

QUEL TYPE DE PANSEMENT SUR QUEL TYPE DE PLAIE CHRONIQUE

Sabine Boulangé
IDE centre de cicatrisation CH AUCH

Il y a environ 25-30ans

- Tulle gras
- Biogaze
- Betatulle
- Biafine
- Eosine
- Duoderm
- Permanganate

De nos jours



17.05.2011

Principes de base

- Maintenir le milieu humide favorable à la cicatrisation
- S'adapter à l'évolution de la plaie
- Respecter l'écosystème

Maintien milieu humide

- Absorber les exsudats trop importants



- Humidifier les plaies trop sèches

Choix en fonction de l'exsudat

- **Exsudat +++** :
 - Hydro fibre (Aquacel): fibre de CMC, se transforme en gel au contact des exsudats absorbe 30 x son poids
- **Exsudat ++** :
 - alginates: polymères naturels extraits d'algues brunes, absorbe 15x son poids , pouvoir hémostatique
- **Exsudat +** :
 - Hydro cellulaires: mousses de polyuréthane, peu absorbants
- **Exsudat -** :
 - tulle – interface: imprégnés d'un corps lipidique (paraffine, vaseline, silicone...) avec +/- CMC
 - hydro colloïde: origine naturelle CMC imperméable aux liquides et bactéries non absorbants. Perméable aux gaz
- **Exsudat --** :
 - hydrogel : forte proportion d'eau + CMC
- Rythme de réfection à adapter à l'exsudat.

Evolution de la plaie

- Evolution en 4 phases
- Evaluation par l'échelle colorielle
 - Noir
 - Jaune
 - Rouge
 - Rose

STADE

- Ulcère nécrotique



- Ulcère fibrineux



- Ulcère bourgeonnant



- Ulcère épidermisé



Phase nécrotique

- Hydrogel ou Vaseline

(*Duoderm hydrogel-intrasite gel-purilon*)



- Recouvrir avec

- Hydro colloïde (*Duoderm. Comfeel*)

- tulle ou interface (*vaselitulle-jelonet-urgotul-mepitel-hydrotul*)

Phase fibrineuse

- Fibrine sèche

- Vaseline ou hydrogel
- Recouvrement: tulle ou interface hydro colloïde
-



- Fibrine + exsudat modéré

- vaseline ou hydrogel
- Recouvrement : Alginate (*urgosorb-seasorb-algosteril-coalgan*)



Phase bourgeonnante

- **Peu exsudative** → hydro cellulaires
(*cellosorb, mepilex, allevyn, biatain*)
- **Exsudat moyen** → tulle ou interface+aquacel
- alginates
- **Exsudat abondant** → hydro fibre
- **Sèches** → tulle ou interface







Phase d'épidermisation

- Exsudat faible
 - Hydro cellulaire
 - Tulle ou interface
 - Hydro colloïde

- Exsudat abondant
 - Hydrofibre



Tableau récapitulatif

	Exsudat +++	Exsudat ++	Exsudat+	Plaie sèche
Nécrose 			Vaseline ou hydrogels + hydro colloïdes ou hydro cellulaires	Vaseline ou hydrogels + tulle ou interface ou hydro colloïdes
Fibrine 	Hydro fibres Ou alginates	Alginates	Hydrogels + alginate	Hydrogels + tulle ou interface ou hydro colloïde
Bourgeonnement 	Hydro fibres	Hydro fibres ou alginates (si saignement)	Hydro cellulaires ou hydro colloïdes	Tulles ou interfaces ou hydro colloïdes
Epidermisation 	Hydro fibres	Hydro fibres ou alginates (si saignement)	Hydro cellulaires ou hydro colloïdes	Tulles ou interfaces ou hydro colloïdes

Respect de l'écosystème

- Les germes participent à la cicatrisation
- Éviter le déséquilibre et une colonisation critique
- Ne pas utiliser d'antiseptiques locaux, d'antibiotiques locaux
- Si surinfection significative: signes locorégionaux (douleur, rougeur, exsudat nauséabond, lymphangite, fièvre)
 - Traitement antibiotique par voie générale
 - Pansements à l'Argent pendant 8 jours (à adapter à l'exsudat)
- Plaies malodorantes: charbon +/- argent

Cas particuliers

- Plaies atones:
 - Ialuset (acide hyaluronique)
 - Cellostart (antimétalloprotéase)



- Plaies hyperalgiques
 - Biatain ibu



Cas particuliers

- Plaies hémorragiques ou tumorales:
 - Alginate ou tulle



- Nécrose orteils (ischémie critique)
 - Béta tulle pour circonscrire les tissus nécrotiques avant geste de propreté



En fonction du site de la plaie

- Tous types de forme
- Formes anatomiques
- talon, sacrum
- +/- combinées
- Avec ou sans adhésifs



En fonction de la peau péri lésionnelle

- Escarre peau saine:
 - Pansement occlusif adhésif
 - hydrocolloïde



- Ulcère peau très altérée
 - Suppression des adhésifs
 - Soins et protection



Conclusions

- Toujours rechercher l'étiologie
- Nécessite une prise en charge thérapeutique adaptée pour favoriser la cicatrisation

ULCERE VEINEUX → COMPRESSION



ULCERE ARTERIEL → REVASCULARISATION



ESCARRE/ PIED DIABETIQUE → DECHARGE



Conclusions

- Rester le plus simple possible
- Améliorer le confort du patient
- Le pansement ne doit pas générer de douleur à la réfection, au retrait ni durant la journée
- Ne pas changer un pansement qui convient
- Eviter les modifications de pansement répétées et fréquentes : risque d'intolérance et allergie
- Adapter les objectifs en fonction du contexte général