

Les plaies aiguës

Principes fondamentaux de la prise en charge des plaies aiguës

PRÉSENTATEURS :

CONNIE HARRIS,
RN ET IIWCC, MSC

DAVID KEAST,
BSC MSC DIP ED MD
CCFP FCFP

LORNE WIESENFELD,
MDCM FRCPC

KIM LEBLANC,
RN BScN MN
CETN(C)

STEPHAN LANDIS,
MD FRCPC

Connie Harris est spécialiste clinique principale chez Wound & Ostomy Care Partners, à Waterloo (Ontario).

David Keast est professeur auxiliaire clinique au Département de médecine familiale de l'Université Western Ontario, à London (Ontario).

Lorne Wiesenfeld est professeur adjoint et médecin traitant au Département de médecine d'urgence à l'Université d'Ottawa et à l'Hôpital d'Ottawa (Ontario).

Kim LeBlanc est employée de KDS Professional Consulting, à Ottawa (Ontario).

Stephan Landis travaille à l'Hôpital général de Guelph (Ontario).

Au cours de la séance plénière, qui a donné le ton de la conférence de l'ACSP, il a été question des principes fondamentaux du soin des plaies dans divers contextes, ainsi que des répercussions globales des plaies aiguës sur le système de soins de santé.

Qu'est-ce qui distingue les plaies aiguës des plaies chroniques ?

Le Dr David Keast a commencé par exposer les quatre stades de la cicatrisation des plaies cutanées aiguës : 1) hémostase; 2) inflammation; 3) réparation; et 4) remodelage. Pendant le processus, le fardeau biologique de la plaie est maîtrisé, ce qui limite l'inflammation. Selon le Dr Keast, le problème vient du fait que « les plaies aiguës peuvent être "bloquées" dans la phase d'inflammation chronique plutôt que de passer à la phase de réparation ». De plus, les produits de l'inflammation – soit les protéases (des enzymes qui contribuent à la dégradation des protéines et des tissus) et la forme réactive de l'oxygène – détruisent les protéines qui sont essentielles à la cicatrisation, ce qui entrave donc la cicatrisation.

La contribution à l'inflammation chronique des bactéries planctoniques et des biofilms demeure une des causes les plus courantes de non-cicatrisation des plaies. Par conséquent, les soins des plaies visant les biofilms et la préparation du lit des plaies peuvent favoriser la cicatrisation des plaies chroniques.

Les stades des événements moléculaires et cellulaires de la cicatrisation des plaies cutanées sont les suivants : 1) coagulation; 2) réponse vasculaire; 3) inflammation; 4) formation d'une cicatrice; 5) guérison épithéliale; 6) contraction; et 7) remodelage de la cicatrice¹. L'hémostase, l'inflammation et le remodelage sont des processus concomitants, mais certains stades commencent un peu plus tard et durent plus longtemps. Par conséquent, selon le Dr Keast, le processus n'est pas séquentiel et la plaie peut être à divers stades de cicatrisation en même temps.

Le Dr Keast a terminé sa présentation en faisant remarquer que selon l'hypothèse concernant la physiopathologie des plaies chroniques, les lésions tissu-

lares répétitives, l'ischémie et la multiplication des bactéries (planctoniques et de biofilms) produisent une plaie chronique qui ne cicatrise pas.

Fardeau des plaies chirurgicales ouvertes

En s'appuyant sur les données de madame Corrine McIsaac, de Health Outcomes Worldwide, madame Connie Harris, a affirmé que dans le contexte des soins communautaires canadiens, les plaies chirurgicales sont les plaies les plus courantes. En effet, en Ontario, la cellulite post-opératoire était en 2004 la principale raison de la consultation d'une infirmière en chirurgie, tandis que les infections du site opératoire donnaient lieu à 20 % des visites de soins à domicile².

Une étude menée au Royaume-Uni a révélé que le coût du traitement des infections du site opératoire était de 57 millions de livres en 2008 (soit 90 millions de dollars canadiens). De dire madame Harris, « Manifestement, les conséquences des plaies chirurgicales représentent un énorme fardeau financier pour les systèmes de soins de santé du monde entier. »

Les données de Health Outcomes Worldwide démontrent que l'application de pansements de gaze sèche est le principal traitement employé en milieu extra-hospitalier pour toutes les plaies, 24 % des plaies chirurgicales étant traitées ainsi². Toutefois, selon madame Harris, l'application de tels pansements n'est pas considérée comme le traitement optimal de ces plaies. Elle a déclaré que dans le contexte du SouthWest Regional Wound Care Initiative, le personnel infirmier et les chirurgiens ont uni leurs efforts pour préparer un guide sur le choix des pansements pour les plaies chirurgicales ouvertes, intitulé *Daily Visits as Exceptional Situation*. Ce guide, fondé sur les principes de la collaboration, a pour objet d'améliorer :

- l'utilisation des ressources humaines
- la capacité dans le contexte du manque de personnel infirmier
- l'utilisation des fournitures médicales
- le soulagement de la douleur.

Suite page 16

The Pressure's on!

Discover how to help REDUCE risks
and improve outcomes of Pressure Ulcers!

Be part of an informed
Online community

www.molnlyckewoundcare.ca

Access the link above to receive your
FREE membership and gain access to:



- Continuing Education
- Practice Guidelines
- Clinical case study reports
- The latest evidence direct to your inbox
- And more...

● Mepilex® Border Sacrum



MÖLNLYCKE®
HEALTH CARE

La contribution à l'inflammation chronique des bactéries planctoniques et des biofilms demeure une des causes les plus courantes de non-cicatrisation des plaies.

Soin des plaies au service des urgences

Le Dr Lorne Wiesenfeld a d'abord fait remarquer que les cliniciens des services des urgences cherchent à offrir des soins fondés sur des données probantes aux patients qui présentent une plaie aiguë et que leur intervention peut avoir un effet positif sur le soin des plaies. Cependant, il a affirmé qu'il arrive que les connaissances et les ressources soient insuffisantes et que les exigences du service des urgences soient contradictoires.

Les plaies suivantes sont couramment observées au service des urgences :

- ulcères du pied diabétique
- lacérations infectées
- lacérations aiguës
- brûlures
- ulcères chroniques de jambe
- abcès pilonidaux ou périanaux
- abcès sous-cutanés
- plaies post-opératoires
- plaies de pression infectées.

Selon le Dr Wiesenfeld, le personnel du service des urgences de son hôpital fait véritablement équipe avec le personnel en milieu communautaire (p. ex. les infirmières stomothérapeutes), ce qui produit des conditions optimales pour la prise en charge et la cicatrisation des plaies. « Il faut une équipe multidisciplinaire pour que tous les patients reçoivent des soins optimaux afin que les plaies soient bien prises en charge et cicatrisent le plus vite possible, compte tenu des caractéristiques de la plaie et du patient. »

Pourquoi les déchirures cutanées posent-elles des problèmes ?

Madame Kim LeBlanc a d'abord dit que les gens croient souvent que les déchirures cutanées ne posent pas de problèmes et que personne ne s'inquiète vraiment des plaies aiguës, mais a ensuite fait remarquer que faute de prise en charge, une déchirure cutanée pouvait devenir une plaie chronique très complexe et causer des souffrances inutiles.

Une analyse de la littérature sur les déchirures cutanées a fait ressortir les données clés ci-dessous.

- Selon Malone et ses collaborateurs, il y aurait aux États-Unis 1,5 million de déchirures cutanées par année chez les adultes hospitalisés³.

- Everett et Powell ont signalé que la prévalence des déchirures cutanées était de 41,5 % dans un hôpital de 347 lits d'Australie-Occidentale⁴.
- Carville et Lewin ont signalé que 5,5 % des plaies connues étaient des déchirures cutanées dans tous les groupes d'âge du milieu communautaire⁵.
- Carville et Smith ont signalé que les déchirures cutanées représentaient 20 % des plaies connues chez les anciens combattants⁶.
- Carville et ses collaborateurs ont signalé que les déchirures cutanées étaient des plaies courantes, survenant plus souvent que les plaies de pression⁷.

Une étude menée par LeBlanc et Christensen a révélé que le taux de prévalence des déchirures cutanées dans les établissements de soins prolongés canadiens était de 22 %⁸. Selon madame LeBlanc, ce taux est beaucoup plus élevé que le taux de prévalence des plaies de pression, auxquelles on accorde beaucoup d'importance dans le domaine du soin clinique des plaies.

Le sondage en ligne mené par LeBlanc et Christensen a été rempli par 1127 professionnels de la santé de 16 pays⁸. Voici un sommaire des résultats.

- Plus de la moitié (69,6 %) des répondants ont signalé qu'il y avait actuellement un problème au chapitre de l'évaluation et de la documentation des déchirures cutanées dans leur milieu d'exercice.
- La majorité (89,5 %) des répondants étaient en faveur de la simplification de la méthode de documentation et d'évaluation des déchirures cutanées.
- 80,9 % des répondants ont admis n'utiliser ni outil ni système de classification pour l'évaluation et la documentation des déchirures cutanées.
- 68 % des répondants étaient d'avis qu'il y avait un problème au chapitre de l'évaluation et de la documentation des déchirures cutanées dans leur milieu de soins de santé.
- 90 % des répondants ont indiqué qu'ils aimeraient que la méthode de documentation des déchirures cutanées soit simplifiée.
- 80 % des répondants ont indiqué que leur établissement de soins de santé n'utilisait ni échelle ni système de classification pour la documentation des déchirures cutanées.

Les gens croient généralement que les déchirures cutanées sont uniquement le fait des personnes âgées, mais selon madame LeBlanc, elles peuvent aussi survenir chez des personnes très jeunes. Comme les déchirures cutanées sont mal documentées, leur incidence et les coûts de leur traitement sont inconnus. Il y a un urgent besoin de programmes de prévention des déchirures cutanées, surtout dans les établissements de soins prolongés.

Infection des plaies aiguës

Le Dr Stephan Landis a dit que l'infection d'une plaie aiguë était un grave problème, car la multiplication des bactéries perturbe le milieu de la plaie.

« Les bactéries cherchent des milieux propices à la multiplication, a déclaré le Dr Landis, et elles y parviennent très bien! » Une plaie aiguë est un milieu optimal où les bactéries peuvent se multiplier, persister et acquérir une résistance aux antimicrobiens. Beaucoup des événements de cette séquence sont prévisibles, mais seuls certains peuvent être mesurés.

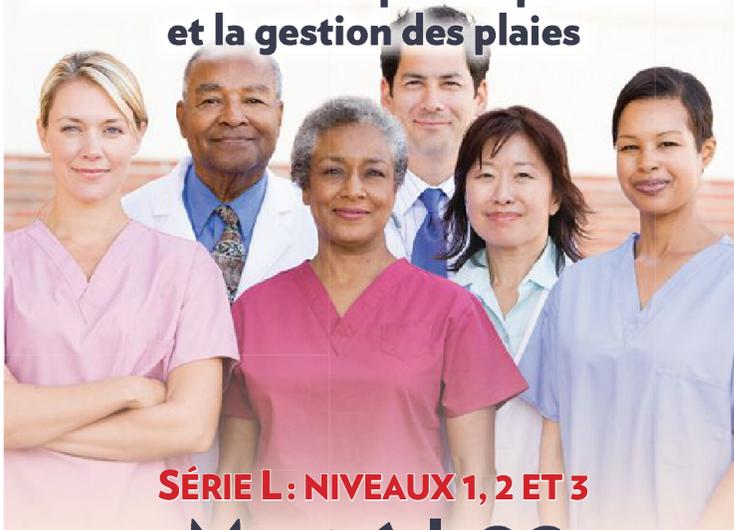
Le Dr Landis a parlé des conséquences de la présence de microbes dans les plaies aiguës et fait remarquer que l'administration périopératoire d'antibiotiques, la chirurgie « propre », une bonne technique chirurgicale et des soins post-opératoires convenables pouvaient prévenir l'infection de la plaie. Inversement, la présence de microbes au site de la plaie peut entraîner une infection, souvent attribuable à un microorganisme virulent, à une chirurgie « sale », à la formation d'un abcès, à la déhiscence de la plaie, à une septicémie (en cas de brûlures) ou à un protoplasme pauvre.

Si un biofilm se forme, la plaie peut devenir chronique, ce qui peut entraîner une infection causée par un corps étranger, une ostéomyélite, une dévitalisation des tissus et, finalement, une réduction de la capacité de cicatrisation. Toutefois, selon le Dr Landis, « Les capacités de cerner un biofilm au chevet d'un patient présentant une plaie complexe évoluent. Les recherches actuellement en cours feront beaucoup avancer les connaissances dans ce domaine. »

Références/References

- Schultz G. Molecular regulation of wound healing. In: Bryant RA, Dix DP, eds. *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management* (3rd ed). Philadelphia, PA: Mosby; 2007:82-99.
- Health Outcome Worldwide database. New Waterford, Nova Scotia: Health Outcome Worldwide; 2010.
- Malone ML, Rozario N, Gavinski M, et al. The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly. *Am Geriatr Soc*. 1991;39:591-595.
- Everett S, Powell T. Skin tears – the underestimated wound. *Prim Intent*. 1994;2:28-30.
- Carville K, Lewin G. Caring in the community: a wound prevalence survey. *Prim Intent*. 1998;5:54-62.
- Carville K, Smith J. Reported skin tears in 20% of known wounds in the veteran population. *Prim Intent*. 2004;12:41-48.
- Carville K, Lewin G, Newall N, et al. STAR: a consensus for skin tear classification. *Prim Intent*. 2007;15:18-28.
- LeBlanc K, Christensen D. Prevalence of skin tears in long-term care facility. Poster presented at the 17th annual Canadian Association of Wound Care conference; Ottawa, ON, November 3–6, 2011. Poster #25.

Institut de l'ACSP pour la prévention et la gestion des plaies



SÉRIE L: NIVEAUX 1, 2 ET 3

Montréal, QC

3 – 6 mai 2012 • Lieu à déterminer

(Session prononcée en français)

L'Institut de l'ACSP qui se tiendra à Montréal inclut :

Niveau 1 : Apprentissage des connaissances

Connaissances de base sur la gestion des plaies pour favoriser une approche client basée sur des pratiques exemplaires, notamment : les principes de la cicatrisation des plaies; la préparation du lit de la plaie; les ulcères de pression, les ulcères veineux de la jambe et les ulcères du pied diabétique.

Niveau 2 : Apprentissage de compétences

Un apprentissage interactif et la pratique de compétences en soins des plaies, notamment : soins de plaies locales; débridement, prévention des infections et choix de pansements; évaluation de la jambe inférieure et compressothérapie; les chaussures et les soins des pieds; gestion de la pression, de la friction et du cisaillement.

Niveau 3 : Développement d'une attitude propice à l'apprentissage

Étapes et méthodes pour pratiquer au sein d'une équipe afin de développer et de maintenir des stratégies de prévention axées sur la sensibilisation et la prévention des ulcères de pression et des ulcères du pied diabétique.



Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :
l'Association canadienne du soin des plaies
416-485-2292 poste 228 · jane.lee@cawc.net

Inscrivez-vous dès maintenant sur www.cawc.net