


Prise en charge des plaies chroniques en EHPAD et à domicile Filières gériatologiques Annecy, Rumilly, Saint Julien, Pays de Gex et Bellegarde		
	<b>Equipe Mobile d'Hygiène/Annecy</b> Mode opératoire	VERSION du 15/12/17
		Date d'application : [xx/xx/xx] Page : 1/4

## 1 - Objet

Ce document décrit les actions de soins pour la prise en charge des plaies chroniques et détaille la technique, l'indication, la fréquence et le choix du pansement à appliquer.

## 2 - Personnes concernées

- ✕ Médecins traitants et médecins coordonnateurs
- ✕ Stomathérapeutes du CHANGE pour avis sur protocole de soins
- ✕ Cadres de santé, IDEC
- ✕ Infirmier(e)s
- ✕ Aides soignant (e)s
- ✕ Faisant fonction Aide-soignant
- ✕ Intervenants extérieurs

## 3 - Définition

**Une plaie** est une interruption dans la continuité des tissus (une brèche cutanée), déterminée par une cause externe (traumatisme, intervention chirurgicale, pression, brûlure...) ou une cause interne (ischémie d'origine vasculaire, neuropathie...).

**Plaie chronique** : plaie dont le délai de cicatrisation est allongé en raison de la présence d'une ou plusieurs causes de retard de cicatrisation. Selon l'étiologie, une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution.

## 4 - Prise en charge des plaies chroniques

### 4.1 Evaluation de la plaie

En EHPAD comme à domicile, l'AS constatant l'apparition ou l'évolution d'une plaie ou du pansement le signale à l'IDE. « **La Fiche Alerte AS à domicile** » (annexe 1/1bis) décrit l'état du pansement constaté à domicile. L'infirmière évalue la plaie et détermine son stade de cicatrisation.

#### • Evaluation infirmière :

- **Etiologie de la plaie**, circonstance de survenue, ancienneté
- **Recherche de facteurs intrinsèques** : antécédents médicaux et chirurgicaux, sénescence, état cutané, et facteurs de risques (allergie, traitements...)
- **Recherche de facteurs extrinsèques** : liés à l'environnement du patient (ex : hygiène de vie, tabac, chaussures mal adaptées, patient mal installé, traitements, mauvaise observance des protocoles de soins, etc...)
- S'assurer que le patient est bien à jour dans ses vaccins

- **Localisation de la plaie** (talon, sacrum)
- **Aspect de la plaie** : nécrose, fibrineuse, bourgeonnante, épidermisation... (cf annexe 1bis Fiche de suivi pansement – plaie et cicatrisation)
- **Evaluation de la Douleur** (à quel moment ?) échelle d'évaluation
- **Signes évocateurs d'une infection** : douleur, rougeur, chaleur, œdème, hyperthermie
- **Aspect des berges de la plaie** irritée, boursoufflée, œdématiée, macérée, etc....
- Quantité et aspect de l'**exsudat** : plaie sèche, plaie humide, exsudative, très exsudative, aspect purulent, hématique, séreux, nauséabond
- **Dimension de la plaie** : la plus grande longueur (L) et plus grande largeur (l) ; ces deux mesures devant être perpendiculaires entre elles. Un schéma ou un calque colorié peut être réalisé et archivé dans le dossier du suivi de la plaie. La photographie complète cette évaluation.
- **Profondeur de la plaie** peut se faire soit avec un écouvillon, un stylet et une règle centimétrique pour une plaie étroite et profonde.

L'IDE d'EHPAD ou du domicile renseigne une Fiche de suivi pansement (informatique ou papier) – annexe 1bis

#### • **Diagnostic :**

Il doit être posé par le médecin traitant.

- **Type de plaie** (diagnostic médical)
- **Evaluation** de l'état veineux, artériel et recherche d'une neuropathie en présence d'ulcères et maux perforants (diagnostic médical)
- **Recherche** d'un contact osseux. En cas de contact osseux, demander un avis spécialisé.
- **Si Prélèvement bactériologique : acte sur prescription médicale** : Toutes les plaies chroniques sont colonisées. Une plaie est dite infectée quand les signes cliniques sont présents (douleur, rougeur, chaleur, œdème, hyperthermie). Le prélèvement se fait après lavage de la plaie si suppuration et/ou signes cliniques d'infection (signes généraux) – cf ci-après.

Les stomathérapeutes du CHANGE sont joignables par mail pour avis sur le protocole de soins (à envoyer aux deux infirmières simultanément):

- Favre Laurie : [lfavre@ch-annecygenevois.fr](mailto:lfavre@ch-annecygenevois.fr) et
- Paleni Yaëlle : [ypaleni@ch-annecygenevois.fr](mailto:ypaleni@ch-annecygenevois.fr)

## 4.2 **Choix du pansement**

Voir la fiche technique annexe 2 « Guide d'utilisation des pansements pour plaies chroniques en ville et en EHPAD – Filières gériatrique Annecy, Rumilly, Saint Julien Pays de Gex et Bellegarde » et l'annexe 3 « Equivalence pansements par classe et fournisseur ».

## 4.3 **Nettoyage des plaies chroniques**

Le lavage des plaies chroniques se fait à l'eau courante tiède ou au sérum physiologique. Sécher le pourtour par tamponnement et appliquer ensuite les pansements

#### 4.4 Soins en fonction des différents stades de cicatrisation :

##### 4.4.1 La nécrose

A ce stade rien ne permet d'évaluer précisément l'atteinte des tissus sous-jacents. Il convient donc de ramollir la nécrose pour pouvoir la retirer. **Acte sur prescription médicale.** Cette phase de détersion doit être la plus courte possible, atraumatique et indolore. La surveillance des berges de la plaie doit permettre de détecter une surinfection ou un abcès, qui nécessitera l'excision rapide et/ou chirurgicale.

#### Pas d'antiseptique sur les plaies chroniques

Dès que la nécrose est molle, pratiquer la détersion même si elle n'est pas tout à fait ramollie.

**Ne jamais déterger une plaie de jambe sans connaître le statut vasculaire du membre lésé. Un avis médical est requis pour décider ou non d'examen complémentaire et donner l'indication de détersion.**

Toujours se renseigner au préalable si la personne est **sous anticoagulant**.

##### 4.4.2 Phase fibrineuse

Cette phase de détersion doit être la plus courte possible, atraumatique et indolore. La surveillance des berges de la plaie doit permettre de détecter une surinfection et guider dans le choix du pansement afin de prévenir toute macération. **Si détersion mécanique, elle doit être effectuée par un médecin, sur avis du médecin ou d'une stomathérapeute.**

Les mêmes précautions que pour la détersion et l'élimination de la nécrose doivent être observées.

##### 4.4.3 Phase bourgeonnante

A ce stade les néo-tissus sont très fragiles. Les soins et le choix du pansement doivent préserver les berges saines de la plaie, la fréquence de réfection des pansements doit être appropriée en fonction des exsudats et des recommandations du fabricant. Si la plaie devient suintante, et que les berges deviennent inflammatoires, rouges, œdémateuses et douloureuses ou que la plaie devient atone et se décolore, il faut craindre une surinfection, le prélèvement bactériologique est nécessaire. **Le prélèvement se fait préférentiellement par biopsie ou aspiration à l'aiguille. Les écouvillons sont à éviter car ils ne révèlent généralement les micro-organismes de la flore cutanée et non systématiquement ceux impliqués dans les infections suspectées.**

Si présence d'hyper bourgeonnement utiliser des hydro colloïdes fins en compression ou sur prescription médicale une crème corticoïde pendant 8 jours maximum.

#### 4.4.4 Phase d'épidermisation

Cette dernière étape, phase de maturation, sera longue (plusieurs mois, voire 2 années). Les soins locaux doivent être atraumatiques, l'hygiène rigoureuse. Les pansements fins et transparents permettent une bonne surveillance de l'état cutané

#### 4.4.5 Prise en charge de la douleur

La douleur doit être évaluée en dehors de la réfection du pansement, au retrait du pansement, pendant les soins et immédiatement après. Cette évaluation guidera aussi le choix du pansement, la technique du soin et la prescription d'antalgique local et/ou par voie générale adaptée.

#### 4.4.6 Mesure d'hygiène et prévention

Respect des Précautions Standard (Cf. protocole)

- Hygiène des mains par friction à la solution hydro alcoolique (cf. Protocole Hygiène des mains)
- Port des gants non stériles à usage unique pour l'ablation du pansement
- Port du tablier plastique (soin souillant/à risque potentiel de projection)

### 5 - Documents associés

- ✓ Fiche technique de prise en charge et de suivi des plaies chroniques
- ✓ Fiche alerte de l'aide-soignante
- ✓ Fiche des DM
- ✓ Précautions standard
- ✓ Hygiène des mains

Diffusion	

Rédaction	Groupe de travail	15/12/2017
Vérification	Murielle Galas Haddad, PH hygiéniste EMH	15/12/2017
Approbation	[Prénom NOM, fonction]	[Date de signature]

Groupe de travail:

- EMH : Murielle Galas Haddad, PH hygiéniste, Martine Voisin, cadre de santé et Sylvie Debuissou, IDE
- Médecins coordonnateurs d'EHPAD: Dr Mollard et Dr KUHN
- Pharmaciens CHANGE: Maryse Ouvrier, Justine Perez
- IDE stomathérapeutes CHANGE: Laurie Favre, Yaelle Paleni
- IDEC, IDE (SSIAD, EHPAD): Béatrice Sonnerat-Schoch, Solenne Begey
- AS (SAAD, EHPAD): Nourra Khajjou, Elisabeth Pasquier, Anne-Marie Caillat