans l'huile. Lorsque l'eau s'évapore, l'huile reste derrière, ce qui hydrate la peau.<sup>25</sup>

Le besoin de procurer un environnement sécuritaire s'étend aussi à la protection des traumatismes durant les soins routiniers et aux blessures auto-infligées involontairement<sup>13,18,23,24</sup> pour la personne à risque élevé.

Cela comprend

- appliquer l'hydratant hypoallergénique au moins deux fois par jour
- minimiser les bains
- procurer une protection des traumatismes durant les soins routiniers
- procurer une protection des blessures auto-infligées
- assurer des techniques de transfert et de levage correct pour éviter le cisaillement et la friction lorsqu'on transfère ou qu'on déplace les personnes
- matelasser les côtés de lit, les pattes des fauteuils roulants ou autres objets qui peuvent entraîner un traumatisme contondant
- favoriser une nutrition et une hydratation suffisante
- éviter les produits adhésifs sur la peau fragile (Si des pansements ou des rubans adhésifs sont requis, utiliser des rubans adhésifs de papier ou des pansements de silicone pour éviter le décollement de la peau ou des déchirures de la peau avec le retrait des adhésifs.<sup>5,18,24</sup>)
- garder les ongles des mains et des pieds courts et limés pour prévenir les déchirures cutanées auto-infligées<sup>23</sup>

Le soutien nutritionnel joue un rôle vital dans la guérison de la plaie. Sans un apport nutritionnel suffisant, le corps est incapable de réparer les tissus endommagés ou de monter une offensive contre l'invasion et l'infection microbiennes.<sup>13,26,27</sup> Chaque étape du processus de guérison de la plaie dépend des acides aminés, des lipides et des glucides en circulation. Un apport nutritionnel optimal améliorera la santé cutanée, aidera à la guérison des déchirures cutanées courantes et aidera à la prévention de déchirures cutanées futures.

L'hydratation et la santé nutritionnelle peuvent être évaluées par l'observation, l'anamnèse et la surveillance

des prélèvements sanguins.<sup>13,26,27</sup> Une équipe interprofessionnelle—y compris un diététiste—est cruciale pour les patients souffrant de plaies chroniques, notamment ceux qui sont à risque de déchirures cutanées.<sup>26</sup>

#### **Recommandation 4 :** (Niveau de preuve : IV)

Évaluer et répondre aux besoins psychologiques dans l'élaboration d'un plan axé sur le patient (qui aborde la douleur et la qualité de vie.

#### **Discussion**

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de l'AIIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du NGCH13 procurent une validation pour la Recommandation 4. Une évaluation psychologique comprenant une évaluation de la qualité de vie devrait être effectuée pour déterminer la motivation et la capacité de la personne de comprendre et d'adhérer au plan de soins.<sup>28</sup> Les déchirures cutanées surviennent fréquemment aux membres supérieurs et sont visibles pour la personne et sa famille. Ces plaies inesthétiques peuvent ajouter à la douleur psychologique ressentie par le patient et leurs proches, ajoutant ainsi du stress et une douleur physique déterminante.<sup>9,29,30</sup>

Les patients qui souffrent ainsi de déchirures cutanées ont besoin de soutien psychologique. Comme avec toute maladie chronique, ils doivent faire face à des modifications de leur mode de vie et auront besoin de soutien supplémentaire pour faire face efficacement à l'impact des déchirures cutanées sur leur qualité de vie.<sup>30</sup> Le niveau ou le degré de douleur éprouvée par un patient est unique à cette personne et joue un rôle vital dans sa qualité de vie et son bien-être. La douleur est un symptôme associé à une blessure réelle ou perçue et se définit par la perception de la douleur du patient. Les déchirures cutanées sont souvent décrites comme douloureuses, et la gestion de la douleur devrait faire partie du plan de traitement. Krasner et al.<sup>29</sup> décrivent la douleur comme une expérience unique qui diffère entre les personnes. La personne souffrant de déchirures cutanées éprouvera divers degrés de douleur : douleur aiguë lors de la blessure initiale, douleur chronique de la plaie et douleur psychologique associée à la plaie.<sup>29, 30,31,32</sup>

La Recommandation 9 de l'AIAO des lignes directrices de l'évaluation et de la prise en charge des ulcères de pression indique que tous les patients devraient être évalués à intervalles réguliers utilisant le même outil validé de l'évaluation de la douleur à chaque fois.<sup>12</sup> Des outils d'évaluation non validés sont spécifiques à la douleur de la plaie; toutefois, de nombreux outils validés d'évaluation de la douleur peuvent être utilisés selon le niveau cognitif du patient.<sup>28</sup>

Lors de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées, des questions et des outils formulés simplement, que l'on peut facilement comprendre, sont les plus efficaces, car les adultes plus âgés sont fréquemment encombrés de nombreux facteurs négatifs, notamment des déficits sensoriels et des déficiences cognitives. Des outils subjectifs comme les échelles visuelles analogiques (EVA) et l'échelle des visages sont fort efficaces pour cette population.

Lorsqu'on aborde les déchirures cutanées, il est aussi important de noter que la carence sensoriel (comme on le voit chez les personnes qui sont paralysées) ou l'incapacité cognitive de reconnaître la douleur (comme on le voit chez les personnes qui souffrent de diverses formes de démence) peut non seulement potentialiser l'occurrence de déchirures cutanées mais peut aussi affecter négativement les temps de guérison et les mesures préventives.<sup>30,31,33,34</sup>

La perception individuelle de la douleur d'un patient est la réalité que l'équipe interprofessionnelle doit respecter et aborder. Il est important de créer une atmosphère de confiance et de compassion.<sup>29</sup> Cette évaluation précise du type de douleur éprouvée, son intensité et l'impact qu'elle a sur la qualité de vie du patient doivent être pris en considération lors de la création d'un plan de soins et devraient être une partie intégrante de l'évaluation clinique globale.<sup>28,29</sup>

**Recommandation 5 :** (Niveau de preuve : III-IV)

Classifier et documenter les déchirures cutanées selon le degré de traumatisme.

**Discussion**

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de l'AIAO (Évaluation et prévention du risque<sup>11</sup>, Évaluation et prise en charge AIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du

NGCH<sup>13</sup> procurent des recommandations liées à la classification des plaies. Les plaies devraient être classées d'une manière systématique et universellement acceptée.<sup>28</sup> Pour documenter avec précision et traiter les déchirures cutanées, il est important d'utiliser un langage commun pour décrire ces plaies difficiles. Une documentation appropriée est vitale pour comprendre l'étendue du problème. Les déchirures cutanées *ne doivent pas être regroupées* selon les catégories des ulcères de pression.

La classification de Payne-Martin des déchirures cutanées est largement utilisée pour définir et classer ces plaies.<sup>15,16</sup> Élaboré à la fin des années 1980 et révisé en 1993, cet outil aide à la distinction des déchirures cutanées comme type complexe de plaies et procure au prestataire de soins de santé les moyens d'améliorer la documentation et de faire le suivi du résultat des soins.<sup>10</sup>

**Recommandation 6 :** (Niveau de preuve : III)

Procurer et soutenir un environnement optimal de guérison des plaies.

**Discussion**

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de l'AIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du NGCH<sup>13</sup> procurent des recommandations multiples liées à l'évaluation et au traitement des plaies. La prévention des déchirures cutanées devrait être la préoccupation primaire; toutefois, les professionnels de la santé doivent être équipés pour prendre en charge ces plaies difficiles lorsqu'elles surviennent.

Bien que les déchirures cutanées représentent un type spécifique de plaies, les mêmes principes utilisés pour la gestion des autres plaies devraient être utilisés dans le traitement des déchirures cutanées.<sup>78</sup> Pour traiter ces plaies de façon adéquate, plusieurs domaines doivent être abordés : facteurs concomitants, soutien nutritionnel, gestion de la douleur, conditions locales de la plaie, et sélection optimale des pansements.<sup>35</sup> Lorsqu'on traite les déchirures cutanées, la première étape est d'évaluer les conditions locales dans la plaie et de déterminer la catégorie de la déchirure cutanée en se servant de la Classification

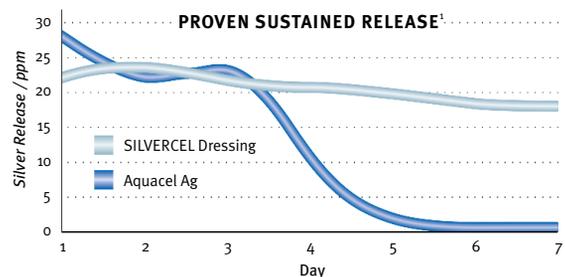
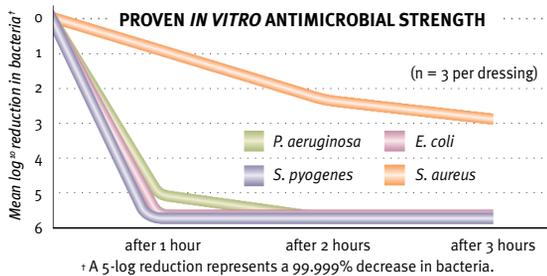
*suite à la page 42*

Release the power of silver.



# Strength & Endurance

- Effective antimicrobial performance— with proven wet tensile strength<sup>1</sup>
- Sustained release of silver for ongoing antimicrobial protection<sup>1</sup>



Visit [www.jnjgateway.com](http://www.jnjgateway.com) for Essential Prescribing Information.

Johnson & Johnson Medical Products  
 200 Whitehall Drive, Markham, ON L3R 0T5  
 Tel: (English) 1 800 668-9045  
 Tél.: (Français) 1 800 668-9067



X-STATIC® - Noble Fiber Technologies Inc.,  
 Clarks Summit, PA USA



A division of ETHICON, INC.

Capitalized product names are trademarks of Johnson & Johnson

1. *In vitro*. Data on file.

Johnson & Johnson Wound Management is a Unit of Johnson & Johnson Medical Products, a Division of Johnson & Johnson Inc.

\*Trademark ©ETHICON, INC. 2007

TABLEAU 2

## Classification des déchirures cutanées de Payne et Martin

Classification des déchirures cutanées de Payne et Martin <sup>15,16</sup>			Description
Catégorie I : Déchirures cutanées sans perte tissulaire	Type linéaire (pleine épaisseur)	Déchirures cutanées de catégorie I : Type linéaire	 Type linéaire (pleine épaisseur) : l'épiderme et le derme sont tirés en une seule couche des structures de support. La plaie a l'apparence d'une incision.
	Type à lambeau (épaisseur partielle)	Déchirures cutanées de catégorie I : Type à lambeau	 Type à lambeau (épaisseur partielle) : l'épiderme et le derme sont séparés. Le lambeau peut être complètement rapproché ou rapproché pour ne pas exposer plus de 1 mm du derme.
Catégorie II : Déchirures cutanées avec perte tissulaire partielle	Type de perte tissulaire faible	Déchirures cutanées de catégorie II : < 25 % de perte tissulaire partielle	 Type de perte tissulaire faible : 25 % ou moins du lambeau d'épiderme est perdu.
	Type de perte tissulaire modérée à grande	Déchirures cutanées de catégorie II : > 25 % de perte tissulaire partielle	 Type de perte tissulaire modérée à grande : plus de 25 % du lambeau d'épiderme est perdu.
Catégorie III : Déchirures cutanées avec perte tissulaire complète		Déchirures cutanées de catégorie III : Perte tissulaire complète	 Le lambeau d'épiderme est absent.

Payne-Martin pour les déchirures cutanées.<sup>15,16</sup> Les bactéries et le tissu nécrotique doivent être retirés et un pansement doit être choisi judicieusement pour maintenir l'équilibre hydrique. La guérison humide de la plaie—par rapport à un pansement sec—est la méthode de choix. Le choix effectif du produit dépendra de l'évaluation de la plaie.<sup>35</sup>

### Nettoyage de la plaie

Le nettoyage de la plaie est une composante importante de la prise en charge des plaies (Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>12</sup>). La guérison optimale de la plaie ne peut survenir que si tous les débris étrangers ont été retirés de la plaie—et le nettoyage est la méthode la plus facile pour accomplir ce but.<sup>36</sup> Le nettoyage sert à diminuer l'exfoliation et les débris de surface dans la plaie, abaissant ainsi la charge microbienne.<sup>21,36</sup> Krasner<sup>37</sup> a exposé les meilleures pratiques pour le

nettoyage des plaies avec débris nécrotiques. Elle suggère d'utiliser un nettoyeur/irrigation avec des solutions non cytotoxiques comme des nettoyeurs de salin physiologique ou de surfactant non ionique et des

### N'oubliez pas le vaccin contre le tétanos!

Le tétanos est une maladie aiguë, souvent mortelle, causée par la contamination d'une plaie par *Clostridium tetani*. On doit donner de l'immunoglobuline anti-tétanique (IGAT) humaine à toutes les personnes dont l'intégrité cutanée a été interrompue par un mécanisme non chirurgical et qui n'ont pas reçu une inoculation de toxoïde tétanique (dT) au cours des 10 dernières années. L'IGAT devrait être donnée avant le débridement de la plaie puisque l'exotoxine peut être libérée pendant la manipulation de la plaie.<sup>38</sup>

TABLEAU 3

## Choix de pansements spécifiques aux déchirures cutanées

Classification des déchirures cutanées Payne-Martin <sup>15,16</sup>		Considérations de soins des déchirures cutanées	
<b>Ne pas suturer ou agraffer en raison de la fragilité de la peau<sup>12,16</sup></b>			
Catégorie I : Déchirures cutanées sans perte tissulaire	Type linéaire (pleine épaisseur)	Déchirures cutanées de catégorie I : Type linéaire 	Basé sur l'évaluation : Maîtriser le saignement, rapprocher les lèvres de la plaie. Consolider les lèvres de la plaie avec un bandage topique au 2-octylcyanoacrylate (colle de peau). <sup>7,40,41</sup> ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Couvrir avec un pansement de silicone ou de mousse peu collante. Utiliser de l'alginate sous la mousse si la déchirure cutanée saigne. ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Maîtriser le saignement. Couvrir de pansements absorbants d'acrylique clair. <sup>9</sup> Ne pas enlever avant 21 jours ou si le tour de la plaie montre des signes et symptômes d'infection.**
	Type à lambeau (épaisseur partielle)	Déchirures cutanées de catégorie I : Type à lambeau 	Basé sur l'évaluation : Maîtriser le saignement. Rapprocher les lèvres de la plaie. Protéger les lèvres de la plaie avec un bandage topique au 2-octylcyanoacrylate (colle de peau). <sup>5,40,41</sup> ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Couvrir avec un pansement de silicone ou de mousse peu collante. Utiliser de l'alginate sous la mousse si la déchirure cutanée saigne. ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Maîtriser le saignement, couvrir de pansements absorbants acrylique clair. <sup>9</sup> Ne pas enlever avant 21 jours ou si le tour de la plaie montre des signes et symptômes d'infection.**
Catégorie II : Déchirures cutanées tissulaire partielle	Type de perte tissulaire faible, < 25% de perte tissulaire partielle	Déchirures cutanées de catégorie II : < 25 % de perte tissulaire partielle 	Basé sur l'évaluation : Rapprocher les lèvres de la plaie. Couvrir avec un pansement de silicone ou de mousse peu collante. Utiliser de l'alginate sous la mousse si la déchirure saigne. ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Maîtriser le saignement. Couvrir de pansements absorbants acrylique clair. <sup>9</sup> Ne pas enlever avant 21 jours ou si le tour de la plaie montre des signes et symptômes d'infection.**
	Type de perte tissulaire modérée à grande : > 25% perte tissulaire partielle	Déchirures cutanées de catégorie II : > 25 % de perte tissulaire partielle 	Basé sur l'évaluation : Couvrir avec un pansement de silicone ou de mousse peu collante. Utiliser de l'alginate sous la mousse si la déchirure saigne. ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Maîtriser le saignement, couvrir de pansements absorbants acrylique clair. <sup>9</sup> Ne pas enlever avant 21 jours ou si le tour de la plaie montre des signes et symptômes d'infection.**
Catégorie III : Déchirures cutanées avec perte tissulaire complète		Déchirures cutanées de catégorie III. Perte tissulaire complète. 	Basé sur l'évaluation : Couvrir avec un pansement de silicone ou de mousse peu collante. Utiliser de l'alginate sous la mousse si la déchirure saigne. ou Rapprocher les lèvres de la plaie. Maîtriser le saignement. Couvrir de pansements absorbants acrylique clair. <sup>9</sup> Ne pas enlever avant 21 jours ou si le tour de la plaie montre des signes et symptômes d'infection.**

\*\*Utiliser avec prudence sur les plaies dont l'exsudat est abondant. Maîtriser d'abord le saignement. Les pansements sont conçus pour être laissés en place pendant un temps prolongé, et un enlèvement précoce peut entraver la guérison des déchirures cutanées.

suite à la page 44

pressions sécuritaires de moins de 12 livres par pouce carré (lpc), obtenues à l'aide d'une aiguille de calibre 19 et d'une seringue de 35 cc. Les plaies en voie de guérison sans débris devraient être nettoyées avec des solutions non cytotoxiques comme des nettoyeurs de salin physiologique ou de surfactant non ionique à faible pression de moins de 8 lpc pour protéger le tissu de granulation.<sup>36,37</sup>

### **Guérison humide de la plaie**

L'importance d'un milieu humide dans la plaie pour les plaies curables ne peut-être surestimée.<sup>35</sup> Les recommandations de l'AIIAO (Évaluation et prise en charge AIIAO.<sup>12</sup>) démontrent avec preuve à l'appui de données probantes, l'importance d'un niveau adéquat d'humidité dans la plaie comme partie intégrale de tout plan de prise en charge de la plaie. Sibbald et al.<sup>21</sup> ont indiqué que comparé aux plaies sèches, le milieu humide accélère la guérison de la plaie. Une utilisation appropriée des pansements peut optimiser la guérison de la plaie en maintenant des niveaux d'humidité optimaux pour favoriser la croissance cellulaire et la guérison.<sup>12,21,37</sup>

### **Sélection des pansements**

Les recommandations de l'AIIAO (Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>12</sup>) appuient le besoin d'une approche systématique à la sélection des pansements. Ovington<sup>39</sup> a cité sept recommandations pour le choix des pansements, qui sont aussi endossées par la Recommandation 31 de l'AIIAO. Les recommandations comprennent le choix d'un pansement qui maintiendra une humidité constante, qui est approprié conformément au milieu local de la plaie, qui protège la peau environnante de la plaie, qui contrôle ou gère l'exsudat, qui contrôle ou gère l'infection, et qui tient compte du temps du soignant. Ces recommandations devraient être suivies lors de l'évaluation des plaies et lors du choix d'utilisation des pansements ou produits.

Contrairement aux ulcères de pression et autres plaies chroniques, les déchirures cutanées sont des plaies aiguës qui ont le potentiel d'être fermées par intention primaire. Traditionnellement, les plaies fermées par intention primaire sont immobilisées par suture ou agrafes.<sup>16</sup> Compte tenu de la fragilité de la peau des personnes âgées,<sup>1,2,34</sup> les sutures et les

agrafes ne sont pas une option viable, et d'autres méthodes sont requises.<sup>5,34,42,43</sup> Sutton et Pritt<sup>43</sup> ont mené une étude contrôlée à répartition aléatoire comparant des options de prise en charge pour les lacérations pré-tibiales. Ils ont signalé que la plupart des lacérations pré-tibiales répondaient le mieux à une prise en charge conservatrice et que les bandes adhésives étaient préférables aux sutures. Cette recherche appuyant l'utilisation des bandes adhésives remonte de loin, et alors qu'il n'y a pas de recherche récente disponible pour appuyer un changement de pratique, l'opinion d'expert suggère que les bandes adhésives ne soient pas le traitement de choix actuel de ces plaies.<sup>7,8,40,41</sup>

Nazarko<sup>24</sup> a revu un protocole de traitement des déchirures cutanées. Les alginates de calcium ont été utilisés pour maîtriser le saignement après la blessure initiale. Une fois le saignement maîtrisé, les déchirures cutanées ont été traitées selon leur catégorie. Les déchirures cutanées de Catégorie I ont été traitées à l'aide d'un ancrage par bandes adhésives, les déchirures cutanées de Catégorie II ont été traitées à l'aide d'une association de bandes adhésives et de pansement de silicone ou de mousse peu collante et les déchirures cutanées de Catégorie III ont été traitées à l'aide de pansement de silicone ou de mousse peu collante. On a conclu que les déchirures cutanées utilisant les traitements énoncés devraient guérir en moins de sept à 10 jours.

O'Regan<sup>16</sup> a mené une revue systématique de la littérature existante sur le traitement des déchirures cutanées. L'auteur conclut que les plaies devraient être systématiquement nettoyées à l'aide de salin physiologique le saignement devrait être maîtrisé, les caillots devraient être retirés, le lambeau cutané devrait être rapproché si possible et un pansement d'hydrogel, d'alginate, de gaze de pétrole, de mousse, d'hydrocolloïde ou de pellicule transparente ou une fermeture de plaie devrait être appliquée, selon les caractéristiques de la plaie.

Les derniers écrits scientifiques présentent le succès des pansements absorbants d'acrylique clair<sup>7,41</sup> utilisés pour traiter les déchirures cutanées de Catégorie I à III avec exsudat faible ou modéré. Ces pansements sont semi-perméables et peuvent être laissés en

*suite à la page 46*



Gentle.  
Secure.  
Sacrum.

## The sacral dressing you've been waiting for

A new shaped sacral dressing with all the benefits of Mepilex® Border and Safetac® soft silicone adhesive technology.

- Shaped for comfort, conformability and fixation
- Provides secure fixation to reduce the risk of leakage
- Protects the peri-wound area from maceration
- Minimizes trauma and pain at dressing changes
- Maximum fluid handling for optimal moisture balance
- Viral, bacterial and waterproof for ultimate protection and security

● Mepilex® Border Sacrum



**Safetac**  
TECHNOLOGY



place jusqu'à 21 jours. Dans une petite étude avec un échantillon de convenance, LeBlanc et Christensen<sup>7</sup> ont examiné cinq patients souffrant de déchirures cutanées de Catégorie I à II qui ont été traitées à l'aide de pansements absorbants d'acrylique clair.<sup>7</sup> Elles ont constaté une fermeture de plaie complète sans cas d'infection de la plaie rapporté et seulement de la douleur minimale fut signalé chez tous les patients. Les pansements ont été enlevés après 21 jours, et on a observé une fermeture de plaie complète chez tous les patients.

Un autre choix possible pour les déchirures cutanées de Catégorie I et de Catégorie II avec moins de 25 pour cent de perte du lambeau épidermique est le rapprochement des lèvres de la déchirure cutanée/tissu du lambeau aussi près que possible. Au lieu d'utiliser des bandes adhésives, une alternative viable est l'utilisation de bandage au 2-octylcyanoacrylate topique (colle de peau).<sup>7,40,41</sup> Milne et Corbett<sup>44</sup> ont examiné, grâce à un échantillon de convenance, 20 patients avec des déchirures cutanées de Catégorie II à III qui ont été traitées à l'aide de pansement au 2-octylcyanoacrylate topique. On a observé une guérison complète avec une application, sans cas d'infection rapporté et la

signalisation de douleur minimale. Lors de cette étude, le coût moyen s'éleva à moins de 1\$ par application.

D'autres possibilités de traitements peuvent comprendre des produits de mailles ou de mousse à base de silicone, des pansements absorbants d'acrylique clair,<sup>8</sup> des pansements d'alginate de calcium ou des pansements de mousse.<sup>24</sup> L'utilisation d'hydrocolloïdes ou de pansements de pellicule transparente ou traditionnels n'est pas recommandée. Ceux-ci peuvent causer des déchirures cutanées s'ils ne sont pas enlevés correctement. De plus, le lambeau cutané peut être soulevé lorsque le pansement est retiré, ralentissant ainsi la guérison.<sup>42</sup> Si la déchirure cutanée est infectée ou étendue, la plaie devrait être évaluée par un médecin, une infirmière en stomathérapie ou un autre spécialiste en soin des plaies pour déterminer les meilleurs choix de traitement.<sup>28</sup>

**Recommandation 7 :** (Niveau de preuve : III-IV)  
Déterminer l'efficacité des interventions.

### Discussion

Les lignes directrices de l'AIIAO (Évaluation et prise

FIGURE 3

#### Traitement d'une déchirure cutanée de Catégorie II à l'aide de colle de peau chez un homme de 92 ans

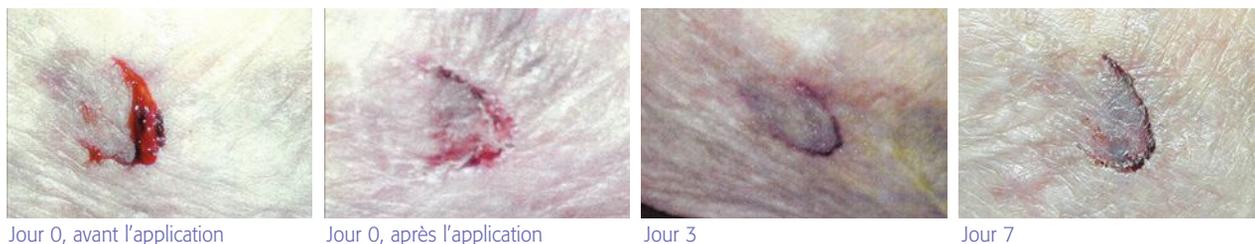


FIGURE 4

#### Traitement d'une déchirure cutanée de Catégorie III à l'aide de pansements absorbants d'acrylique clair chez une femme de 87 ans



en charge AIIAO<sup>45</sup>) et du NGCH<sup>13</sup> recommandent l'examen des lèvres de la plaie pour déterminer l'efficacité des interventions et pour établir un plan de soins renouvelé, si le progrès n'est pas selon les résultats espérés. Le processus de guérison de la plaie doit être évalué de façon continue et le clinicien doit considérer trois enjeux clés :<sup>45,46</sup>

1. Comment savez-vous si votre plan de traitement a été efficace?
2. Comment évaluez-vous présentement la guérison de la plaie?
3. Est-ce que le seul résultat pertinent est la fermeture de la plaie?

Une plaie saine a un lit de plaie rose et une marge de plaie qui s'avance, alors qu'une plaie malsaine a un lit de plaie foncé, friable avec des marges de plaie rongées. Flanagan<sup>47</sup> déclare qu'une réduction de 20 à 40 pour cent de la surface de la plaie en deux et quatre semaines est susceptible d'être un indicateur prédictif fiable de guérison.

La marge de la plaie est une étape d'évaluation dans le Cheminement de l'évaluation/du traitement des déchirures cutanées (Figure 1) pour déterminer si la migration des cellules épidermiques a commencé. Cela fait partie du processus cyclique de la prise en charge de la plaie. Si le processus de guérison est enclenché les kératinocytes et les cellules qui réagissent migrent et provoquent le rapprochement des lèvres de la plaie. Si le bord ne bouge pas, la plaie aura besoin d'une réévaluation complète adressant la cause et les thérapies correctives. Si le patient et la plaie sont optimisés et que le bord ne se déplace toujours pas, alors une plaie peut nécessiter des thérapies avancées pour démarrer le processus de guérison.<sup>46</sup> Si des signes de guérison ne se manifestent toujours pas, alors une biopsie devrait être faite pour déterminer la présence d'infection ou maladie comme le *pyoderma gangrenosum*, ulcère de Marjolin ou toute autre pathologie atypique liée aux plaies.<sup>47</sup>

Le changement du bord de la plaie n'est qu'une mesure des résultats. La guérison de la plaie n'est pas toujours le résultat attendu. Dans certains cas comme l'insuffisance artérielle ou autres facteurs co-existants, la fermeture de la plaie n'est peut-être pas réaliste. Pour les plaies qui ne sont pas susceptibles de guérir on doit

FIGURE 5

### Traitement d'une déchirure cutanée de Catégorie III à l'aide de pansement de mousse au silicone mou



mesurer d'autres résultats, comme la stabilisation de la plaie, la réduction de la douleur, une baisse de la charge bactérienne et une fréquence moindre de changements de pansements.<sup>46,48</sup>

#### **Recommandation 8 :** (Niveau de preuve : la-IV)

Envisager l'utilisation de traitements d'appoint pour les déchirures cutanées qui ne guérissent pas mais qui sont curables.

#### **Discussion**

La ligne directrice de l'AIIAO (Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>13</sup>) appuie la recommandation d'envisager les traitements d'appoint pour les plaies qui ne guérissent pas mais qui sont curables et indique qu'il y a des niveaux de preuve multiples, selon la modalité. Compte tenu de la nature des déchirures cutanées, spécialement les déchirures cutanées de Catégorie I et II, celles-ci devraient se résoudre de façon opportune sans la nécessité d'ajouter des traitements d'appoint si les lignes directrices de soin des plaies sont suivies.

Tout comme, l'expérience clinique avec les ulcères de pression il est accepté que le clinicien envisage des thérapies d'appoint comme la stimulation électrique, les facteurs de croissance et les agents bioactifs<sup>45,46,47</sup> lorsque la plaie ne progresse pas à un rythme de 20 à 40 pour cent de réduction de la surface de la plaie en deux à quatre semaines,<sup>47</sup> malgré un soin optimal de la plaie et des facteurs intrinsèques et extrinsèques contrôlés.

Les directives du NGCH<sup>13</sup> procurent des recommandations pour les déchirures cutanées qui sont un reflet des recommandations pour les ulcères de pression, et, à ce titre, les déchirures cutanées complexes

qui ne guérissent pas devraient aussi faire l'objet possible de thérapies d'appoint si on n'observe pas des taux de guérison opportuns. Un renvoi en consultation peut être requis pour certaines thérapies; elles ne sont pas nécessairement disponibles dans tous les contextes de soins de santé. Les croyances culturelles et religieuses peuvent se révéler des obstacles à certaines interventions.<sup>46</sup>

**Recommandation 9 :** (Niveau de preuve : IV)  
Mettre sur pied une équipe interprofessionnelle ayant la souplesse de répondre aux besoins du patient.

### Discussion

Les lignes directrices de l'AIIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>12</sup>) procurent des recommandations liées à la mise sur pied d'une approche par équipe interprofessionnelle organisée pour la prise en charge des plaies.

Les patients, les familles et les soignants ont besoin des connaissances professionnelles de l'expert en soins des plaies mais ils ont aussi besoin de l'expertise supplémentaire d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle. Les membres peuvent comprendre, mais sans y être limités, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététistes, des travailleurs sociaux, des omnipraticiens, des infirmières générales, des infirmières en stomathérapie, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, et des planificateurs de congés. Tous les professionnels de la santé impliqués dans le soin des cas de déchirures cutanées doivent être désireux et capables de travailler ensemble à atteindre des résultats cliniques positifs. Une équipe de profes-

### Le bain raisonnable

- devrait être basé sur les besoins et les préférences du patient
- devrait être donné avec soit des produits sans savon ou des savons à pH équilibré
- implique des bains limités; prendre plutôt une douche à l'eau tempérée, pas trop chaude
- comprend l'application d'hydratants hypoallergéniques après la douche alors que la peau est encore humide mais pas mouillée

sionnels de la santé travaillant ensemble est plus efficace qu'un seul professionnel de la santé travaillant dans l'isolement. Au centre de l'équipe devraient se trouver le patient et la famille. Les désirs et les souhaits du patient doivent être respectés même s'ils diffèrent des buts ultimes de l'équipe de soins de santé.<sup>49</sup>

**Recommandation 10 :** (Niveau de preuve : IV)  
Éduquer le patient, le soignant et le professionnel de la santé sur la prévention et le traitement des déchirures cutanées.

### Discussion

Les lignes directrices sur les ulcères de pression de l'AIIAO (Évaluation et prévention du risque,<sup>11</sup> Évaluation et prise en charge AIIAO<sup>12</sup>) et les lignes directrices du NGCH<sup>15</sup> appuient le besoin d'éduquer les patients, les soignants et les professionnels de la santé sur la prévention et le traitement des déchirures cutanées.

Le patient, la famille et les professionnels de la santé ont besoin d'une éducation et d'un soutien permanent pour s'assurer que la pratique actuelle fondée sur des données probantes est suivie.<sup>50</sup> La prévention est un élément essentiel de la réussite d'un plan de soin des plaies, et l'éducation est un élément-clé de tout programme de prévention ou de traitement réussi.<sup>9,22</sup> L'éducation est particulièrement importante dans la prévention des déchirures cutanées. Tous les soignants doivent être au courant des techniques appropriées pour procurer des soins sans causer de déchirures cutanées. L'éducation devrait inclure les points discutés dans la Recommandation.<sup>3,7,8,9</sup>

En plus de ces stratégies, il est important d'impliquer ceux qui sont à risque, les membres de leur famille et leurs soignants dans le processus de prévention, ce qui leur permet de jouer un rôle proactif dans la prévention des déchirures cutanées,<sup>7</sup> et qui entraîne la réussite de la prévention et de la prise en charge des déchirures cutanées.<sup>50</sup> Une évaluation des besoins des patients et des soignants devrait être faite et documentée, y compris les renseignements de base relatifs aux connaissances, aux croyances, aux pratiques de santé et aux besoins d'apprentissage perçus des patients,

*suite à la page 50*

## A POSITIVE MOVE FOR NEGATIVE PRESSURE

Smith & Nephew provides you with a simple, gentle and affordable alternative for negative pressure wound therapy (NPWT).

The choice is yours!

User-friendly display  
improves efficiency

40-hour battery life  
helps ensure  
uninterrupted  
therapy

Multiple overflow  
protection options  
provide added safety

Simple operation  
requires minimal training



de leurs familles et des soignants. Les variables culturelles et psychologiques seront aussi des facteurs dans l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge.<sup>50</sup>

## Conclusion

Les déchirures cutanées représentent un type spécifique et difficile de laceration qui affecte le plus souvent les personnes âgées. Les déchirures cutanées sont un problème commun auquel font face les professionnels de la santé quand ils s'occupent des personnes âgées. La prévention des déchirures cutanées est le centre d'attention primaire dans la prise en charge de ce problème. Toutefois, les professionnels de la santé doivent être équipés pour prendre ces plaies en charge lorsqu'elles surviennent.

La littérature relative à la prévention et au traitement de ces plaies est limitée. Une recherche plus avancée est nécessaire pour en déterminer la prévalence et l'incidence dans la population canadienne des personnes âgées. Une échelle validée de prédiction des déchirures cutanées et des directives de meilleure pratique dans la prévention et le traitement sont nécessaires pour aider les professionnels de la santé à identifier les personnes à risque, ainsi qu'à prévenir et traiter ces plaies douloureuses.

## Références

1. Thomas Hess C. Skin IQ. *Advances in Skin and Wound Care*. 2004; 17(6):277.
2. Bryant R, Rolstand B. Examining threats to skin integrity. *Ostomy/Wound Management*. 2001;47(6):18-27.
3. Mason SR. Type of soap and the incidence of skin tears among residents of a long-term care facility. *Ostomy/Wound Management*. 1997;43(8):26-30.
4. White M, Karam S, Cowell B. Skin tears in frail elders: A practical approach to prevention. *Geriatric Nurse*. 1994;15(2):95-9.
5. Baranoski S. How to prevent and manage skin tears. *Advances in Skin and Wound Care*. 2003;16(5):268.
6. McCough-Csarny J, Kopac CA. Skin tears in institutionalized elderly: An epidemiological study. *Ostomy/Wound Management*. 1998;44: 14S-25S.
7. LeBlanc K, Christensen D. An approach to managing skin tears in the elderly population. Une série de cas. Présentation sur affiches, présentée lors de la Conférence annuelle de l'Association canadienne du soin des plaies à Montréal (Québec). 2005.
8. LeBlanc K, Christensen D, Cuillier B. Managing skin tears in long term care. Présentation sur affiches, présentée lors de la Conférence annuelle de l'Association canadienne du soin des plaies à Montréal (Québec). 2005.
9. Ratliff CR, Fletcher KR. Skin tears: A review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy/Wound Management*. 2007;53(3):32-42.
10. Baranoski S. Skin tears: The enemy of frail skin. *Advances in Skin and Wound Care*. 2000;13:123-126.
11. Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices des pratiques exemplaires des soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des ulcères de pression. Toronto: AIIAO. 2005.
12. Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIAO). Lignes directrices des pratiques exemplaires des soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des ulcères de pression. Toronto: AIIAO. 2002.
13. Ayello EA. Preventing pressure ulcers and skin tears. Disponible en ligne à [www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=3511&nbr=2737](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3511&nbr=2737). Accédé le 30 avril 2007.
14. Ayello EA, Braden B. Why is pressure ulcer risk so important? *Nursing* 2001. 2001;31(11):74-79.
15. Payne RL, Martin MC. Defining and classifying skin tears: Need for a common language. *Ostomy/Wound Management*. 1993;39(5):16-26.
16. O'Regan A. Skin tears: A review of the literature. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*. 2002;22(2):26-31.
17. Cuzzell J. Wound assessment and evaluation: Skin tear protocol. *Dermatology Nursing*. 2002;14(6):405.
18. Birch S, Coggins T. No-rinse, one step bed bath: The effects on the occurrence of skin tears in a long term care setting. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(1):64-67.
19. Bank D, Nix D. Preventing skin tears in a nursing and rehabilitation center: An interdisciplinary effort. *Ostomy/Wound Management*. 2006;52(9):38-46.
20. Ovington L. Bacterial toxins and wound healing. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(7A) Supp:8-12.
21. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, Campbell K, Keast D, Sibbald D. Preparing the wound bed: Debridement, bacterial balance and moisture balance. *Ostomy/Wound Management*. 2000;46(11):14-35.
22. Brillhart B. Pressure sore and skin tear prevention and treatment during a ten month program. *Rehabilitation Nursing*. 2005;30(3):85-91.
23. Baranoski S. Skin tears: Guard against this enemy of frail skin. *Nursing Management*. 2001;32:25-32.
24. Nazarko L. Preventing and treating skin tears. *Nursing and Residential Care*. 2005;7(12):549-550.
25. Sibbald RG, Cameron J, Alavi A. Dermatological aspects of wound care. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Fourth Edition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
26. Zagoren AJ, Johnson DR, Amick N. Nutritional assessment and intervention in the adult with a chronic wound. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Fourth Edition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
27. Kane DP. Chronic wound healing and chronic wound management. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007:11-24.
28. Keast D, Parslow N, Houghton P, Norton L, Fraser C. Best Practice Recommendations for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Update 2006. *Wound Care Canada*. 2006;4(1):19-29.

suite à la page 52

# MRSA STAPH INFECTION

## Telfa™ AMD Dressings



**Help protect your team**  
from infections like  
MRSA with Telfa AMD  
Antimicrobial Dressings.

**Protection your team  
can't live without.**

**STRIKE OUT  
INFECTION**

[www.covidien.com](http://www.covidien.com)

COVIDIEN, COVIDIEN with Logo and ™ marked brands are trademarks of Covidien AG or an affiliate.  
©2008 Covidien AG or an affiliate. All rights reserved.



**COVIDIEN**

*positive results for life™*

29. Krasner D, Papen J, Sibbald G. Helping patients out of the SWAMP: Skin and wound assessment and management of pain. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
30. Price P. Health-related quality of life. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
31. Popescu A, Salcido R. Wound pain: A challenge for the patient and the wound care specialist. *Advances in Skin & Wound Care*. 2004;17(1):14-20.
32. Kennedy-Evans KL. Addressing the pain: An innovative solution for skin tears: A case study. *Ostomy/Wound Management*. 2004;50(2):9-10.
33. Flaherty E. Assessing pain in older adults. *Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. Janvier 2000.
34. Baranowski S. Skin tears: Staying on guard against the enemy of frail skin. *Nursing2003*. Supplement 2003:14-21.
35. Sibbald RG, Orsted HL, Coutts PM, Keast DH. Best Practice Recommendations for Preparing the Wound Bed: Update 2006. *Wound Care Canada*. 2006;4(1):15-29.
36. Rodeheaver G, Ratliff CR. Wound cleansing, wound irrigation, wound disinfection. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
37. Krasner D. How to prepare the wound bed. *Ostomy/Wound Management*. 2001;47(4):59-61.
38. Carden DL. Tetanus. Dans Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, (éds.). *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, Sixième édition. American College of Emergency Physicians. 2004.
39. Ovington L, Peirce B. Wound dressings: Form, function, feasibility, and facts. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Troisième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2001:311-20.
40. Fleck C. Preventing and treating skin tears. *Advances in Skin & Wound Care*. 2007;20(6): 315-320.
41. Roberts J. Preventing and managing skin tears: A review. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*. 2007;34(3):256-259.
42. Edwards H, Gaskill D, Nash R. Treating skin tears in nursing home residents: A pilot study comparing four types of dressings. *International Journal of Nursing Practice*. 1998;4(1), 25-32.
43. Sutton R, Pritty P. Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pre-tibial lacerations. *British Medical Journal* 1985;290(6482).
44. Milne CT, Corbett LQ. A new option in the treatment of skin tears for the institutionalized resident: Formulated 2-octocyanacrylate topical bandage. *Geriatric Nursing*. 2005;26(5):321-5
45. Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIAO). Lignes directrices des pratiques exemplaires des soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des ulcères du pied pour les diabétiques. Toronto: AIAO. 2005.
46. Orsted H, Searles OD, Trowell H, Shapera L, Miller P, Rahman J. Best Practice Recommendations for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Ulcers: Update 2006. *Wound Care Canada*. 2006;4(1):39-51.
47. Flanagan M. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(10):28-40.
48. Enroch S, Price P. Should alternative end points be considered to evaluate outcomes in chronic recalcitrant wounds? *World Wide Wounds*. Octobre 2004. Disponible en ligne à [www.worldwidewounds.com](http://www.worldwidewounds.com).
49. Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Interprofessional Wound Caring. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007.
50. Erwin-Toth P, Stenger B. Teaching wound care to patients, families and healthcare providers. Dans Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (éds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals*, Quatrième édition. Wayne, PA: HMP Communications. 2007:45-50.

### Groupe de travail francophone en soins de plaie

Un groupe de travail de l'ACSP a été mis sur pied pour explorer, établir, discuter et traiter des besoins des professionnels francophones en soins de plaies. Le but de cette équipe est d'évaluer et d'inventorier les services, ressources et outils éducatifs disponibles en français et par la suite de développer et proposer des stratégies qui répondront aux besoins identifiés.

Vous recevrez sous peu un sondage, qui vous permettra de partager les besoins en soins de plaie spécifiques, à votre pratique professionnelle.

Vos besoins sont importants, vos commentaires et suggestions le sont tout autant. C'est le moment de nous procurer ces renseignements précieux! Par ailleurs, nous vous invitons à encourager vos collègues à répondre au sondage en grand nombre.

Demeurez au courant de l'évolution du travail de cette équipe et autres nouvelles en soins des plaies par le biais de : [www.acsp.ca](http://www.acsp.ca)

### Francophone Wound-care Task Force

A CAWC task force has been set up to explore, identify, discuss and address the needs of francophone wound-care professionals. The team's mandate is to assess and inventory the wound-care services, resources and educational tools available in French and then develop and propose strategies to meet any identified needs.

Shortly, you will receive a survey that will allow you to inform us about your professional practice and specific wound-care needs.

Your needs are important, and your comments and suggestions are essential. This survey is your opportunity to provide us with this valuable information! Additionally, be sure to encourage as many of your colleagues as you can to complete the survey.

Stay informed about this project and other wound-care news at [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

[you know better than anyone]

It's not just a wound, it's a patient.

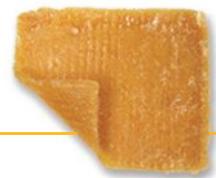
NEW MEDIHONEY™ dressings make it easier to take care of both.

Unique MEDIHONEY™ dressings can be used for wound bed preparation and through all phases of wound healing. The dressings contain medical-grade Active *Leptospermum* Honey, which has been shown to have novel properties that help manage acute wounds, burns, and tough, chronic wounds of various etiologies.<sup>1</sup> With demonstrated efficacy from the onset of a wound through to closure,<sup>2</sup> MEDIHONEY's patented composition has everything a wound needs, when it needs it. And everything you need for a safer and easier way to provide exceptional patient care.

To learn more about MEDIHONEY™, the first antimicrobial honey-based dressing in Canada visit [www.dermasciences.com](http://www.dermasciences.com).

If you would like to request a sample visit our website and click on the MEDIHONEY™ logo or call 1-800-387-5302.

Highly absorbent Active  
*Leptospermum* Honey  
dressing promotes  
dynamic moisture balance



1. Gethin G, Cowman S. Case series of use of Manuka honey in leg ulceration. *International Wound Journal*. 2005;2(1):10–15.
2. Molan P. The evidence supporting the use of honey as a wound dressing. *International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2006;5(1):40–54.

[www.dermasciences.com](http://www.dermasciences.com)

MEDIHONEY™ is a trademark of Comvita New Zealand Ltd. and is used with permission by Derma Sciences, Inc.

© 2008 Derma Sciences, Inc. All rights reserved.  
DERM828510/07



ANTIMICROBIAL DRESSING

MEDIHONEY™

with Active *Leptospermum* Honey

