

# Prise en charge des Plaies infectées (escarres et ulcères)

---

Anne Dompmartin MD-PhD  
Unité Mobile Plaies et Cicatrisation  
CHU Caen

# Quelles recommandations ?

---

- France (SPLF) [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)
  - 2006 RPC pied diabétique infecté
  - 2000 : érysipèle et fasciite nécrosante
  - En cours Infections peau et tissus mous dont une partie consacrée à aux « infections des plaies »
- Europe : aucune recommandations à ce jour
  - USA (IDSA) : [www.idsociety.org](http://www.idsociety.org)
  - 2014 dagnosis and managmeent of skin of soft tissue infections
  - 2012 diagnosis and treatment of diabetic foot infections
- Faible niveau de preuve pour toutes les recommandations

# Comment faire le diagnostic d'infection d'une plaie ?

---

- L'examen clinique est essentiel ++
- Des critères biologiques
- Des critères microbiologiques
- Les critères dépendent du type de plaies
  - Escarres, ulcères vasculaires
  - Brûlures et plaies chirurgicales aiguës
- Les critères dépendent aussi du terrain
  - Immunocompétent ou immunodéprimé (chimiothérapie, biothérapies, thérapies ciblées ...)
  - Diabète
  - Artérite, insuffisance veino-lymphatique ...
  - Tumeur cutanée ulcérée

# Infection et plaies

---

- **Contamination** : présence de bactéries qui ne se multiplient pas ; ne modifie pas la cicatrisation
- **Colonisation** : présence de bactéries qui se multiplient sans réaction de l'hôte et sans dommage tissulaire
- **Infection** : multiplication des bactéries avec réaction de l'hôte locale ou générale
- La peau a un microbiote cutané naturel qui peut se modifier en fonction de l'environnement

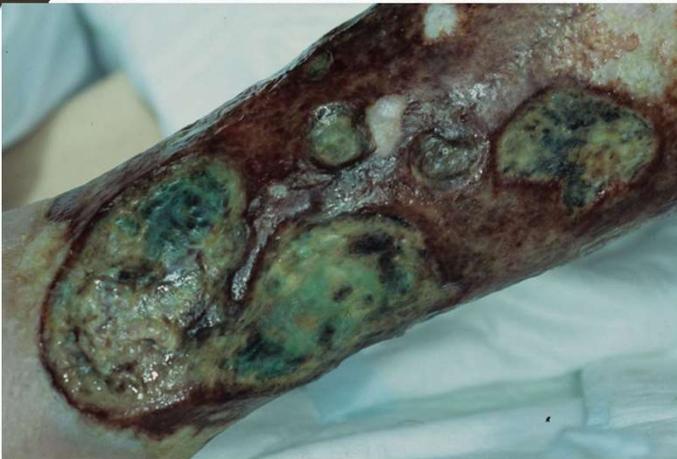
# Clinique

Inflammation  
Fièvre  
Ecoulement purulent

Abcès



Odeur  
Couleur



## Clinique : reconnaître la gravité



Examen clinique ++  
Crépitation neigeuse



**Fasciite Nécrosante**  
**Gangrène de Fournier**



# Se méfier



Rougeur chaleur  
Douleur



Lésions nécrotiques  
Profondes

Saleté : lit  
de l'infection



Hématomes  
Risque infectieux



Tenir compte du Terrain : diabète, atteinte neurologique et vasculaire, immuodépression



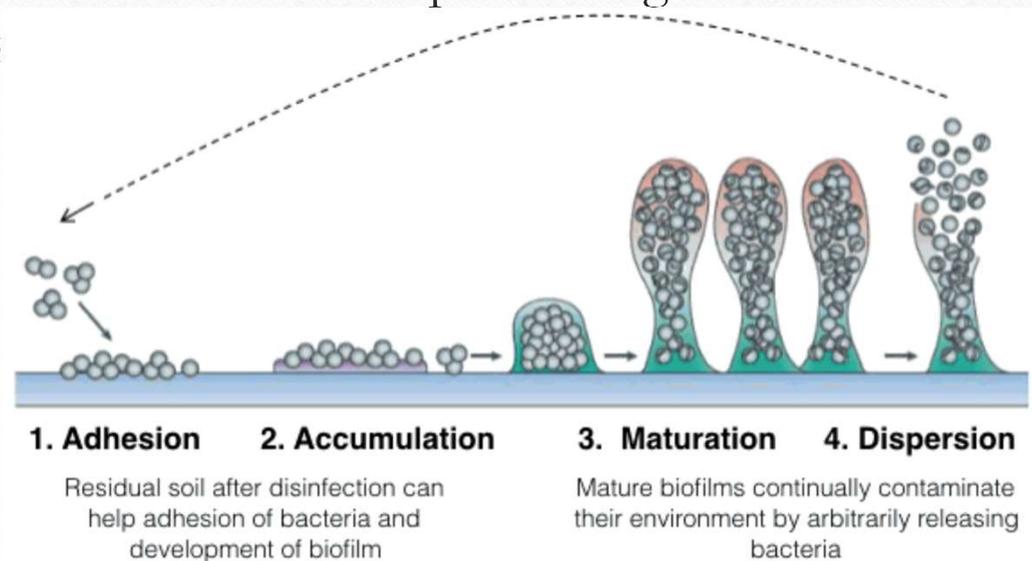
# Signes cliniques évoquant une infection

---

- Apparition d'un retard de cicatrisation
- Aggravation d'un exsudat
- Douleur
- Suintement pus
- Friabilité du tissu de granulation
- Erythème
- Elevation de la CRP
- Fièvre ....

# Qu'est ce qu'un biofilm ?

- Organisation bactérienne : matrice tridimensionnelle protéines glucides DNA qui protège les bactéries des agressions
- 90% de la vie des bactéries
- Protège contre immunité



Biofilm : « Slime »



# Comment prendre en charge les Biofilms ?

Aucune étude, Aucun consensus SAUF



**Détersion +++**

**Lavage eau et savon +++**

- Gant toilette usage unique
- Bain de jambe ou pied avec Maizena

# Aspect microbiologique : Faut-il faire un examen bactériologique ?

## Quand ?

- Plaie chronique avec signes d'infection
- Détérioration de la plaie malgré traitement adapté
- Surveillance des BMR (écologie des Unités de soins)

## Résultats

- Difficile de différentier infection et colonisation
- A corrélér avec la clinique
- Problèmes de l'ostéite +++
  - Exposition superficielle
  - Atteinte médullaire : os friable
- Discussion interdisciplinaire +++



## Comment ?

- PREPARER LA PLAIE +++
- Lavage eau et savon
- Utilisation possible d'antiseptique à rincer
- Détersion et rincer +++
- Plusieurs prélèvement osseux profonds
- Biopsie tissulaire profonde
- Après arrêt des antibiotiques 15 jours
- Milieux de transport (microbiologiste)



Gélosés



Liquides (e-swab ou trans-swab)+++

# Prise en charge locale

## Réflexion sur l'étiologie du retard de cicatrisation

---

- Essentiel pour les plaies du sujet âgé ++++
- Ne pas attendre que la plaie s'infecte
- Lutter contre la dénutrition
- Problème de tolérance des antibiotiques systémiques
- Eviter la iatrogénie du sujet âgé ++



### Lutter contre les facteurs qui retardent la cicatrisation

- ❖ Compression,
- ❖ Décharge des points de pression
- ❖ Revascularisation artérielle
- ❖ Prise en charge microangiopathie :
  - vascularite,
  - cryoglobuline,
  - polyglobulie,
  - Angiodermite nécrotique ...

# Prise en charge locale

## Quel pansement proposer ?

### Lit de l'infection :

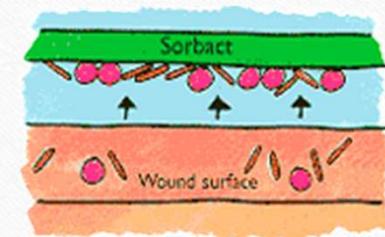
- Suintement et stase vasculaire veino-lymphatique
- Nécrose cutanée
- Ischémie vasculaire
- Neuropathie
- Hématomes

### Adapter le pansement à l'aspect de la plaie

- Colonisation
- Suintement ou plaie sèche

### Pansement luttant contre la colonisation importante :

- Pansement Ag : Urgotul Ag, Urgoclean Ag
- Sorbact : absorption des bactéries et champignons par méthode physique : Interaction hydrophobe/hydrophobe





# Prise en charge locale

## Comment soigner une plaie à risque infectieux ?

- Lavage eau et savon +++
- Assécher ou ramollir la nécrose
- Détersion : fibrine ou nécrose  
(APRES revascularisation artérielle)
- Pansement primaire absorbant si suintement
  - Alginate, Hydrofibre (CMC ou polyacrylate)
- Pansement secondaire américain ou superabsorbant
- Compression (si pas artérite)



Alginate



Hydrofibre



# Situations cliniques justifiant une antibiothérapie

---

- Aucune indication préventive
- Pas de place pour antibiothérapie locale
- **On traite par antibiotiques que les infections et pas les colonisations**
  - Sepsis
    - fièvre, syndrome inflammatoire
    - **La responsabilité de la plaie** doit être évoquée en cas de signes locaux évocateurs et en l'absence d'autres foyers
- Infections non purulentes = dermohypodermite, érythème chaleur oedème
- Abscesses : rôle majeur du drainage`
- Ostéite

# Infection sur plaie < 6 mois (hors pelvis et hors ostéite)

---

- **Cas général : anti SARM + streptocoque**
  - Amoxicilline Acide clavulanique (AUGMENTIN®)
  - Si érysipèle typique : AMOXICILLINE
- **Si infection grave ou nécrosante ajout**
  - Clindamycine ou linesolide pour effet antitoxinique ;
  - Gentamycine si sepsis
- **Portage SARM connu ou suspecté (long séjour) : linesolide**
- **Si exposition hydrique (Aéromonas) : amoxicilline acide clavulanique + ciprofloxacine**
- **Adaptation secondaire aux prélèvements**
- **Durée pour peau et tissus mous : 7 jours**

# Autres situations

---

- **Plaie pelvienne** : piperacilline-tazobactam
- **Plaie chronique > 6 mois** : C3G + linezolide + Metronidazole
- **Des prélèvements de bonne qualité** doivent être réalisés dès que possible pour guider une désescalade
- **Pas de place pour carbapénème en probabiliste**
- **Ostéites :**
  - durée antibiothérapie 4-6 semaines
  - Avis infectiologue ++
  - Prélèvement de bonne qualité

# Conclusion

---

- Le développement d'une infection de plaie dépend de la pathogénicité et de la virulence des microorganismes et de l'immunocompétence de l'hôte
- Les signes cliniques d'infection ne sont pas clairement définis et il faut **dépister précocément** les prémices (= colonisation critique ??)
- Savoir prendre en charge une plaie à risque infectieux **avec traitement local** adapté
- Le diagnostic d'infection est **clinique +++**
- Le prélèvement bactériologique **non systématique** est utile pour adapter l'antibiothérapie qui est souvent probabiliste initialement