



Atelier Interactif Cicatrisation

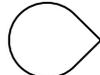
Dr Magali Drouard
Dermatologue – CHRU Lille



Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : Dr Magali Drouard

Titre : Atelier interactif en cicatrisation

-  Consultant ou membre d'un conseil scientifique OUI NON
-  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents OUI NON
-  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations OUI NON
-  (coloplast, Urgo, Hartmann, Smith nephew)
Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique OUI NON

Explications sur le fonctionnement des boîtiers

Présentation des

Lorsque le vote est ouvert
Le chronomètre s'affiche, vous disposez de 30 secondes

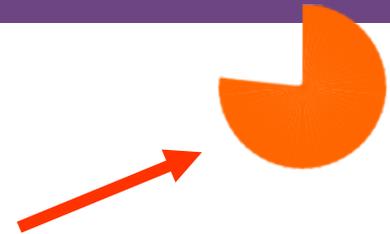
Appuyez sur la touche de votre choix.
C'est le dernier choix qui est pris en compte

Votre vote s'affiche ici

Vous n'avez pas à valider.

Le nombre de votants s'affiche ici .

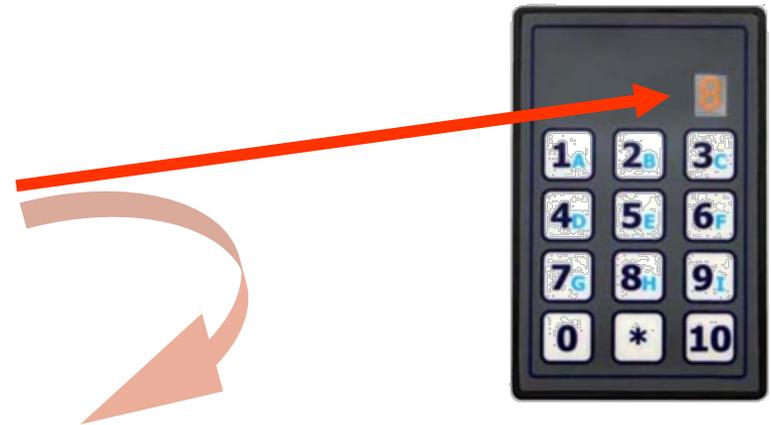
85



Présentation des

Si vous appuyez sur
une touche du boitier

Et que des tirets s'affichent



C'est parce que le vote n'est pas ouvert.
Attention , dans ce cas votre vote ne sera pas pris en
compte

1. Quelles sont parmi ces propositions
les facteurs de retard de cicatrisation
(plusieurs réponses possible)

1. La carence en Zinc
2. La présence excessive de micro organisme
3. L'hypoxie
4. Le suintement
5. Le stress

1. Quelles sont parmi ces propositions
les facteurs de retard de cicatrisation
(plusieurs réponses possible)

A. La carence en Zinc

B. La présence excessive de micro organisme

C. L'hypoxie

D. Le suintement

E. Le stress

2. Quelles sont parmi ces propositions
les facteurs de retard de cicatrisation
(plusieurs réponses possible)

1. La presence de nécroses ou de fibrine
2. La malnutrition
3. Le bourgeonnement
4. L'anémie
5. Les maladies du tissu conjonctif

2. Quelles sont parmi ces propositions
les facteurs de retard de cicatrisation
(plusieurs réponses possible)

A. La presence de nécroses ou de fibrine

B. La malnutrition

C. Le bourgeonnement

D. L'anémie

E. Les maladies du tissu conjonctif

3. Quelles sont les plaies en retard de cicatrisation ? (plusieurs réponses possible)



1. A
2. B
3. C

3. Quelles sont les plaies en retard de cicatrisation ? (plusieurs réponses possible)



A. Retard cicatrisation



B. NON, ulcère bourgeonnant
en cours de cicatrisation



D. Retard Cicatrisation
(radiodermite ulcérée)

4. Quelles sont les plaies en retard de cicatrisation ? (plusieurs réponses possible)



1. A

2. B

3. C

4. D

4. Quelles sont les plaies en retard de cicatrisation ?
(plusieurs réponses possible)



A calcifications
sous cutanées



B infection



C dégénérescence
carcinomateuse



D Bonne évolution

5. Concernant les plaies chroniques infectées, quelles affirmations sont vraies ?
(plusieurs réponses possible)

1. L'infection de l'ulcère de jambe est très fréquente
2. il ne faut pas confondre infection et colonisation bactérienne d'ulcère
3. Il faut traiter la flore bactérienne des ulcères de jambe
4. L'ulcère de jambe est un milieu organique favorable à la croissance des germes saprophytes de la peau

5. Concernant les plaies chroniques infectées, quelles affirmations sont vraies ?
(plusieurs réponses possible)

- A. L'infection de l'ulcère de jambe est très fréquente
- B. il ne faut pas confondre infection et colonisation bacterienne d'ulcère
- C. Il faut traiter la flore bacterienne des ulcères de jambe
- D. L'ulcère de jambe est un milieu organique favorable à la croissance des germes saprophytes de la peau

6. Concernant les plaies chroniques infectées, quelles affirmations sont vraies ? (plusieurs réponses possible)

1. La plaie s'infecte surtout au stade de déterision
2. Le risque d'infection est important sur un pied diabétique
3. L' ulcère veineux s'infecte plus que l' ulcère artériel
4. L'utilisation chronique d'antiseptique ou d'antibiotiques locaux dans les plaies chroniques favorise l'apparition de germes résistants

6. Concernant les plaies chroniques infectées, quelles affirmations sont vraies ? (plusieurs réponses possible)

- A. La plaie s'infecte surtout au stade de détersion
- B. Le risque d'infection est important sur un pied diabétique
- C. L' ulcère veineux s'infecte plus que l' ulcère artériel
- D. L'utilisation d'antiseptique ou d'antibiotiques locaux dans les plaies chroniques favorise l'apparition de germe résistant



7. Quels sont les signes cliniques d'infection de plaie ? (plusieurs réponses possible)

1. AUGMENTATION DE DOULEUR AU NIVEAU DE LA PLAIE
2. PLAIE MALODORANTE
3. MODIFICATION DE LA COULEUR DU LIT DE LA PLAIE
4. MODIFICATION D'UN EXSUDAT
5. APPARITION DE NOUVELLES PLAIES A PROXIMITE

7. Quels sont les signes cliniques d'infection de plaie ?
(plusieurs réponses possible)

A. AUGMENTATION DE DOULEUR AU NIVEAU DE LA PLAIE

B. PLAIE MALODORANTE

C. MODIFICATION DE LA COULEUR DU LIT DE LA PLAIE

D. MODIFICATION D'UN EXSUDAT

E. APPARITION DE NOUVELLES PLAIES A PROXIMITE

8. Quels sont les signes cliniques d'infection de plaie ? (plusieurs réponses possible)

1. TISSUS DE GRANULATION FRIABLE, SAIGNANT facilement
2. APPARITION DE TACHES NECROTIQUES
3. OEDEME ISOLE DE LA JAMBE
4. PIGMENTATION VERDÂTRE DE LA PLAIE
5. SUINTEMENT DE PLAIE

8. Quels sont les signes cliniques d'infection de plaie ?
(plusieurs réponses possible)

A. TISSUS DE GRANULATION FRIABLE, SAIGNANT facilement

B. APPARITION DE TACHES NECROTIQUES

C. OEDEME ISOLE DE LA JAMBE

D. PIGMENTATION VERDÂTRE DE LA PLAIE

E. SUINTEMENT DE PLAIE

9. Quelles plaies sont infectées ?
(plusieurs réponses possible)



1. A

2. B

3. C

4. D

9. Quelles plaies sont infectées ? (plusieurs réponses possible)



10. Quels pansements pouvez-vous proposer pour cet ulcère ? (plusieurs réponses possible)

1. Hydrogel (ex : Purilon ...)
2. Hydrofibre (ex : Aquacel ...)
3. Tulle (ex : Jelonet ...)
4. Alginate (ex : Algostéрил ...)
5. Hydrocolloïde (ex : Comfeel)



10. Quels pansements pouvez-vous proposer pour cet ulcère ?
(plusieurs réponses possible)

A. Hydrogel (ex : Purilon ...)

B. Hydrofibre (ex : Aquacel ...)

C. Tulle (ex : Jelonet ...)

D. Alginate (ex : Algostéril ...)

E. Hydrocolloïde (ex : Comfeel)



11. Quelle conduite a tenir pour cette plaie infectée douloureuse ? (plusieurs réponses possible)

1. Bain de jambes, savonnage savon de Marseille
2. Antiseptiques
3. Pommade antibiotique
4. Pansement aux Charbons (ex : Actisorb ...)
5. Antibiotiques per os
6. Compression (bande de contention)



11. Quelle conduite a tenir pour cette plaie infectée douloureuse ? (plusieurs réponses possible)

- A. Bain de jambes, savonnage savon de Marseille
- B. Antiseptiques
- C. Pommade antibiotique
- D. Pansement aux Charbons (ex : Actisorb ...)
- E. Antibiotiques per os
- F. Compression (bande de contention)



→
Evolution
J15



12. Quelle conduite à tenir pour cet ulcère veineux ? (plusieurs réponses possible)

1. Prélèvement local
2. Antiseptiques
3. Détersion au grattoir de Vidal
4. Hydrofibre (Aquacel)
5. Hydrogel (Purilon)



12. Quelle conduite à tenir pour cet ulcère veineux ?
(plusieurs réponses possible)

A. Prélèvement local

B. Antiseptiques

C. Détersion au grattoir de Vidal

D. Hydrofibre (Aquacel)

E. Hydrogel (Purilon)



13. Quelles plaies sont infectées ?
(plusieurs réponses possible)



1. A

2. B

3. C

4. D

13. Quelles plaies sont infectées ?
(plusieurs réponses possible)



A.INFECTEE



B.NON



C.NON



D.INFECTEE

14. Quelles plaies sont infectées ?
(plusieurs réponses possible)



A



B



C



D

1. A

2. B

3. C

4. D

14. Quelles plaies sont infectées ?
(plusieurs réponses possible)



A. INFECTEE



**B. ECZEMA
de CONTACT**



**C. INFECTEE
(ERYSIPELE)**



D. FIBRINEUX

Cas cliniques

CAS CLINIQUE 1

- Un patient de 63 ans , obèse et diabétique arrive aux urgences pour une fièvre a 39° et « sa jambe qui a changé de couleur », suite a une petite chute pourtant sans gravité il y a 48h.



1. Quel est votre diagnostic ? (une seule réponse possible)



1. Gangrène Gazeuse
2. Fasciite nécrosante
3. Hématome
4. Erysipèle

**1. Quel est votre diagnostic ?
(une seule réponse possible)**



A. Gangrène Gazeuse

B. Fasciite nécrosante

C. Hématome

D. Erysipèle

2. Quel traitement proposez vous en première intention ? (Plusieurs réponses possible)



1. Amputation
2. antibiotique à large spectre
3. Hydrogel
4. Parage chirurgical

2. Quel traitement proposez vous en première intention ? (Plusieurs réponses possible)

A. Amputation



B. antibiotique a large spectre

C. Hydrogel

D. Parage chirurgical

**3. Après décapage chirurgicale et ATB, on retrouve une vaste plaie avec encore des zones nécrotiques sèches, que proposez vous pour DETERGER ?
(Plusieurs réponses possible)**



1. détersion mécanique au bistouris
2. Hydrogel
3. Jetox
4. Tulle gras seul

3. Après décapage chirurgicale et ATB, on retrouve une vaste plaie avec encore des zones nécrotiques sèches, que proposez vous pour DETERGER ?
(Plusieurs réponses possible)

A. déterision mécanique au bistouris

B. Hydrogel

C. Jetox

D. Tulles gras seul



4. Après décapage au bistouris, on obtient une plaie un peu creuse et infractueuse, encore légèrement fibrineuse.

Devant cette vaste plaie que proposez vous en priorité pour stimuler le bourgeonnement ?



1. A. Electrostimulation
2. B. Thérapie par pression négative (VAC, Rénasys ...)
3. C. Larvothérapie
4. D. Caisson hyperbare

4. Après décapage au bistouris, on obtient une plaie un peu creuse et infractueuse, encore légèrement fibrineuse.

Devant cette vaste plaie que proposez vous en priorité pour stimuler le bourgeonnement ?



A. Electrostimulation

B. Thérapie par pression négative (VAC, Rénasys ...)

C. Larvothérapie

D. Caisson hyperbare

5. Apres 10 jours de TPN, on note une vaste plaie totalement bourgeonnante, que proposez vous pour accélérer l'épidermisation ?



1. A. lambeau de recouvrement
2. B. greffe de peau mince
3. C. Interface avec NOSF
4. D. Miel

5. Apres 10 jours de TPN, on note une vaste plaie totalement bourgeonnante, que proposez vous pour accélérer l'épidermisation ?



A. lambeau de recouvrement

B. greffe de peau mince

C. Interface avec NOSF

D. Miel



CAS CLINIQUE 2

- Patiente de 72 ans
- ATCD : HTA, AOMI modérée et insuffisance veineuse sévère
- Ulcères veineux depuis 1999
- 2005 : greffe de peau mince permettant une cicatrisation complète.
- Depuis 2015 : récurrence d'ulcères bilatéraux bimalléolaires très étendus avec OMI +++
- En 2016 : se présente aux urgences devant l'aggravation des douleurs, l'apparition d'un suintement majeur et d'un dépôts verdâtre épais sur les plaies
- Pas de signe d'érysipèle, ni fièvre, ni altération de l'état général.
- d'une douleur locale extrêmement importante chiffrée à 9 sur l'EVA.



1. Quel est votre diagnostic ? (une seule réponse possible)

1. Ulcères contaminés
2. Fasciite nécrosante
3. Ulcères abcédés
4. Erysipèle
5. Ulcères colonisés (colonisation critique)



1. Quel est votre diagnostic ? (une seule réponse possible)

A. Ulcères contaminés

B. Fasciite nécrosante

C. Ulcères abcédés

D. Erysipèle

E. Ulcères colonisés (colonisation critique)

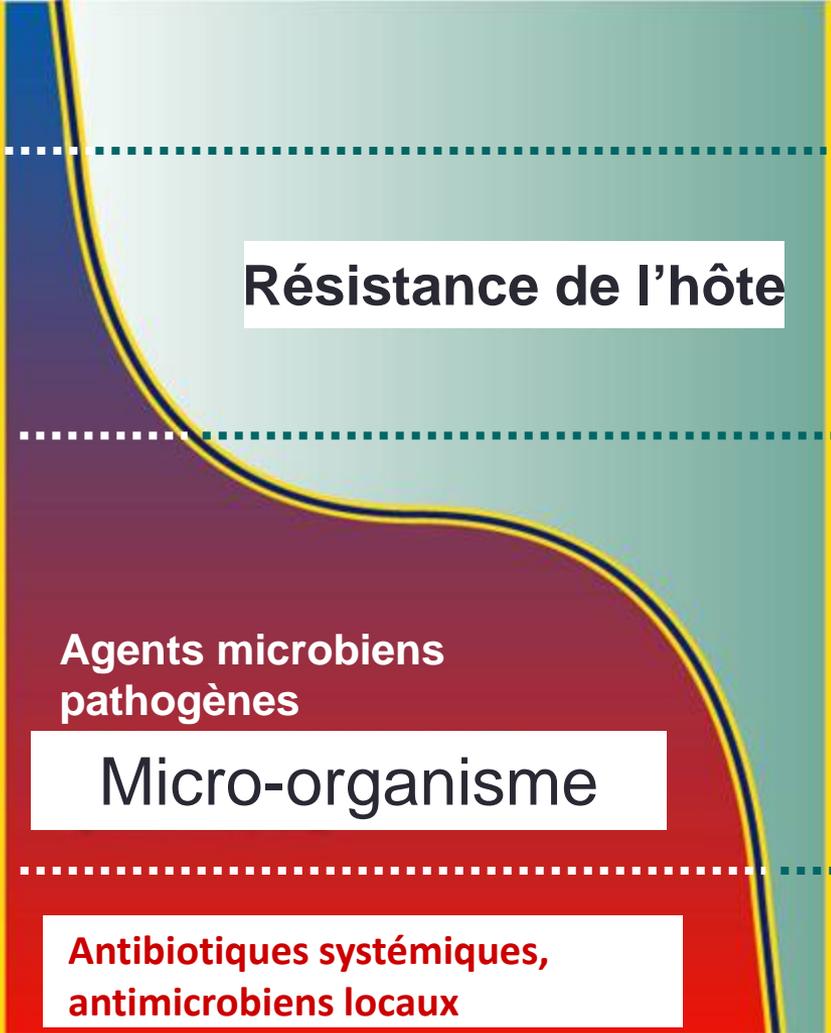


Contamination
(Contrôlée par l'hôte)

Colonisation
(Colonisation microbienne contrôlée par l'hôte, équilibre microbien)

Colonisation critique
(Colonisation microbienne, retard de la cicatrisation, déséquilibre microbien, pas de signes d'infection)

Infection
(Contrôle microbien)



2. A quoi est liée cette coloration bleu verdâtre des plaies ? (une seule réponse possible)

1. Staphylocoque Aureus
2. Escherichia coli
3. Pyocyanique ou Pseudomonas aeruginosa
4. Streptocoque
5. Toxine botulique

**2. A quoi est liée cette coloration bleu verdâtre des plaies ?
(une seule réponse possible)**

A. Staphylocoque Aureus

B. Escherichia coli

C. Pyocyanique ou Pseudomonas aeruginosa

D. Streptocoque

E. Toxine botulique

3. Quelle prise en charge globale proposez vous ?

(Plusieurs réponses possible)

1. Pédiluve
2. Décapage (détersion mécanique au bistouri)
3. Pansement alginaté
4. Caisson hyperbare
5. Contention par bande Biflex 17 (24h/24), puis contention multicouche dans un deuxième temps
6. Greffe de peau

3. Quelle prise en charge globale proposez vous ?

(Plusieurs réponses possible)

A. Pédiluve

B. Décapage (détersion mécanique au bistouri)

C. Pansement alginate

D. Caisson hyperbare

E. Contention par bande Biflex 17 (24h/24), puis contention multicouche dans un deuxième temps

F. Greffe de peau

PEDILUVE



DETERSION



Pansements/Indications

Hydrogel	Pl. necroticofibrineuses sèches		
Alginates	plaies très exsudatives, fibrineuses, infectées, hémorragiques		
Hydrofibre/polyacrylate	plaies très exsudatives, fibrineuses, infectées,		
Hydrocellulaire	Plaies bourgeonnantes exsudatives ou non		
Hydrocolloïde	Plaies bourgeonnantes ou fibrineuse non exsudative, non infectée		
Tulles	Plaies bourgeonnantes non exsudative		
Interface	Plaies bourgeonnantes non exsudative		
Acide Hyaluronique	Plaies bourgeonnantes non exsudative		

INDICATIONS	PANSEMENTS	RENOUVELLEMENT
Plaie nécrotique NOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - HYDROGEL +++ (sous occlusion) - HYDROCLEAN 	48h
Plaie fibrineuse JAUNE	<ul style="list-style-type: none"> - ALGINATE - HYDROFIBRE - HYDROCELLULAIRE 	48 h
Plaie infectée VERTE	<ul style="list-style-type: none"> - ALGINATE - HYDROFIBRE - HYDROCELLULAIRE - Pansement charbon /Ag 	24 h
Plaie bourgeonnante ROUGE	<ul style="list-style-type: none"> - HYDROCELLULAIRE - Acide HYALURONIQUE - HYDROCOLLOIDE - TULLE/INTERFACE 	48 h – 72 h
Epidermisation Dermabrasion ROSE	<ul style="list-style-type: none"> - HYDROCELLULAIRE - Acide HYALURONIQUE - TULLE/INTERFACE - HYDROCOLLOIDE mince 	48 h – 1 semaine

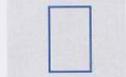
Bandes élastiques classiques



CONTENTIONS



Bandes multicouches



Marquage rectangulaire :
bande au repos



Marquage carré :
bande sous tension
thérapeutique

MÉTHODE HABITUELLE DE POSE



1 - Départ à la base
des orteils



2 - 1^{er} tour sur le pied



3 - 2^e tour sur le pied



4 - 3^e tour sur la cheville



5 - 4^e tour sur le pied
prenant également le talon



6 - Remontée le long du
mollet



Intérêt des multicouches / bande elastique



Intérêt multicouches / bande élastique



RESULTATS CHEZ CETTE PATIENTE



↪ Evolution favorable



CAS CLINIQUE 3

- Homme de 73 ans
- ATCD : DNID, Tabagisme, obésité, maladie de Parkinson et AVC il y a 1an (hémiplégie)
- Escarre sacrée apparue il y a 3 mois
- Depuis 8 jours, nette aggravation de la douleur et de la lésion, qui se « creuse et sent mauvais » d'après l'épouse du patient
- A l'examen vous avez un contact osseux



**1. Quel est le stade de cette escarre ?
(une seule réponse possible)**

1. Stade 1
2. Stade 2
3. Stade 3
4. Stade 4



**1. Quel est le stade de cette escarre ?
(une seule réponse possible)**

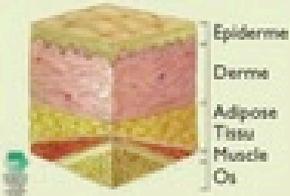
A. Stade 1

B. Stade 2

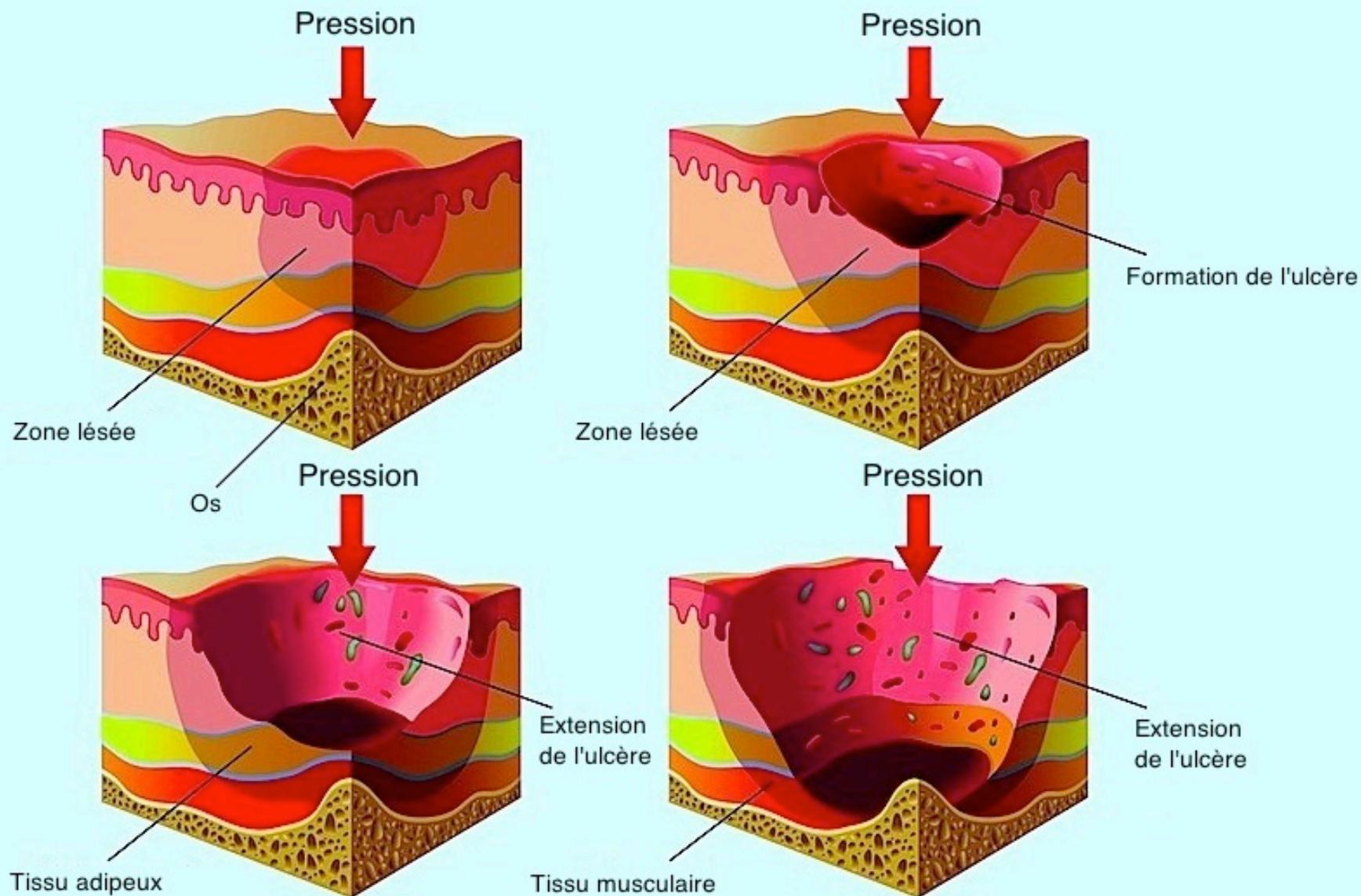
C. Stade 3

D. Stade 4



Stades	Eléments	Schémas	Illustrations
0	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperhémie réactionnelle • Peau intacte, rougeur blanchissant à la pression digitale et se recolorant en quelques secondes • Lésions réversibles en moins de 24 heures, phase d'alerte pour les soignants 		
1	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur persistante, ne blanchissant pas à la pression digitale • Représente déjà une lésion tissulaire 		
2	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant l'épiderme et/ou le derme formant une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle 		
3	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau (épiderme, derme, hypoderme) • Avec ou sans décollement périphérique 		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance, dépassant l'aponévrose musculaire, pouvant atteindre l'os, les muscles, les tendons ou l'articulation, avec description de certains facteurs péjoratifs (décollement, contact osseux, fistule et/ou infection) 		
Non catégorisable	<ul style="list-style-type: none"> • Escarre constituée, recouverte soit de fibrine, soit d'une croûte, ne pouvant encore être caractérisée 		

Escarres ou ulcères de décubitus



**2. Quels sont chez ce patient les facteurs de risque d'escarre ?
(Plusieurs réponses possible)**

1. Obésité
2. Hémiplégie
3. Age
4. Diabète
5. Maladie de Parkinson

**2. Quels sont chez ce patient les facteurs de risque d'escarre ?
(Plusieurs réponses possible)**

A. Obésité

B. Hémiplégie

C. Age

D. Diabète

E. Maladie de Parkinson

LES FACTEURS DE RISQUE

- **Le facteur déterminant : IMMOBILISATION PROLONGEE**
- **Les facteurs favorisants :**
 - Facteurs généraux :
 - âge > 70 ans
 - diabète
 - éthylisme
 - artérite
 - choc hypovolémique
 - hypotension
 - pathologie neurologique sensitivomotrice
 - dénutrition/malnutrition/amyotrophie
 - surcharge pondérale/extrême maigreur
 - altération de l'état général (cancer – insuffisance cardiaque...)
 - état psychique perturbé
 - troubles métaboliques
 - Facteurs locaux :
 - cisaillement
 - frottements de la peau
 - troubles sphinctériens
 - macération
 - altérations cutanées
 - hygiène corporelle défailante

Zone d'appui / position



3. Que proposez vous ? (Plusieurs réponses possible)

1. Prélèvement local
2. détersion
3. Savonnage et rinçage
4. Antiseptique



3. Que proposez vous ? (Plusieurs réponses possible)

A. Prélèvement local

B. déterision

C. Savonnage et rinçage

D. Antiseptique

**4. Quels pansements pouvez vous proposer sur cette escarre ?
(Plusieurs réponses possible)**

1. A. Tulle gras
2. B. Alginate mèche
3. C. Ialuset crème
4. D. Biafine
5. E. Hydrofibre mèche
6. F. Hydrogel



4. Quels pansements pouvez vous proposer sur cette escarre ? (Plusieurs réponses possible)

A. Tulle gras

B. Alginate mèche

C. Ialuset crème

D. Biafine

E. Hydrofibre mèche

F. Hydrogel



**5. Que proposez vous de manière générale ?
(Plusieurs réponses possible)**

1. Matelas anti escarre
2. Position ventrale
3. Changement de position /2h
4. Bilan protidique
5. Décharge de la zone sacrée

**5. Que proposez vous de manière générale ?
(Plusieurs réponses possible)**

A. Matelas anti escarre

B. Position ventrale

C. Changement de position /2h

D. Bilan protidique

E. Décharge de la zone sacrée



Position idéale



**6. Quel traitement complémentaire est particulièrement indiqué sur
une escarre de stade 4 ?
(une seule réponse possible)**

1. Caisson hyperbare
2. Lambeau
3. Greffe de peau
4. Asticothérapie (larvothérapie)
5. Thérapie par pression négative (VAC, Rénasys ...)

**6. Quel traitement complémentaire est particulièrement indiqué sur
une escarre de stade 4 ?
(une seule réponse possible)**

A. Caisson hyperbare

B. Lambeau

C. Greffe de peau

D. Asticothérapie (larvothérapie)

E. Thérapie par pression négative (VAC, Rénasys ...)

Thérapie par pression négative (TPN)

C'est une méthode de cicatrisation physique active qui utilise une pression négative locale et contrôlée **accélérant la cicatrisation en**

- Réduisant l'œdème locale entraînant ainsi une décompression des tissus et une amélioration de la circulation périphérique
- Favorisant la formation de tissus de granulation
- Diminuant la colonisation bactérienne (par aspiration et par amélioration de l'oxygénation donc de lutte antibactérienne des tissus)
- Créant un milieu humide
- Stimulant la néoangiogenèse

⇒ Indiqué au stade 4 des escarres



Mécanisme d'action

Préservation d'un milieu humide et tiède

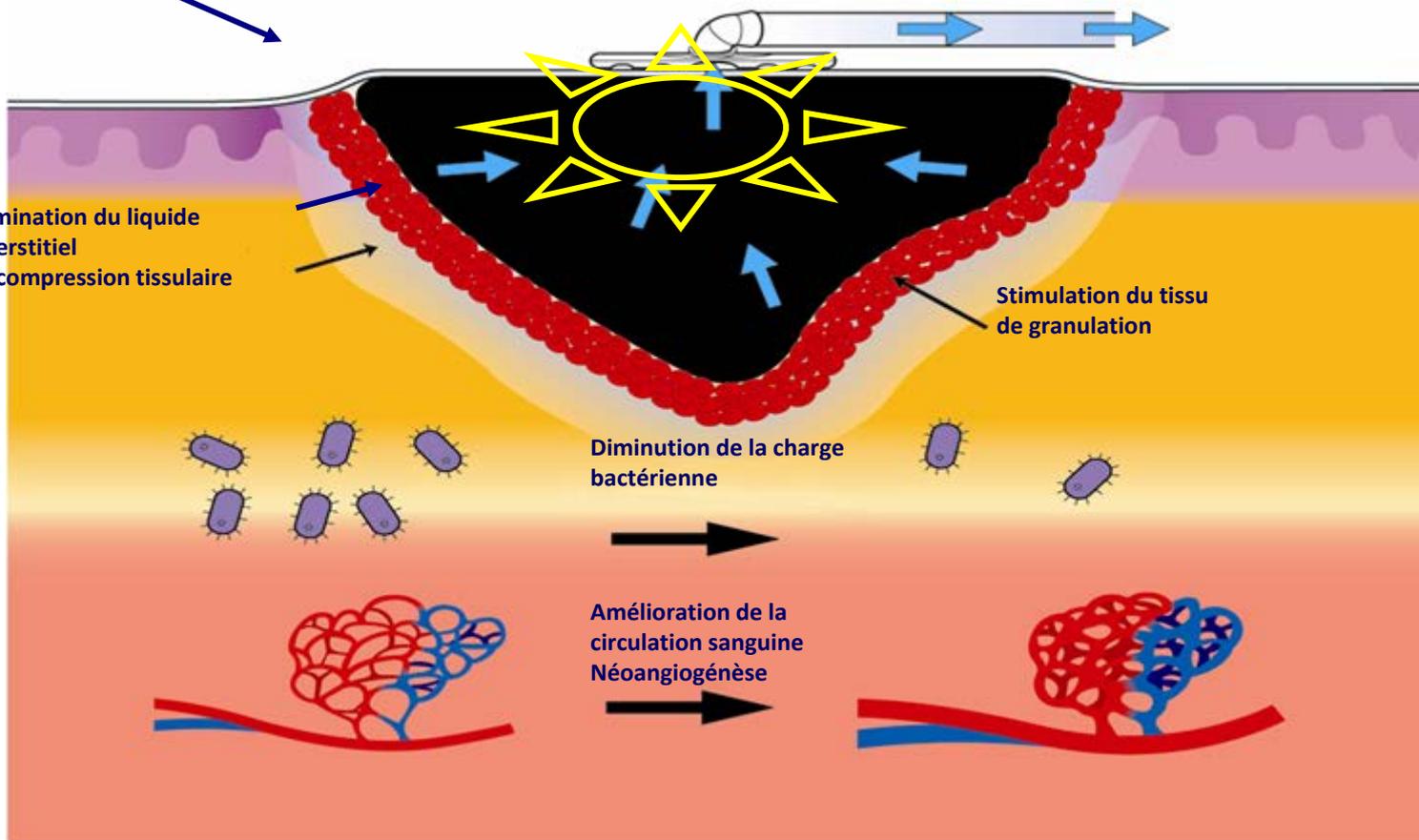
Élimination des sérosités
Gestion des exsudats

Élimination du liquide interstitiel
Décompression tissulaire

Stimulation du tissu de granulation

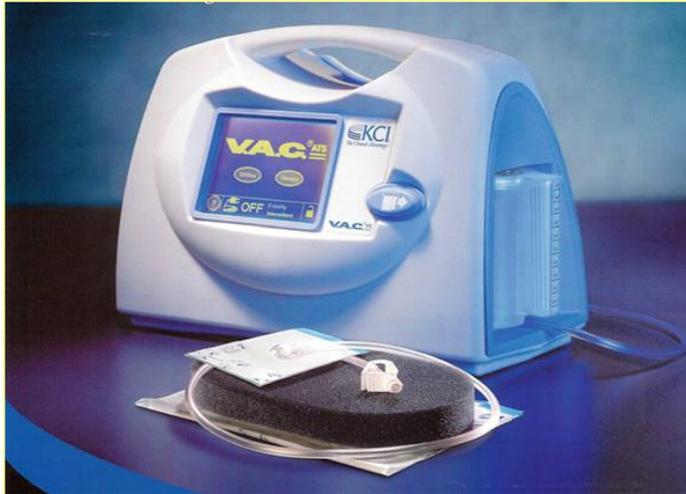
Diminution de la charge bactérienne

Amélioration de la circulation sanguine
Néoangiogénèse



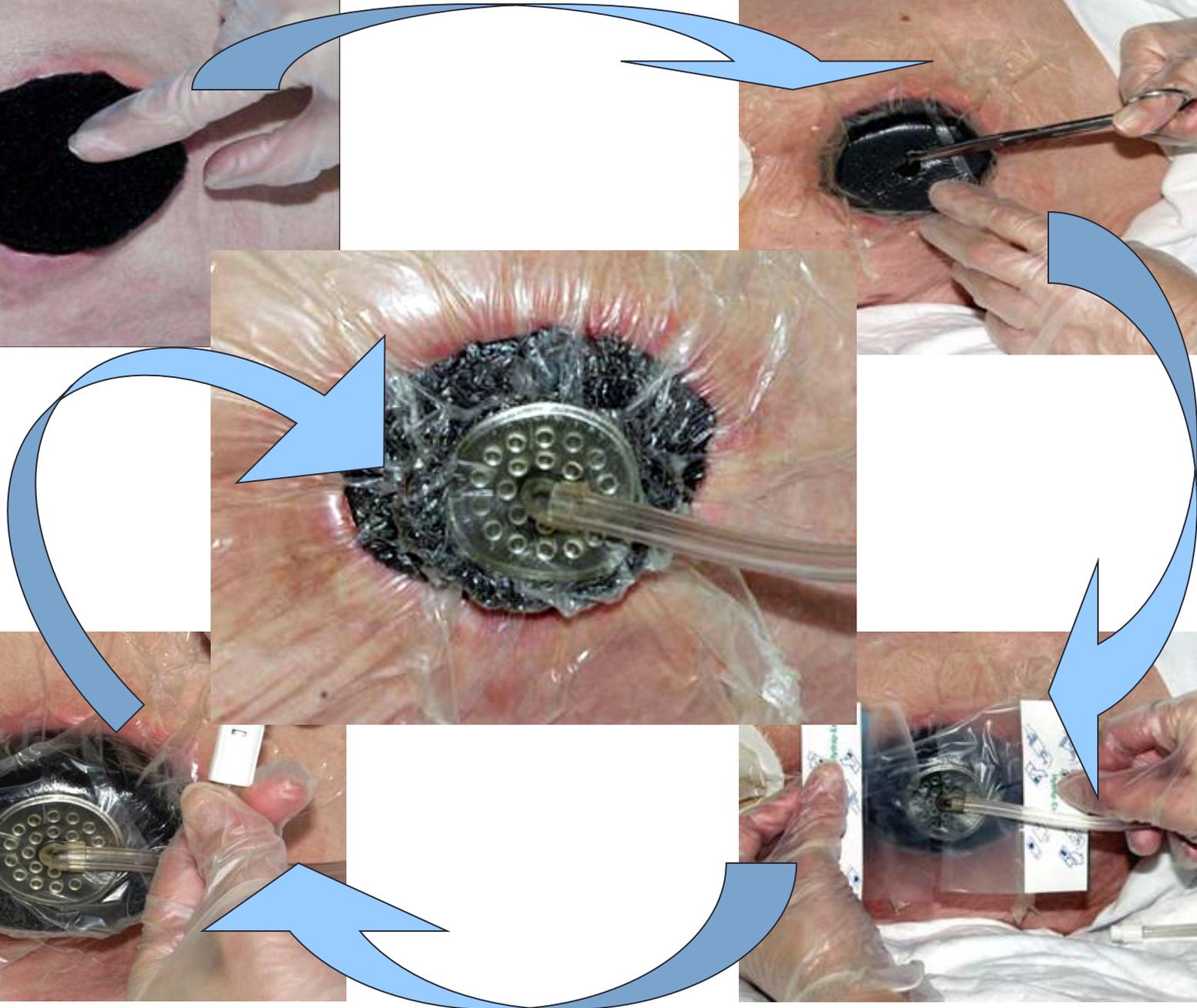
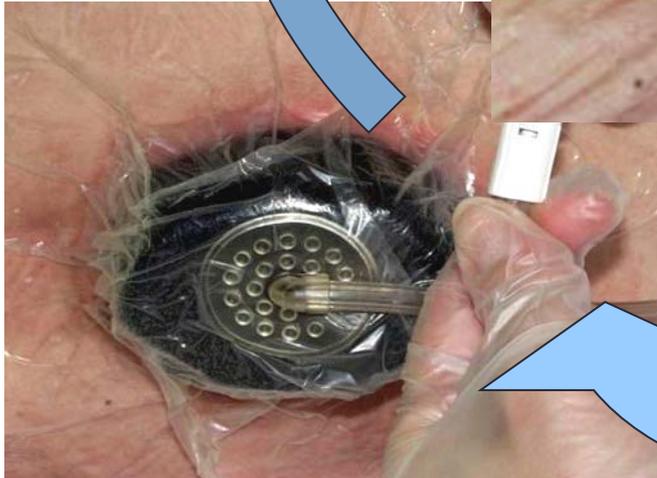
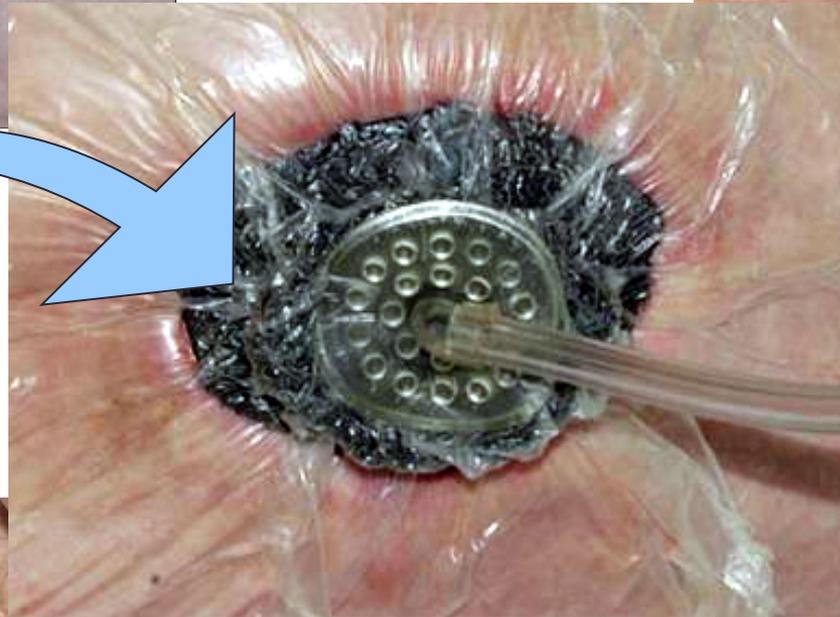
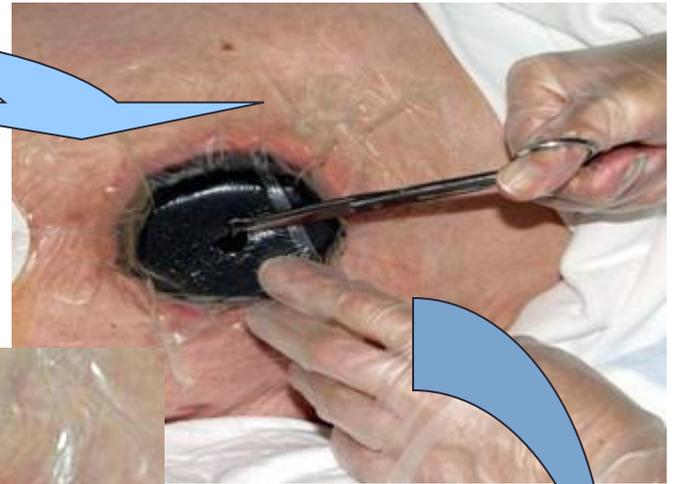
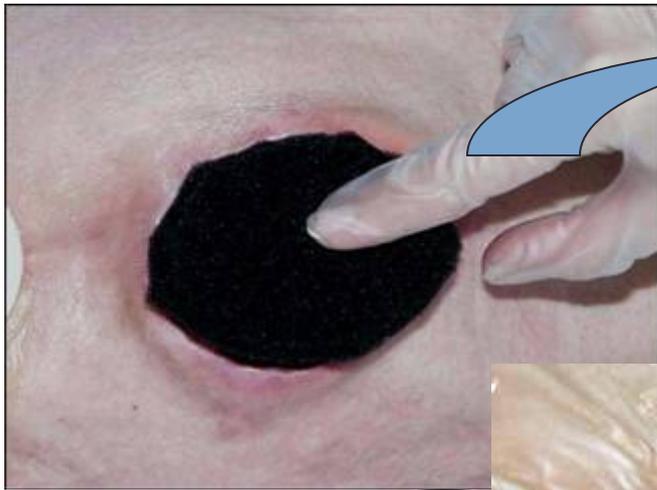
Thérapie par pression négative (TPN)

- V.A.C



- RENASYS



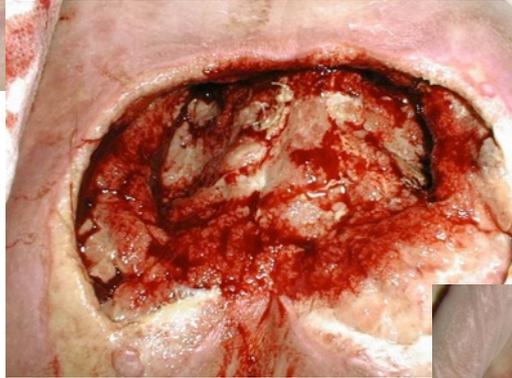


Escarre sacrée

J 0



J 5



J 19



J 42





Merci

