

Petit Missel du Traitement de la Plaie Chronique

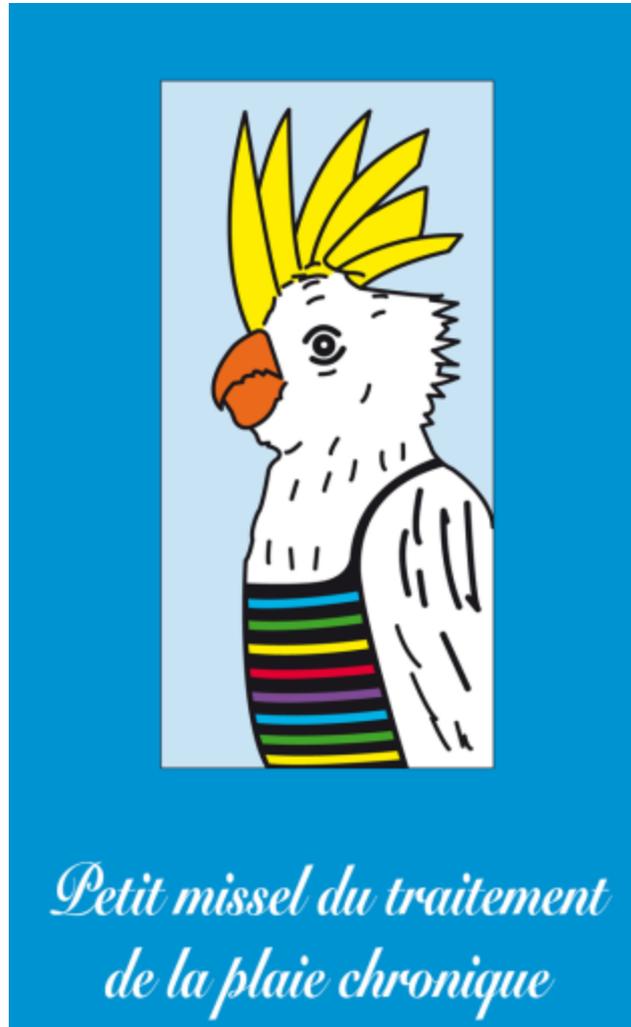
Monique MALLERET & Delphine TIXIER
CHU de Clermont-Ferrand

Une équipe



Véra BOÏKO-ALAUX, Marien FAIVRE, Marie-Christine MADEUF,
Monique MALLERET, Dominique PASTRE, Delphine TIXIER

Une couverture et un format
de poche pour attirer le lecteur





Et enfin beaucoup d'heures de travail !

Buts du guide



Pourquoi ? :

- Difficultés de PEC des plaies chroniques par les soignants
- Evolution et fréquence d'apparition de dispositifs à notre disposition (pansements)

Donc :

- Bien connaître les différents types de plaies chroniques et leurs stades
- Choisir le pansement le plus adapté au meilleur rapport qualité prix pour un résultat optimal pour le patient



- Bien connaître les différents pansements existants sur le marché
- Rappeler les indications, contre indications, précautions d'emploi ... de ces pansements
- Proposer un arbre décisionnel de façon à optimiser leurs utilisations sur le plan clinique et financier

Sans oublier :

- Prendre en compte des recommandations de l'HAS
- La prise en charge globale du patient pour améliorer son confort et la qualité de ses soins



- Généralités sur la cicatrisation
- Rappel de la définition de la plaie chronique selon l'HAS
- Rappel de tous les éléments importants auxquels il faut penser pour toute plaie chronique

POUR TOUTE PLAIE CHRONIQUE, PENSEZ A :

- vérifier et/ou pratiquer la vaccination anti tétanique
- prendre en charge la douleur
- traiter l'étiologie
- assurer l'équilibre nutritionnel et l'hydratation du patient
- nettoyer les plaies au sérum physiologique
- proscrire l'utilisation des antiseptiques à l'exception des plaies infectées sur prescription médicale
- proscrire l'utilisation de produits délétères tels que pommades, colorants tels que l'éosine, alcool, eau de Cologne...



Les différentes plaies chroniques sont abordées :
Escarre, ulcère de jambe (ulcère veineux, artériel, mixte et angiodermite nécrotique), mal perforant plantaire et plaie cancéreuse.

Avec pour chacune le même plan

- * définition
- * étiologie
- * classification
- * pensez à
- * à éviter



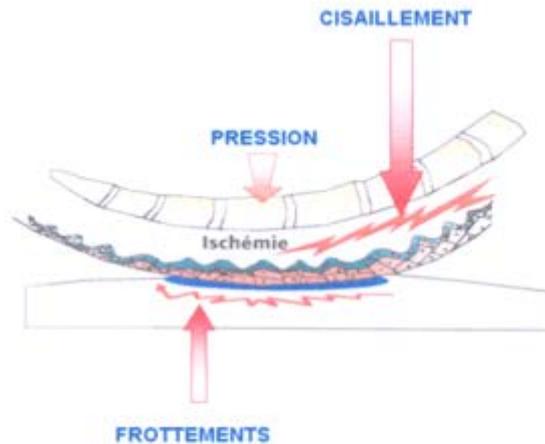
A. LES ESCARRES

1. Définition (NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989)

« L'escarre est une lésion d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. »

2. Etiologies

- facteurs mécaniques

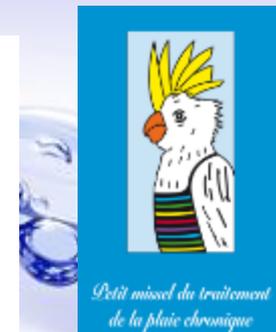


- facteurs cliniques :

Ce sont : l'immobilité, la dénutrition, l'incontinence urinaire et/ou fécale, l'âge du patient

3. Classification de 5 stades

Prise en charge des escarres en fonction des stades			
Stade	Description	Stratégie thérapeutique	Pansements indiqués
0	Erythème réversible, Epiderme intact. Rougeur blanchissant sous la pression digitale et se recolorant en quelques secondes	Effleurages	Huiles de soins
1	Erythème irréversible, Epiderme intact. Rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt	Interface permettant de visualiser la plaie, tout en limitant les forces de frictions.	Film adhésif transparent Hydrocolloïde extra-mince
2	Détachement (phlyctène)/ ouverture de l'épiderme, abrasion, désépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme	Si phlyctène séreuse : ouvrir largement, vider, conserver le capot et protéger	Film adhésif transparent Hydrocolloïde extra-mince
		Si phlyctène hématiche : découper le capot dans son intégralité afin de visualiser l'apparition d'une nécrose sous- jacente	Cf tableau Echelle colorielle
3	Atteinte du derme profond et de l'hypoderme. Possibilité d'apparition d'une nécrose.	En fonction de la phase de cicatrisation : A ce stade, l'escarre peut présenter plusieurs types de tissus : nécrose, fibrine ou bourgeonnement, il sera alors préférable de gérer en priorité le stade le plus délétère en évitant les pansements « patchwork ». (Détersion urgente de la nécrose)	Cf tableau Echelle colorielle
4	Atteinte de : os, muscles, tendons. Destruction profonde et étendue de la peau.	Même stratégie que pour le stade 3 : tout en ne négligeant pas l'intérêt des prélèvements bactériologiques locaux, si présence de signes de surinfection. Evaluer le risque d'ostéite (Attention si contact osseux). Discuter, dans ce cas l'intérêt d'une antibiothérapie par voie générale.	Cf tableau Echelle colorielle





4. Pensez à:

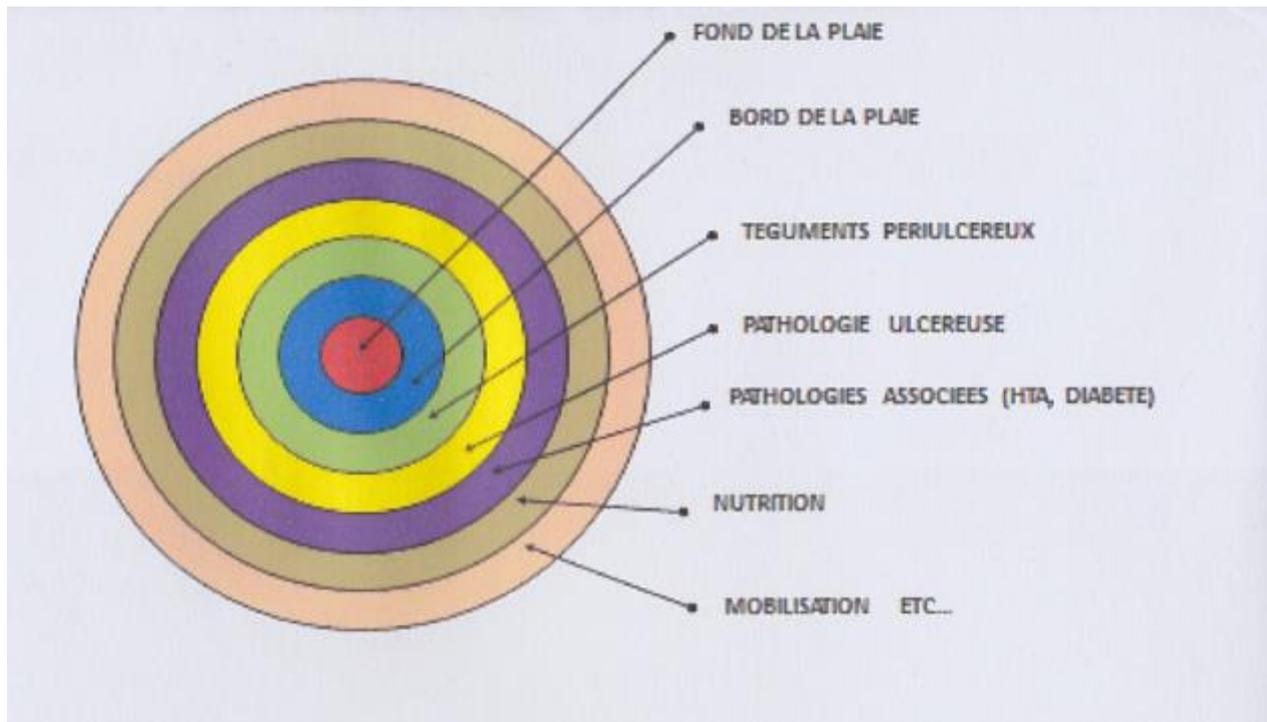
- Prendre en charge, dès le premier pansement, l'état des bords et des téguments ulcéreux
- Evaluer le risque grâce aux échelles et le réévaluer régulièrement
- Lever la pression
- Adapter le support (matelas, coussin, etc.)
- Mobiliser le patient
- Eviter les cisaillements et les frottements lors des mobilisations
- Eviter la macération et les irritations

5. A éviter:

- Pétrissage, massage, friction des points d'appui
- Effleurage d'une rougeur persistante
- Cacher les points d'appui sous des pansements opaques



Le schéma ci-dessous nous rappelle que le soignant ne doit pas oublier le diagnostic étiologique de la plaie chronique, les pathologies associées, l'état nutritionnel de son patient, son degré de dépendance. Le traitement local doit prendre en compte l'état de la plaie et l'aspect des berges (bord et téguments péri-ulcéreux).



Les pansements actuels



- Législation (marquage CE, matériovigilance, la prescription infirmière...)
- Les 10 critères du pansement idéal
- La liste des pansements existants (Hydrogels, Hydrocolloïdes, Fibres de CMC, Hydrocellulaires...)
- Puis pour chaque classe de pansement : Laboratoires, nom de spécialité, dimensions, composition...et des remarques pour l'utilisation des produits.

LES ALGINATES : Ce sont des polysaccharides extraits d'algues brunes. Leur composition varie en fonction de l'origine de l'algue. Les alginates possèdent plusieurs propriétés. Ils sont hémostatiques, absorbants, cicatrisants par activation des macrophages. Ces pansements sont donc intéressants sur des plaies hémorragiques, exsudatives et infectées.



ALGINATES PURS						
LABORATOIRES	SPECIALITES	DIMENSIONS	CONDITIONNEMENT	PRIX LPPR	COMPOSITION	OBSERVATIONS
BROTHIER	ALGOSTERIL®	5 x 5 cm	BTE de 10	9,18	Alginate de calcium pur (Acide guluronique majoritaire)	Recommandations : -Nettoyer la plaie au sérum physiologique -Humidifier la compresse ou la mèche si l'exsudat n'est pas assez important -Appliquer la compresse ou la mèche en la laissant dépasser d'environ 1 cm -Ne pas tasser la mèche -Pansement secondaire non occlusif -Le pansement est changé à saturation -Imbiber éventuellement l'alginate avec du sérum physiologique pour le retrait
		10 x 10 cm	BTE de 16	53,85		
		10 x 20 cm	BTE de 16	106,54		
Mèche 5 x 40 cm	BTE de 16	106,54				
COVIDIEN	CURASORB®	5 x 5 cm	BTE de 10	7,38	Alginate de calcium pur (Acide manuronique majoritaire)	
		10 x 10 cm	BTE de 10	26,66		
		15 x 25 cm	BTE de 10	78,08		
		10 x 13,9 cm	BTE de 50	31,80		
LOHMANN & RAUSCHER	SUPRASORB A®	5 x 5 cm	BTE de 10	HOP	Alginate de calcium pur (Acide manuronique majoritaire)	
		10 x 10 cm	BTE de 10	HOP		
		10 x 20 cm	BTE de 10	HOP		
SMITH & NEPHEW	ALGISITE M®	5 x 5 cm	BTE de 10	HOP	Alginate de calcium pur (Acide manuronique majoritaire)	
		10 x 10 cm	BTE de 10	26,66		
		15 x 20 cm	BTE de 10	78,08		
		Mèche 2' x 30 cm	BTE de 5	HOP		

ALGINATES + CMC						
LABORATOIRES	SPECIALITES	DIMENSIONS	CONDITIONNEMENT	PRIX LPPR	COMPOSITION	OBSERVATIONS
B. BRAUN	ASKINA SORB®	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30	Alginate + CMC	Recommandations : -Nettoyer la plaie au sérum physiologique -Humidifier la compresse ou la mèche si l'exsudat n'est pas assez important -Appliquer la compresse ou la mèche en la laissant dépasser d'environ 1 cm -Ne pas tasser la mèche -Pansement secondaire non occlusif -Le pansement est changé à saturation -Imbiber éventuellement l'alginate avec du sérum physiologique pour le retrait
		15 x 15 cm	BTE de 10	58,80		
		Mèche 2,7 x 37 cm	BTE de 10	26,66		
COLOPLAST	SEASORB SOFT®	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30	Alginate + CMC	
		Mèche 3 x 44 cm	BTE de 10	31,80		
HARTMANN	SORBALGON PLUS®	10 x 10 cm	BTE de 10	26,66	Alginate + CMC	
		10 x 20 cm	BTE de 10	53,37		
MÖLNLYCKE	MELGISORB®	10 x 10 cm	BTE de 10	26,66	Alginate + CMC	
		10 x 20 cm	BTE de 10	53,37		
		Mèche 2 x 32 cm	BTE de 10	53,37		
URGO	URGOSORB®	5 x 10 cm	BTE de 16	21,73	Alginate + CMC	
		10 x 12 cm	BTE de 16	50,52		
		10 x 20 cm	BTE de 16	83,43		
		Mèche 5 x 30 cm	BTE de 16	65,33		



LES HYDROCELLULAIRES : Ce sont des pansements absorbants composés de trois couches à base de polyuréthane.

LABORATOIRES	SPECIALITES	CARACTERISTIQUES	DIMENSIONS	CONDITIONNEMENT	PRIX LPPR	COMPOSITION	OBSERVATIONS
B.BRAUN	ASKINA FOAM®	Non adhésif	10 x 10 cm	BTE de 10	26,66	-Couche interne : non tissé polyester imprégné d'un adhésif acrylique -Couche centrale : acrylate de sodium et de mousse de polyuréthane -Couche externe : polyester et polyuréthane	Recommandations : -Nettoyer la plaie au sérum physiologique -Appliquer le pansement sur la plaie en la laissant dépasser d'environ 2 cm autour de la plaie -Utiliser les formes non-adhésives ou formes siliconées si la peau péri-lésionnelle est lésée -Le pansement doit être changé à saturation Précautions d'emploi : -Non indiqués sur plaies infectées Remarques : -Pouvoir d'absorption : 10 fois son poids -Si plaie de grande taille, forme non adhésive conseillée
			15 x 20 cm	BTE de 10	78,08		
	ASKINA TRANSORBENT BORDER®	Bords adhésifs	9 x 14 cm	BTE de 10	31,80		
			10 x 14 cm	BTE de 16	83,43		
	ASKINA TRANSORBENT®	Tout adhésif	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30		
			15 x 15 cm	BTE de 10	58,80		
			20 x 20 cm	BTE de 10	103,79		
	ASKINA THINSITE®	Tout adhésif (ultrafin)	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30		
			15 x 15 cm	BTE de 10	58,80		
20 x 20cm			BTE de 10	103,79			
ASKINA TRANSORBENT SACRUM®	Bords adhésifs	18 x 20 cm	BTE de 10	58,80			
		20 x 22 cm	BTE de 10	78,08			
ASKINA HEEL®	Non adhésif (spécial talon)	Standard	BTE de 10	68,60			
		XL	BTE de 10	68,60			
ASKINA CAVITY STRIPS®	Non adhésif	Mèche 2,5 x 40 cm	BTE de 10	30,49			
COLOPLAST	BIATAIN CONTACT®	Micro-adhérent	12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33	Mousse de polyuréthane + trame à base de copolymère + résine et huile de paraffine Mousse de polyuréthane + CMC + Bord silicone Mousse de polyuréthane + CMC Mousse de	Légende : Formes Non Adhésives Formes Adhésives Formes Extra-Mincés Formes Anatomiques
			10 x 20 cm	BTE de 16	83,43		
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08		
	BIATAIN SILICONE®	Bords adhésifs siliconés	10 x 10 cm	BTE de 16	42,30		
			12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33		
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08		
	BIATAIN ADHESIF®	Bords Adhésifs	12,5 x 12,5 cm	BTE de 16	65,33		
			17,5 x 17,5 cm	BTE de 10	78,08		

VI. Traitement de la plaie chronique par l'échelle colorielle



PLAIE	PHOTO	OBJECTIFS	THÉRAPEUTIQUE	PST PRIMAIRE	PST SECONDAIRE	RYTHME DES PANSEMENTS
NECROSE SECHE		Ramollir puis éliminer la nécrose par détersion autolytique et manuelle. NB : Pas de détersion d'emblée chez le patient arteriel	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
NECROSE HUMIDE		Éliminer la nécrose par détersion autolytique et manuelle	Si nécrose adhérente et épaisse Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
		Gérer l'exsudat	Si peu exsudative : appliquer un alginat. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginat ou Fibre de CMC	Compresses	
FIBRINE SECHE		Éliminer la fibrine par détersion autolytique et manuelle	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
FIBRINE HUMIDE		Éliminer la fibrine par détersion autolytique et manuelle Gérer l'exsudat	Si peu exsudative : appliquer un alginat. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginat Fibre de CMC	Compresses	Toutes les 48 h ou à saturation du pst
BOURGEONNEMENT		Favoriser la formation du bourgeon charnu jusqu'à la réépidermation	Pour accélérer le bourgeonnement. Bourgeonnement satisfaisant : évolution vers la réépidermation.	Pat vaseline mailles larges Interface ou Pat vaseline mailles fines	Compresses	Toutes les 48 h Toutes les 48 à 72 h
			Si peu exsudatif Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocolloïde extra-mince Ou Hydrocolloïde apaisé Hydrocolloïdaires	Si non adhésif : système de maintien /	Maxi 5 j. ou à saturation du pst Maxi 7 j. ou à saturation du pst Maxi 5 j. ou à saturation du pst
			Si exsudat plus important : Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocolloïde extra-mince Ou Hydrocolloïde extra-mince Ou Film adhésif transparent	Si non adhésif : système de maintien /	Maxi 5 j. ou jusqu'à saturation complète Maxi 7 j. ou jusqu'à saturation complète De 3 à 7 j. ou jusqu'à saturation complète
ÉPIDERMISATION		Favoriser la réépidermation	Changer le pansement le moins possible. Protéger les tissus néo-formés. Éviter la formation de croûtes tout en conservant le milieu humide.	Hydrocolloïde extra-mince Ou Hydrocolloïde extra-mince Ou Film adhésif transparent	Compresses /	Toutes les 48 h Toutes les 48 à 72 h
			Pour les personnes âgées, les enfants ou personne à la peau fragile, privilégier les interfaces ou pst vaselines mailles fines.	Pat vaseline mailles larges Interface ou Pat vaseline mailles fines	Si non adhésif : système de maintien	Toutes les 48 h
INFECTION		Éliminer l'infection qui entraîne un retard de cicatrisation. Rétablir la flore bactérienne	En cas de signes locaux (rougeur, douleur, chaleur, œdème, odeur, écoulement...), faire un prélèvement bactériologique profond (sur prescription médicale) afin d'établir un antibiogramme adapté. L'utilisation des ATS est dans ce cas possible sur prescription médicale (PM).	Alginat Ou Fibre de CMC Ou Pat à l'argent	Compresses ou si plaie mal odorante Pat au charbon NB : pas de pst occlusif	A saturation du pst
MLL COIBANTE (provoque le frottement)		Améliorer le confort du patient en palliant aux mauvaises odeurs	En cas de signes locaux d'infection : penser aux prélèvements (cf ci-dessus) sur PM.	Pat au charbon	Compresses NB : pas de pst occlusif	Tous les jours si utilisé en pst primaire sur plaie infectée
SAIGNEMENT		Stopper le saignement	Soins non agressifs. Ne pas effectuer de détersion pour les patients sous anticoagulant ou présentant des troubles de coagulation. Si persistance du saignement, prendre avis auprès de l'équipe médicale. Utiliser l'Alginat sec.	Alginat	Adapté aux risques de saignement	Adapté aux risques de saignement
HYPERBOURGEONNEMENT		Aplanir les bourgeons en excès afin de relancer la cicatrisation Traitement à appliquer sur prescription médicale	Si Nitrate d'Argent : attention de ne pas déborder sur la peau saine et ne pas soulever l'instrument proche. Photosensibilisation, entraînant une coloration grise de la zone. Petite surface : crayon - Grande surface : solution à 1 %.	Nitrate d'argent + Interface ou Pat vaseline mailles fines	Compresses	Toutes les 24 h
			Si demo-corticoïde : appliquer directement sur la plaie. Ne pas utiliser sur plaie infectée. Ne pas associer un pansement vaseline (pro-bourgeonnant).	Dermo - corticoïde + Interface ou Pat vaseline mailles fines		

Tous les soins doivent être réalisés au sérum physiologique sauf prescription médicale d'antiséptique.

PLAIE	PHOTO	OBJECTIFS	THERAPEUTIQUE	PST PRIMAIRE	PST SECONDAIRE	RYTHME DES PANSEMENTS
NECROSE SECHE		Ramollir puis éliminer la nécrose par déterision autolytique et manuelle. NB : Pas de déterision d'emblée chez le patient artéritique	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
NECROSE HUMIDE		Eliminer la nécrose par déterision autolytique et manuelle	Si nécrose adhérente et épaisse Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
		Gérer l'exsudat	Si peu exsudative : appliquer un alginate. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginate ou Fibre de CMC	Compresse	



FIBRINE SÈCHE		Éliminer la fibrine par détergence autolytique et manuelle	Appliquer un Hydrogel en couche de 0,5 cm sur la surface de la plaie. NB : En cas de macération de la peau péri-lésionnelle (transitoire liée à l'utilisation de l'Hydrogel) : utilisation de pâte à l'eau.	Hydrogel	Hydrocolloïde ou Film adhésif transparent	Tous les jours
FIBRINE HUMIDE		Éliminer la fibrine par détergence autolytique et manuelle Gérer l'exsudat	Si peu exsudative : appliquer un alginate. Si très exsudative : appliquer un hydrofibre.	Alginate Fibre de CMC	Compresses	Toutes les 48 h ou à saturation du pst



BOURGEONNEMENT		Favoriser la formation du bourgeon charnu jusqu'à la réépidermation	Pour accélérer le bourgeonnement.	Pst vaseliné mailles larges	Compresses	Toutes les 48 h
			Bourgeonnement satisfaisant : évolution vers la réépidermation.	Interface ou Pst vaseliné mailles fines		Toutes les 48 à 72 h
			Si peu exsudatif Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocellulaire extra-mince	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou à saturation du pst
				Ou Hydrocolloïde épais	/	Maxi 7 j. ou à saturation du pst
Si exsudat plus important : Pansement adhésif ou non en fonction de la peau péri-lésionnelle.	Hydrocellulaire	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou à saturation du pst			



ÉPIDERMISATION

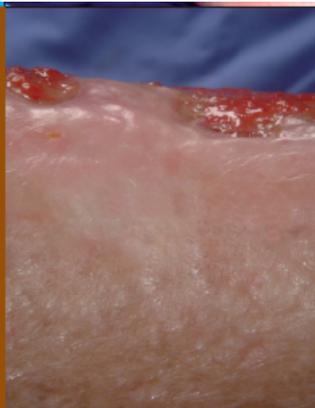


Favoriser la réépidermation

Changer le pansement le moins possible.	Hydrocellulaire extra-mince Ou	Si non adhésif : système de maintien	Maxi 5 j. ou jusqu'à saturation complète
Protéger les tissus néo-formés.	Hydrocolloïde extra-mince Ou	/	Maxi 7 j. ou jusqu'à saturation complète
Eviter la formation de croûtes tout en conservant la milieu humide.	Film adhésif transparent	/	De 3 à 7 j. ou jusqu'à saturation complète
Pour les personnes âgées, les enfants ou personne à la peau fragile, privilégier les Interfaces ou psts vaselinés mailles fines.	Pst vaseliné mailles larges	Compresse	Toutes les 48 h
	Interface ou Pst vaseliné mailles fines	Si non adhésif : système de maintien	Toutes les 48 à 72 h



HYPER-BOURGEONNANTE



<p>Aplanir les bourgeons en excès afin de relancer la cicatrisation</p>	<p>Si Nitrate d'Argent : attention de ne pas déborder sur la peau saine et ne pas souiller l'environnement proche, Photosensibilisation, entraînant une coloration grise de la zone. Petite surface : crayon Grande surface : solution à 1 %.</p>	<p>Nitrate d'argent + Interface ou Pst vaseliné mailles fines</p>		
<p>Traitement à appliquer sur prescription médicale</p>	<p>Si dermo-corticoïde : appliquer directement sur la plaie. Ne pas utiliser sur plaie infectée. Ne pas associer un pansement vaseliné (pro-bourgeonnant).</p>	<p>Dermo - corticoïde + Interface ou Pst vaseliné mailles fines</p>	<p>Compresses</p>	<p>Toutes les 24 h</p>



INFECTÉE		<p>Éliminer l'infection qui entraîne un retard de cicatrisation.</p> <p>Rétablir la flore bactérienne</p>	<p>En cas de signes locaux (rougeur, douleur, chaleur, œdème, odeur, écoulement...), faire un prélèvement bactériologique profond (sur prescription médicale) afin d'établir un antibiogramme adapté.</p> <p>L'utilisation des ATS est dans ce cas possible sur prescription médicale (PM).</p>	<p>Alginate</p> <p>Ou</p> <p>Fibre de CMC</p> <p>Ou</p> <p>Pst à l'argent</p>	<p>Compresses ou si plaie mal odorante</p> <p>Pst au charbon</p> <p>NB : pas de pst occlusif</p>	<p>A saturation du pst</p>
MAL ODORANTE (cancéreuse ou infectée)		<p>Améliorer le confort du patient en palliant aux mauvaises odeurs</p>	<p>En cas de signes locaux d'infection : penser aux prélèvements (cf ci-dessus) sur PM.</p>	<p>Pst au charbon</p>	<p>Compresses</p> <p>NB : pas de pst occlusif</p>	<p>Tous les jours si utilisé en pst primaire sur plaie infectée</p>



CA FAIT MAL!!

POURQUOI ???	PENSEZ A :
<ul style="list-style-type: none">• Une plaie infectée et qui macère.• Un pansement desséchant, ne respectant pas le milieu humide.• Une utilisation délétère d'enzymes détersives : type Elase®.• Absence, inadéquation ou non observance du traitement antalgique.	<ul style="list-style-type: none">• Adapter le type de pansement.• Ne pas utiliser de topiques délétères.• Penser aux anesthésiques locaux : type Emla® ou Xylocaïne® sur prescription médicale.• Utiliser un traitement antalgique de fond (sur prescription médicale) : à donner au minimum ½ heure avant le pansement.



*Petit missel du traitement
de la plaie chronique*

CA NE CICATRISE PAS!!

POURQUOI ???	PENSEZ A :
<ul style="list-style-type: none">• Une plaie infectée.• Changement de pansement trop fréquent.• Un pansement inadapté.• Une pathologie associée non traitée : type diabète, dénutrition, insuffisance veineuse...• Une mauvaise observance des recommandations : port de compression veineuse, décharge des points d'appuis... (cf chapitre des traitements spécifiques)	<ul style="list-style-type: none">• Faire des prélèvements.• Traiter l'infection.• Adapter le pansement.• Voir s'il n'existe pas d'autres facteurs généraux associés.• Eduquer le patient et son entourage.

Merci de votre attention



« On est riche de ce que l'on partage »



**Disponible à la CAMS au tarif de 10 euros:
le bénéfice de la vente permettra l'achat de matériels
pour les patients porteurs de plaies**

Plaies_cicatrisation@chu-clermontferrand.fr