


| | | |
|---|---|--------------------------|
|  | Référentiel institutionnel médico-soignant | Référence : HUG_00000907 |
| | Approbateur : ROLET Sylvie | Version n° 1.0 |
| <h2>Recommandation clinique, principes généraux pour les soins de plaies</h2> | | |
| Processus : Prise en charge du patient | Sous-processus : Prise en charge médico-soignante | Approuvé le 05/04/2023 |

1. Résumé

Une plaie correspond à une interruption du revêtement cutané.

On distingue deux types de plaies : aiguë et chronique. Une plaie chronique peut être définie comme une plaie qui ne passe pas par les phases normales de la cicatrisation de manière ordonnée et opportune, souvent non fermée après 6 à 8 semaines. Fréquemment, les plaies chroniques sont bloquées dans la phase d'inflammation de la cicatrisation. ⁽¹⁾

Le potentiel de guérison d'une plaie va dépendre des conditions locales et de l'état général du patient ou de la patiente ; le processus de cicatrisation comprend quatre phases.

Le recueil de données sur DPI relatif à l'état et l'évolution des plaies est une composante essentielle d'un bon suivi.

Le traitement des plaies vise à :

1. Maintenir, par le pansement, un milieu humide favorable à la cicatrisation sans provoquer une macération du pourtour de la plaie
2. Diminuer la charge bactérienne de la plaie et sa contamination afin d'en prévenir l'infection
3. Limiter l'usage d'antiseptique, particulièrement en cas de plaies chroniques
4. Prévenir la douleur induite occasionnée par la plaie ou le pansement en choisissant le matériel adapté et en planifiant l'antalgie dans le respect du délai d'action
5. Eviter les frottements et les appuis tout au long de la cicatrisation
6. Préserver l'épiderme du pourtour de la plaie
7. Veiller à ce que la ou le patient reçoive une hydratation et un apport protéino-énergétique suffisants

2. Cadre de référence

- Procédure institutionnelle Technique clinique de réfection de base d'un pansement de plaie cutanée
- Procédure institutionnelle Escarres, Recommandations et traitements HUG
- [Tableau antiseptiques HUG](#)
- [Prévention et gestion des plaies Wounds Canada](#)
- [European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance, Prévention et Traitement des Plaies de Pression 2019](#)
- Brochure institutionnelle « le bon antalgique au bon moment »
- [Documentation standardisée des plaies, SAfW-romande.ch](#)

3. Définitions

La peau ou revêtement cutané est l'organe de contact avec l'environnement extérieur. La couche cornée (partie la plus superficielle de l'épiderme) et son film hydrolipidique jouent un rôle primordial dans la protection contre les agressions externes chimiques, physiques ou bactériennes.

La peau à travers les âges

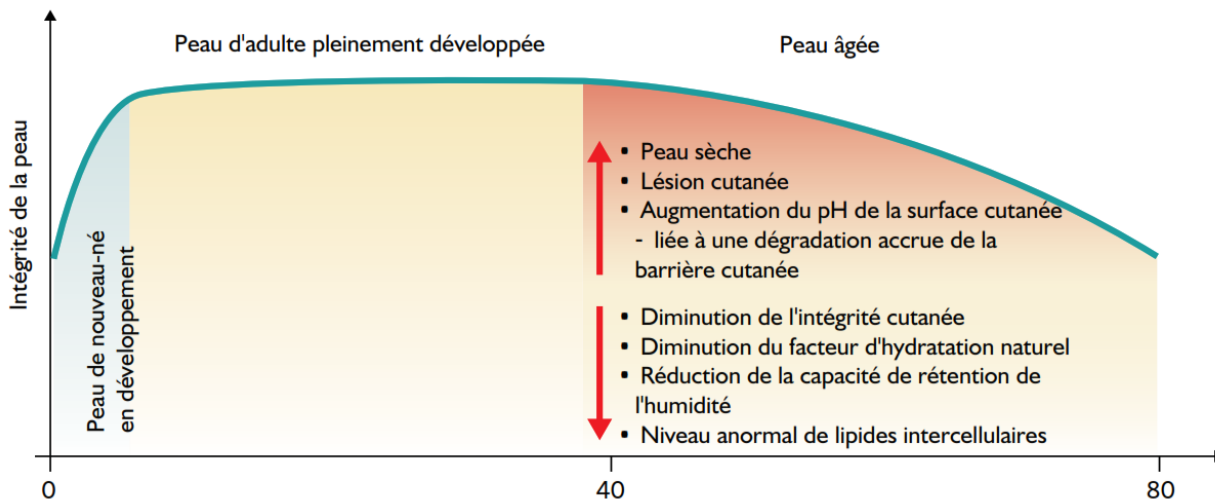


Fig. 1 : adapté de Moncrieff et al., 2015, dans *bonnes pratiques recommandées pour prévention et prise en charge des déchirures cutanées chez le sujet âgé*
<https://www.woundsinternational.com/resources/details/istap-best-practice-recommendations-prevention-and-management-skin-tears-aged-skin-fr> (consulté 27.03.2023)

- Le prématuré et le nouveau-né
Présente une immaturité épidermique, un risque de déshydratation et un risque élevé d'intoxication par résorption lors de l'application de topiques cutanés ⁽²⁾.
- La ou le nouveau-né
À terme, il ou elle peut déjà présenter une desquamation physiologique. Les défenses immunitaires sont présentes mais immatures, les altérations physiques de l'épiderme peuvent conduire à l'infection cutanée. Moins lubrifiée la peau des bébés se dessèche plus rapidement, plus fine elle présente également un risque de résorption élevé.
- L'adolescent ou adolescente
Développe des sécrétions sébacées hormono-induites à l'origine de l'acné.
- De l'adulte à l'âgée et l'âgé
On observe une régression du renouvellement cellulaire à partir de 30 ans déjà. La cohésion de la couche cornée diminue. Le nombre de cellules et la matrice intercellulaire du derme se raréfient, entraînant un aplatissement des papilles dermiques ainsi qu'une diminution de l'épaisseur du derme. Ce processus, accentué par l'exposition au soleil, entraîne une grande fragilité cutanée.

La plaie

Peut-être superficielle, n'intéressant que l'épiderme (érosion), plus profonde touchant une partie du derme ou encore plus profonde avec exposition du tissu sous-cutané. Son évolution dépend de son étendue et de sa profondeur mais également de facteurs locaux ou généraux qui peuvent freiner ou empêcher sa guérison.

La cicatrisation normale d'une plaie aiguë, qu'elle résulte d'une lésion chirurgicale ou traumatique, progresse schématiquement à travers 4 phases interconnectées et se chevauchant ⁽³⁾ :

1. L'hémostase est consécutive au traumatisme initial. D'une durée de quelques minutes à quelques heures, durant la coagulation elle permet la libération, par les plaquettes, de cytokines et de facteurs de croissance qui vont amorcer le recrutement et la migration des cellules inflammatoires (neutrophiles et macrophages), des fibroblastes et des cellules endothéliales vers la lésion, entraînant la phase suivante.
2. L'inflammation s'étend ensuite des premières heures à quelques jours. Neutrophiles, macrophages et monocytes vont, par la phagocytose, nettoyer la plaie. Généralement, cette réaction entraîne localement un érythème, un œdème et une douleur, à ne pas confondre avec une infection.
3. La phase proliférative, d'une durée de quelques jours à 3 semaines, voit de multiples cellules se rendre sur le site de la plaie et/ou y proliférer. Macrophages, lymphocytes, angiocytes, fibroblastes, kératinocytes et autres vont permettre un apport sanguin important, le nettoyage et la défense de la plaie, la formation de tissus de granulation et sa couverture par des cellules épithéliales.
4. Le remodelage, phase beaucoup plus longue pouvant s'étendre sur 2 ans, voit les phénomènes précédents diminuer, laissant principalement les fibroblastes transformer la matrice extracellulaire afin de la rendre plus souple et résistante.

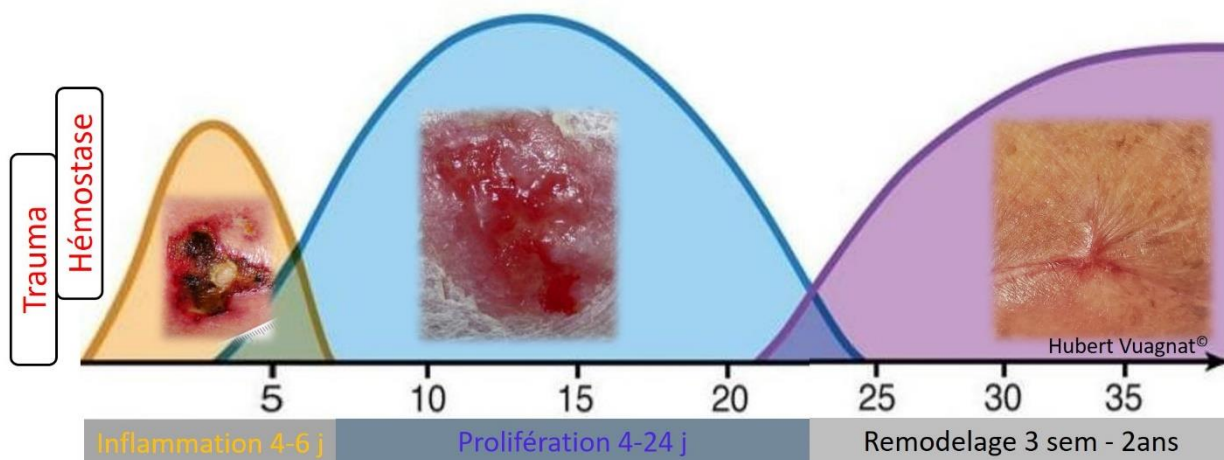


Fig. 2 : adapté de Enoch, S., & Leaper, D. J. (2005).

Recommandation clinique, principes généraux pour les soins de plaies

Les 3 premières phases de cicatrisation durent donc approximativement un mois. La plaie chronique, ne traverse pas les stades de cicatrisation dans l'ordre ou dans le temps ⁽¹⁾.

Des maladies sous-jacentes (diabète, insuffisance veineuse/artérielle) ou des facteurs externes contribuent à la défaillance du processus de guérison ^(4, 5).

Le potentiel de guérison d'une plaie va dépendre des conditions locales et de l'état général du ou de la patiente. La présence de certains facteurs locaux ou généraux peut être un indicateur des plaies à risque présentant peu de chance de guérison spontanée ⁽⁴⁾.

De nombreux facteurs peuvent freiner le processus de cicatrisation ⁽⁶⁾

Facteurs généraux

- Dénutrition
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Maladie neurologique, neuropathies
- Anémie
- Maladie endocrinologique telle que diabète, cushing
- Maladie du tissu interstitiel (collagénose et autres)
- Age
- Obésité
- Immobilisation

Pathologie affectant la vascularisation tissulaire et son oxygénation

- Artériosclérose
- Insuffisance veineuse
- Insuffisance artérielle
- Insuffisance lymphatique
- Insuffisance pulmonaire chronique
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Tabagisme

Effets secondaires de médicaments

- Chimiothérapie
- Traitements immunosuppresseurs
- Corticothérapie

Observation de la plaie et documentation

Une description de l'aspect et de la viabilité du tissu permet d'instaurer et de juger de l'efficacité d'un traitement, de suivre le processus de cicatrisation ^(7, 8, 9).

Elle permet également de suivre l'évolution et le changement d'aspect de la plaie.

Recommandation clinique, principes généraux pour les soins de plaies

Cette observation est valablement complétée par la prise de photo avec comme règles de base :

- un bon éclairage
- un objectif orienté à 90 degrés de la plaie
- un plan général
- un plan centré sur la plaie

À noter l'existence de recommandation légale pour la prise de vue (pour les HUG : Procédure institutionnelle Photos / Vidéos de patients à des fins cliniques, de formation et de recherche)

Dans tous les cas, assurer une documentation adéquate (pour les HUG, DPI, onglet imagerie pour les photos) et la communication avec les autres professionnelles et professionnels de la santé est indispensable.

Les principaux éléments à retenir se retrouvent dans le [document standardisé de la société suisse de soins de plaies \(SAfW\)](#) ⁽⁹⁾, ils figurent ci-dessous :

Lit de la plaie selon échelle colorielle

- 0 Epithélialisation
- 1 Granulation
- 2 Fibrine
- 3 Nécrose
- Chiffré en %

Echelle colorielle internationale adaptée

| | | |
|---------|-------------------|--|
| Noire | Nécrose | Plaie recouverte d'une plaque noirâtre correspondant à du tissu nécrosé sec ou humide |
| Jaune | Fibrine | Plaie recouverte de tissu jaunâtre plus ou moins adhérent, débris cellulaire |
| Blanche | Tissus fibreux | Plaie recouverte de tissu blanchâtre, adhérent correspondant à du tissu fibreux dévascularisé. Elle est souvent décrite comme atone. |
| Rouge | Granulation | Plaie constituée de tissu, rouge, bien vascularisée d'apparence granuleuse correspondant au tissu de granulation - siège d'angiogenèse active. |
| Rose | Epithélialisation | Plaie recouverte d'un épithélium fin. Elle se distingue de la plaie granuleuse par un aspect rose nacré. |
| Vert | Infection | Plaie se recouvrant de sécrétions purulentes parfois nauséabondes et entourée d'un halo inflammatoire (rouge, chaud, douloureux). |

Structure noble

- 1 Tendon
- 2 Os
- 3 Muscles
- 4 Tissu adipeux

Exsudat quantité

- 0 Absent
- 1 Modéré
- 2 Important

Exsudat qualité

- 1 Séreux
- 2 Séro-sanguinolent
- 3 Sanguinolent
- 4 Trouble
- 5 Purulent

Taille de la plaie

Longueur, largeur, profondeur cm
Surface cm²
Sous-minage / fistule oui/non

Berge / peau péri lésionnelle

- 1 Calme
- 2 Erythème
- 3 Œdème
- 4 Macération
- 5 Livédoïde / purpurique
- 6 Sous-minage
- 7 Nécrotique
- 8 Atrophique
- 9 Squameuse / hyperkératose
- 10 Eczémateuse

Evolution de la plaie

- 1 Cicatrisation complète
- 2 Amélioration
- 3 Stabilité
- 4 Péjoration

Signes d'infection locale non/oui

Odeur non/oui

Douleur de la plaie EVA 0-10

- 1 Lors de la réfection du pansement EVA 0-10
- 2 Douleur à la mobilisation EVA 0-10
- 3 Douleur au repos EVA 0-10

Critères locaux de gravité pour la prise en charge d'une plaie

Ils sont multiples mais en général, lorsqu'une plaie correspond à un des critères suivants, il est impératif d'appeler une consultation spécialisée ⁽¹⁰⁾ :

- Plaie superficielle d'une superficie supérieure à la paume de la main
- En pédiatrie, à évaluer selon la taille de l'enfant
- Plaie profonde avec ou sans exposition de structures tendineuses, cartilagineuses, ligamentaires, articulaires ou osseuses
- Plaie infectée avec écoulement purulent et réaction inflammatoire péri-lésionnelle
- Plaie se péjorant au cours du traitement ou ne montrant aucun signe d'amélioration après 2 à 3 semaines de traitement
- Terrain cicatriciel présentant des séquelles de radiothérapie
- Troubles de la vascularisation locale, artérielle, veineuse ou lymphatique
- Plaie située au niveau des points d'appui ou surfaces de frottement

4. Choix du pansement ^(8, 11)

Le pansement a pour objectif de maintenir un milieu humide favorable au processus biologique de la cicatrisation et cela sans pour autant provoquer une macération excessive. Il réduira également la douleur et le risque d'infection.

La plupart des matériaux modernes utilisés permettent une utilisation sur plusieurs jours en ayant une action sur la régulation de l'humidité, en préservant les facteurs de croissance libérés au niveau de la lésion et en limitant les traumatismes directs ainsi que la déperdition de chaleur.

Le pansement doit, entre autres :

- Favoriser la guérison en milieu humide (régulation afin d'éviter le dessèchement ou la macération)
- Permettre la détersion de la fibrine, de la nécrose dans un premier temps, puis la granulation et l'épithélialisation ensuite
- Remplir l'espace mort
- Préserver la peau périlésionnelle
- Être confortable et réduire ou éliminer la douleur lors de la réfection du pansement
- Prévenir l'infection
- Préserver l'image de soi du patient et de la patiente
- Respecter le principe d'économicité

Parmi les considérations dans le choix du pansement, on citera :

- Type de traitement choisi : chirurgical ou conservateur
- Nature de la plaie : aigue, traumatique, post-chirurgicale, chronique
- Localisation, profondeur et état du pourtour de la plaie
- Stade de cicatrisation
- Fréquence des changements
- Durée d'évolution
- Efficacité du traitement

Il est à modifier en fonction de l'état de la plaie, selon que le tissu de granulation progresse et l'épithélialisation recouvre la plaie.

Pour un choix plus précis, voir le tableau « matériel de pansement » qui regroupe les produits disponibles aux HUG (document institutionnel) et en cas de doute faire appel à une consultation spécialisée.

5. Risques / Précautions / prévention

- Prévenir la douleur induite occasionnée par la plaie et les soins, soit par voie générale, soit par anesthésie locale (gels) ⁽¹²⁾.
Lors d'administration d'antalgiques, il est important de respecter leurs délais d'efficacité respectifs. La brochure institutionnelle « le bon antalgique au bon moment » sera d'une aide précieuse.
Proposer un soin sous MEOPA, hypnose ou anesthésie générale lorsque les lésions sont très importantes ou situées en des zones très sensibles.
- Préserver l'épiderme et sa couche cornée en périphérie de la plaie qui ne doit pas subir de lésions supplémentaires et douloureuses lors de la réfection des pansements. Les microfissures péri-lésionnelles peuvent être à l'origine d'une infection locale ou d'une inflammation délétère pour la cicatrisation de la plaie. Des protecteurs cutanés peuvent être utilisés.
- Prévenir l'infection de la plaie en éliminant les débris cellulaires et en diminuant le contingent bactérien en rinçant/douchant abondamment la plaie avant la réfection du pansement. La douche à l'eau courante tempérée est un excellent moyen à utiliser. Du NaCl 0.9% ou encore du Ringer peuvent également être employés.
- Rincer (eau ou NaCl 0.9%) est préconisé dans la grande majorité des cas. Cependant si un antiseptique est nécessaire, le choisir dans la même gamme que le pansement (ex: Bétadine® solution aqueuse et Bétadine tulle®). Dans tous les cas, suivre les indications préconisées par les fabricants.
- Éviter les frottements et les appuis tout au long de la cicatrisation.
- Favoriser la mobilité de la ou du patient.
- Veiller à ce que le ou la patiente reçoive une hydratation et un apport protéino-énergétique (protéines, glucides, lipides) suffisants. L'apport de protéines est nécessaire pour la croissance cellulaire. Si on suspecte un risque de dénutrition ou pour toute situation complexe, solliciter le médecin de l'unité pour la prescription d'une consultation nutritionnelle

6. Matériel pour la réfection de pansement et déroulement du soin

Voir procédure institutionnelle Technique clinique de réfection de base d'un pansement de plaie cutanée

7. Surveillance et changement de pansement lors d'un traitement de plaie

L'observation de la plaie permet de déterminer si son évolution est satisfaisante ou non (stagnation ou péjoration) et, le cas échéant, de modifier le traitement.

Par rapport au pansement, on surveillera particulièrement les points suivants :

- Douleur
- Étanchéité
- Confort et mobilité du ou de la patiente
- Tenue

Il faut au moins une semaine pour constater l'effet d'un traitement. Si après 15 jours il n'y a pas de changement, réajuster le traitement. Cependant si ce dernier est sensibilisant ou insupportable, il ne faut pas attendre pour le changer.

Le pansement doit être changé dès qu'il est saturé ou souillé (risque de macération des berges de la plaie).

Important : le pansement d'une plaie infectée se change chaque jour.

Un prélèvement bactériologique n'est effectué que devant une suspicion d'infection et sur ordre médical.

Cliniquement, les signes fréquents, mais non exhaustifs, d'infection d'une plaie sont ⁽¹³⁾ : Rougeur, augmentation de la température cutanée locale, pus/abcès, modification de l'exsudat, dégradation de la plaie, apparition d'odeur nauséabonde, augmentation de la douleur.

Diverses techniques de prélèvements existent. Aux HUG, le frottis est effectué après rinçage au NaCl 0.9% pour éliminer les souillures superficielles mais **avant désinfection** de la plaie. L'écouvillon ne touchera pas les bords de la plaie, il sera passé en zigzag sur la plaie tout en étant tourné entre les doigts.

8. Education de la et du patient

Le ou la patiente doit être informée du but et du déroulement soin, elle ou il doit y avoir consenti.

Il ou elle doit être encouragée à communiquer rapidement à une ou un professionnel de santé tout changement relatif à sa plaie (douleur, écoulement, odeur...) et/ou à son état de santé (nouveau diagnostic, décompensation d'une maladie chronique, changement de médicaments, ...).

Par ailleurs, elle ou il doit pouvoir indiquer son degré de satisfaction par rapport au traitement entrepris.

9. Elimination des déchets

Décontamination du matériel :

- [Elimination \(déchets et excreta\)](#)
- [Filière Déchet infectieux](#)

10. Références

1. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Adv Wound Care* (New Rochelle). 2015 Sep 1;4(9):560-582. doi: 10.1089/wound.2015.0635. PMID: 26339534; PMCID: PMC4528992.
2. Johnson, E., & Hunt, R. (2019). Infant skin care: updates and recommendations. *Current opinion in pediatrics*, 31(4), 476-481. Enoch, S., & Leaper, D. J. (2008). Basic science of wound healing. *Surgery (Oxford)*, 26(2), 31-37.
3. Enoch, S., & Leaper, D. J. (2005). Basic science of wound healing. *Surgery (Oxford)*, 23(2), 37–42. doi:10.1383/surg.23.2.37.60352
4. David G Armstrong, Andrew J Meyr. Risk factors for impaired wound healing and wound complications. *Avr.* 2021 [accédé 27 mars 2023] ; Disponible sur: https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-impaired-wound-healing-and-wound-complications?sectionName=Impaired%20wound%20healing&topicRef=99040&anchor=H4141272043&source=see_link#H4141272043
5. Chronic Wounds [Internet]. [accédé 27 mars 2023]. <https://www.woundsource.com/print/patientcondition/chronic-wounds>
6. Guo S, Dipietro LA. Factors affecting wound healing. *J Dent Res*. 2010 Mar;89(3):219-29. doi: 10.1177/0022034509359125. Epub 2010 Feb 5. PMID: 20139336; PMCID: PMC2903966.
7. Brennan, M. R. (2019). Wound assessment: A step-by-step process. *Nursing* 2021, 49(8), 62-64.
8. SAfW Section romande COLLECTIF/AUTEUR (2017) Les soins de plaies - Comprendre, prévenir et soigner, Edition Médecine & Hygiène, ISBN 978-2-88049-289-2 <https://boutique.revmed.ch/soins-plaie>
9. Wüthrich, J., Charbonneau, L., Probst, S., von Siebenthal, D. (2020). Recommandations de documentation standardisée des plaies, Swiss Association for Woundcare (SAfW). Aarau et Morges. [accédé 27 mars 2023]. https://www.safw-romande.ch/wp-content/uploads/2021/04/SAfW_Documentation_standartisee_des_plaies_0221.pdf
10. Irvin, C., Sedlak, E., Walton, C., Collier, S., & Bernhofer, E. I. (2017). Hospital-acquired pressure injuries: The significance of the advanced practice registered nurse's role in a community hospital. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(4), 203-208.

11. LeBlanc, K., Baranoski, S., Christensen, D., Langemo, D., Edwards, K., Holloway, S., & Woo, K. Y. (2016). The art of dressing selection: a consensus statement on skin tears and best practice. *Advances in skin & wound care*, 29(1), 32-46.
12. Paschou, S. A., Stamou, M., Vuagnat, H., Tentolouris, N., & Jude, E. (2018). Pain management of chronic wounds: Diabetic ulcers and beyond. *Maturitas*, 117, 17-21.
13. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005. [accédé 27 mars 2023] <https://ewma.conference2web.com/#resources/282524>

11. Autres lectures

- Atkin, L., Bučko, Z., Montero, E. C., Cutting, K., Moffatt, C., Probst, A., & Tettelbach, W. (2019). Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *Journal of wound care*, 28(Sup3a), S1-S50.
- Orsted, H. L., Keast, D. H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J. L., O'Sullivan-Drombolis, D., & Jin, S. (2017). Recommandation pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la Gestion des Plaies. *Wound Care Canada*, 76. Mise à jour 2020, [accédé 27 mars 2023] <https://www.woundscanada.ca/dhfy-doc-man/public/health-care-professional/576-cycle-de-gestion-des-soins-de-plaie-grr/file>

12. Auteurs

VUAGNAT Hubert, médecin responsable, direction des Soins, Programme plaies et cicatrisation HUG

13. Relecture et validation

DI TOMMASO Sébastien, infirmier spécialiste clinique, direction des soins
BURDET Gilles, infirmier spécialisé, direction des soins
CHOUTKO Sandra, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
JOSSERAND Céline, infirmière spécialisée, direction des soins
AVRAMOVA Vesselina, infirmière, direction des soins
Référentiel médico-soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.