

Spécial PLAIES

- **Ulcère de jambe**
- **Escarre**

Ulcère de jambe

L'ulcère est une plaie chronique avec perte de substance pouvant aller de la peau jusqu'à l'os. Il est d'étendue variable, provoqué ou d'apparition insidieuse, ne guérit pas de lui-même et siège le plus souvent au niveau de la jambe.

L'ulcère de jambe est principalement dû à une cause vasculaire : veineuse ou artérielle, voire les deux simultanément (ulcère mixte).

Le recensement systématique des ulcères de jambe n'est pas effectué. Beaucoup d'ulcères de jambe sont traités en ville, une partie d'entre eux relevant même de l'automédication.

L'ulcère touche environ 1% de la population générale soit, en France, 600.000 patients. La femme est plus atteinte que l'homme (3 pour 1).

Les ulcères sont, pour la plupart, pris en charge hors de l'hôpital, par le personnel soignant : paramédical, médecin généraliste et le spécialiste mais aussi parfois, par le patient lui-même.

Un accroissement prévisible des cas...

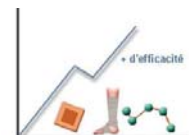
Le vieillissement de la population, le développement du T.H.S. chez les femmes ménopausées, la diminution de l'activité physique poussent à une augmentation de la prévalence de l'ulcère de jambe.

Des traitements plus efficaces

Le développement de solutions efficaces pour le traitement de l'ulcère de jambe (pansements, contention, acide hyaluronique...) devraient permettre une guérison plus rapide, et donc la diminution de leur incidence (nombre de cas en cours à un instant donné).



Perspectives





 **smith&nephew**

PROFORE[◇]

La technique de contention
multicouche

Ulcère veineux compression et observance : la solution

PROFORE[◇], système de bandage multicouche, exerce une compression efficace et dégressive de la cheville au genou, constante jusqu'à 7 jours. Il est conçu pour le traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse.



Smith & Nephew SAS
25, Bd Alexandre Oyon
72019 Le Mans Cedex 2
France

<http://wound.smith-nephew.com/fr>
www.ulcere-de-jambe.com

T 02 43 83 23 23
F 02 43 83 23 83



Marque de commerce de Smith & Nephew
wm-06-04-096

Nettoyage de la plaie

En présence de souillures, on nettoie la plaie à l'aide de sérum physiologique ou d'eau du robinet. On nettoie à la douchette (ou au jet : seringue ou flacon plastique). On évite d'utiliser une compresse qui pourrait arracher des tissus sains, sauf sur plaie fibrineuse pour enlever la fibrine. On utilise du savon (sans antiseptique, ni colorant ni parfum).

Le nettoyage soigneux de la zone périlésionnelle diminue le risque d'infection. On effectue un nettoyage à l'eau et au savon, on rince et on sèche (sans sécher la plaie).

Pas d'antiseptiques

Ils sont toxiques pour les cellules de la cicatrisation, peu ou pas efficaces sur les bactéries présentes dans la plaie. Sur la peau périphérique, souvent fragile, ils peuvent entraîner des irritations majeures et des allergies. Ils augmentent le risque d'infection grave en sélectionnant des germes résistants.



Pas de séchage de la plaie

Il peut s'avérer douloureux et va à l'encontre du concept de la thérapie humide. Il peut entraîner douleur ou lésion tissulaire.

Pas de lavage sur les désépidermisations

Mis à part les cas de souillure manifeste (résidus de pansement, exsudat gênant l'évaluation de la plaie), le lavage ne se justifie pas car il est douloureux et agressif pour les cellules vivantes. Si possible, on respecte l'exsudat, riche en facteurs de croissance.

Détersion

La détersion intervient lors des phases nécrotique et fibreuse. Son objectif est d'éliminer les débris (tissus morts, sang coagulé, fibrine...) qui encombrant le fond de la plaie et empêche la cicatrisation. C'est un préalable indispensable à la cicatrisation.

Détersion mécanique

Elle est rapide. Par contre, elle peut s'avérer plus douloureuse que la détersion par pansement. Les risques de saignement difficiles à contrôler sont aussi plus importants.

Elle se pratique à l'aide d'une pince métallique, une curette bien affûtée, parfois un bistouri. Il convient de les manier avec précaution, pour éviter les traumatismes inutiles (risque de saignements, de douleurs). La détersion est complétée sur les berges de la plaie : enlever l'hyperkératose, les squames retardant l'épidermisation.

Détersion par pansement actif

Elle est souvent préférée à la détersion mécanique car moins traumatisante. Elle est néanmoins plus lente.

Leur action directe repose sur :

- une humidification maximale des tissus, pour les ramollir et désagréger les liens non vivants (protéines coagulées, ...),
- une absorption des molécules et débris libres par capillarité ou pression osmotique différentielle.

Les pansements agissent aussi indirectement en créant un milieu humide favorable à la détersion autolytique naturelle par les macrophages et les polynucléaires neutrophiles.

La détersion par pansement peut être réalisée au moyen :

- d'hydrogel sous pansement secondaire,
- d'alginate imbibé préalablement à sa pose sous pansement secondaire,
- des pansement dits de thérapie humide, ...

Spécial Plaies

La douleur

Quelle que soit la technique, on diminue la douleur lors des soins, en utilisant des antalgiques sous forme topique, appliqués 30 à 45 minutes avant les soins (à domicile, cette application peut être faite par le malade ou un membre de l'entourage).

La cicatrisation

La cicatrisation comporte deux phases : bourgeonnement et réépidermisation. Une cicatrice reste visible après guérison, avec coloration brune ou blanche de la peau.

La cicatrisation est favorisée par le maintien de la plaie en milieu humide contrôlé (travaux de Winter en 1962, confirmés depuis par l'expérience clinique et l'analyse du processus d'épidermisation).

La notion de contrôle repose sur le fait que le clinicien évite deux écueils :

- un pansement créant un milieu sec, avec ralentissement et même arrêt du processus de cicatrisation ;
- un pansement créant un milieu trop mouillé, avec macération des berges de la plaie et majoration du risque infectieux.

Les pansements

La phase de détersion passée, le pansement a comme objectif principal de maintenir un milieu humide mais sans macération. Pour cela il doit être capable d'absorber les exsudats, malgré la pression exercée par l'application d'une compression par bande (ou d'une autre nature).

Les différents pansements utilisés

Les pansements les plus utilisés dans l'ulcère sont :

- les pansements gras, qui sont efficaces dans les ulcères non exsudatifs,
- les hydrocolloïdes, historiquement les premiers pansements de la cicatrisation humide, mais qui ont tendance à provoquer macération et endommager les berges au retrait (notamment dans les cas d'ulcères avec eczéma, atrophie blanche, hypodermite, oedème...),
- les hydrocellulaires, pansements absorbants particulièrement adaptés aux ulcères, notamment si l'exsudat est important et les berges fragilisés.
- les alginates, dans les ulcères hémorragiques (du fait de leurs propriétés hémostatiques).

L'utilisation de compresses est déconseillée car elles maintiennent une forte macération (l'eau absorbée est immédiatement relarguée sur la plaie sous l'effet de la compression).

Cas particuliers

En cas de plaie infectée, on peut utiliser un pansement ayant une action bactériostatique ou bactéricide (argent, charbon ...).

En cas de plaie dont la cicatrisation est ralentie ou arrêtée, l'application d'acide hyaluronique sur la plaie permet de relancer la cicatrisation.

Suivi de la cicatrisation

Lors du renouvellement du pansement

Le suivi de la plaie doit être effectué à chaque renouvellement de pansement :

- la cicatrisation a-t-elle progressé ?
- les zones périlésionnelles sont-elles saines ?

La compression élastique est capitale dans le traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse. Elle permet de réduire l'œdème, la stase veineuse et d'obtenir par l'intermédiaire d'une meilleure vascularisation un bourgeonnement de l'ulcère.

L'ulcère veineux est dû en grande partie à une mauvaise circulation veineuse. Le sang remonte mal, stagne (stase veineuse), passe en dehors des vaisseaux, abîme puis détruit la peau. La compression applique une pression sur les tissus qui se transmet prioritairement aux veines. Cette pression sur la veine limite la stase veineuse (stagnation du sang dans la veine) et favorise la remontée du sang vers le cœur.

Compression par bande

La compression par bande permet d'appliquer une pression sur la jambe porteuse de l'ulcère. Elle est appliquée des orteils au haut de la jambe, en épousant au mieux les formes de la jambe (notamment au niveau de la cheville).

Elle s'adapte à toutes les physiologies de jambe et permet d'appliquer une pression correcte autour des malléoles en s'aidant parfois de mousse, localisation fréquente des troubles circulatoires et des ulcères.

Dans certains cas, on peut être amené à superposer les deux modes (bas et bandes) de compression pour obtenir une pression plus élevée sur les vaisseaux sanguins.

Bande monocouche

La compression monocouche consiste à appliquer une seule bande élastique ou non élastique. C'est historiquement la première approche de la compression par bande, elle était alors inélastique puisqu'on ne connaissait pas alors le caoutchouc. Maintenant cette compression monocouche est le plus souvent faite avec une bande élastique.

Adapter son Mode de vie

L'élévation consiste à rester quelques minutes allongé ou assis, jambes tendues, avec les pieds surélevés (10 à 20 cm au dessus du niveau du bassin).

En effet, l'élévation facilite le trajet du sang vers le cœur. Les jambes sont soulagées. La pression veineuse au niveau de l'ulcère diminue, favorisant sa guérison.

On pratique des surélévations de 5 minutes minimum :

- dès qu'un sentiment de lourdeur est ressenti au niveau des jambes,
- après une marche ou une station debout prolongée,
- sinon au moins 3 fois par jour.

L'activité physique a pour objectif de favoriser le retour veineux du sang vers le cœur. Elle permet aussi d'entretenir la musculature de la jambe, notamment du mollet, qui participe à ce retour veineux. L'exercice le plus efficace et le plus simple d'accès reste la marche. Idéalement, on pratiquera des marches courtes et répétées : 20 minutes de marche trois par jours est un rythme à la fois efficace et à la portée de tous. Ces marches fractionnées sont plus recommandées qu'une marche longue qui peut entraîner une fatigue néfaste au retour veineux vers le cœur.

Plus généralement, on essaiera de prendre l'escalier plutôt qu'un ascenseur, de descendre un arrêt plus tôt du bus ou du métro, de garer sa voiture 100mètres plus loin... **Ces petits efforts multipliés** dans une journée ont un réel impact positif sur le retour du sang vers le cœur, donc sur la prévention et la guérison de l'ulcère veineux

Bandes multicouches

La compression multicouche consiste à appliquer une succession de bandes de différentes natures. Elle permet d'obtenir une compression efficace sur toutes les zones de la jambe, avec combinaison de compression élastique (efficace au repos) et non élastique (efficace en activité). Ces systèmes sont à usage unique, ils sont posés tous les 2 à 7 jours par une infirmière.

C'est une évolution de la compression par bande qui permet de supprimer les limites du système monocouche (pose difficile, entretien, "trous de pression", efficacité variable).

Elle se pose sur un pansement ou directement sur la plaie selon les cas.

Autres compressions : Bas

La compression par bas permet d'appliquer une pression sur la jambe porteuse de l'ulcère.

Le bas est un produit standard, dont l'efficacité ne dépend pas de la personne l'appliquant (contrairement aux bandes). Elle laisse malheureusement des trous de compression notamment autour des malléoles, surtout chez les personnes maigres (saillants osseux importants).

Toutefois, es bas peuvent s'avérer difficiles à poser, notamment sur le pansement.

Dans certains cas, on peut être amené à superposer les deux modes de contention pour obtenir une pression plus élevée sur les vaisseaux sanguins.

En savoir plus...

Ce dossier a été réalisé grâce à Asymptote qui réalise et édite des sites internet médicaux à destination du grand public et/ou des professionnels de santé.

Quinze années d'expérience dans le domaine de la santé lui confèrent une parfaite légitimité ainsi qu'une reconnaissance, au niveau des industriels, des professionnels de santé et des patients. La rédaction des contenus est assurée par des experts des pathologies traitées, en totale indépendance.

Réalisations à ce jour :

Escarre.fr • Ulcere-de-jambe.com • Brulure.fr,

Obesite.com (Prix du Meilleur Site Internet Grand Public aux Entretiens de Bichat 2001), Nutrition-et-obesite.com, Obesite-enfant.com,

Prostate.fr (Grand Prix du Site Internet Médical aux Entretiens de Bichat 2004),

Mon-arthrose.com (Prix Spécial du Jury aux Entretiens de Bichat 2004),

Lombalgie.fr • Etat-depressif.com

À éviter

Hormis couché, **l'immobilité** favorise la stase veineuse et est un facteur aggravant d'ulcère.

Le piétinement est mauvais pour l'ulcère veineux car, si les muscles bougent, la pompe du talon n'est pas efficace sur des appuis seuls. C'est le couple pompe du talon + contraction musculaire qui est efficace.

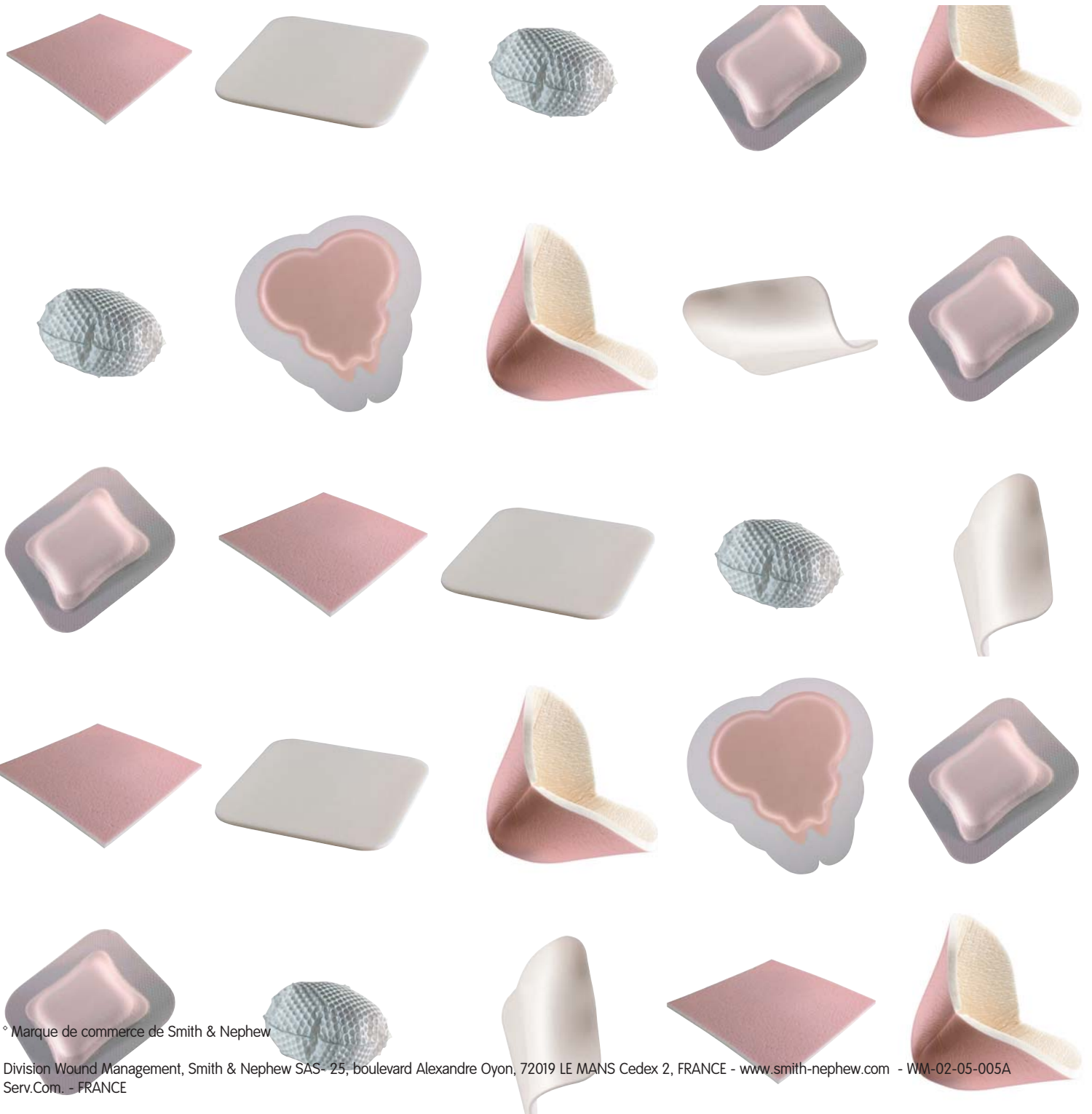
La chaleur provoque une vasodilatation périphérique des capillaires sanguins. Ceux-ci sont alors plus fragiles en cas de surpression veineuse ou artérielle.

Le port de pantalons serrés à la taille peut provoquer **un effet de "garrot" à la taille**, parfois accentué par une position assise. Ceci freine la remontée sanguine et a un effet néfaste sur la cicatrisation de l'ulcère.



 **smith&nephew**
ALLEVYN[®]
Pansements Hydrocellulaires

Le choix de l'efficacité



° Marque de commerce de Smith & Nephew

Division Wound Management, Smith & Nephew SAS- 25, boulevard Alexandre Oyon, 72019 LE MANS Cedex 2, FRANCE - www.smith-nephew.com - WM-02-05-005A
Serv.Com. - FRANCE

L'escarre est une "plaie de pression". C'est une plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée

Les principales localisations

Trochanter : c'est une escarre peu fréquente mais très dangereuse. Elle apparaît principalement chez les patients alités en position latérale.

Ischions : elle est fréquente chez les patients assis. c'est l'escarre la plus fréquente chez le paraplégique.

Sacrum : elle apparaît chez les patients assis en position affaissée vers l'avant, ou chez des patients alités en position semi-assise.

Talons : fréquente chez les patients alités en position dorsale. C'est la plus facile à guérir, mais aussi celle dont la prévention est la plus aisée (adaptation de la position ou soulagement par accessoire).

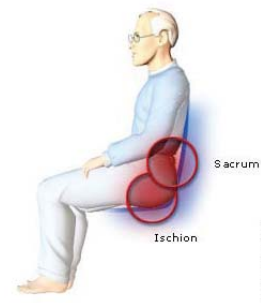
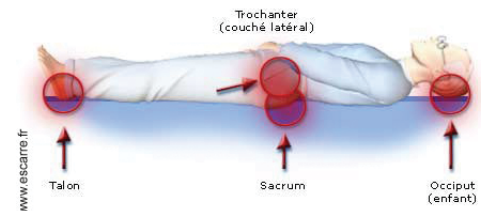
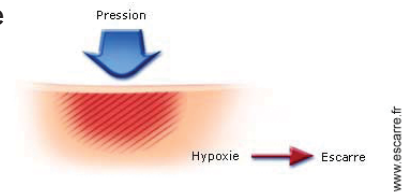
Quelques cas particuliers

L'escarre due à une sonde urinaire mal fixée ou mal positionnée et qui passe entre le patient et son lit.

L'occiput : c'est une escarre fréquente chez le nourrisson ou en réanimation. Elle est souvent aisément guérie mais peut amener une zone de non-repousse capillaire.

L'oreille est une escarre visible en réanimation.

Les électrodes d'E.E.G. (électro-encéphalogramme) peuvent aussi créer une escarre au niveau du crâne.



Hydrocolloïdes

Propriétés : historiquement, les premiers pansements utilisés en cicatrisation en milieu humide. Ils hydratent la plaie en maintenant l'exsudat en place. Leur composant (CMC) se transforme en gel en absorbant l'exsudat.

Indications : escarres, ni trop sèches (préférer un hydrogel) ni trop exsudatives (préférer un hydrocellulaire ou un alginaté).

Hydrogels

Propriétés : très riches en eau (>90%), ils hydratent très bien les plaies sèches. Nécessité d'un pansement couvrant.

Indications : escarres sèches, en général nécrotiques.

Hydrocellulaires

Propriétés : mousse très absorbante sous pansement, fonctionne comme de petites éponges se gonflant de liquides sous le pansement.

Indication : escarres exsudatives non infectées.

Alginates

Propriétés : très grande capacité d'absorption (ce sont de vrais "buvards"), propriétés hémostatiques. Nécessité d'un pansement secondaire car l'alginate est perméable aux liquides et bactéries. Autorisé sur plaie infectée si le pansement secondaire est non imperméable.

Indication : phase de détersion sur plaie fortement exsudative, parfois en phase de bourgeonnement.

Hydrofibres

Action similaire à un alginate, les hydrofibres ont une composition différente (CMC en fibres au lieu d'alginate).

Acide hyaluronique

Molécule à fort pouvoir hygroscopique intervenant dans la cicatrisation. En apport sur une plaie (pansement, spray...), elle relance la cicatrisation des plaies atones après détersion.

Pansements gras

Propriétés : imprégnés d'un corps lipidique protégeant la plaie et favorisant sa détersion physiologique. Peu absorbants, ils contrôlent mal l'exsudat. Renouvellement fréquent du pansement pour éviter qu'il ne ciolle à la plaie. Allergies communes dans ceux contenant du baume du Pérou.

Indications : phases de détersion, bourgeonnement et réépidermisation. Peu adaptés au traitement de l'escarre.

Interfaces (ou tulles de nouvelle génération)

Propriétés : nouvelle génération de pansement gras où des CMC associés au corps lipidique apportent un effet d'absorption des exsudats, ce qui peut pallier dans certains cas aux problèmes liés aux pansements gras.

Indications : phases de détersion, bourgeonnement et réépidermisation.

Pansements au charbon

Propriétés : le charbon permet de masquer les odeurs.

Indications : plaies malodorantes (infectées)

L'ajout d'argent apporte une propriété bactéricide au pansement au charbon.

Films

Propriétés : films très fins transparents imperméables à l'exsudat.

Indications : pansements secondaires plutôt réservés au post-opératoire.

l'effet

BIAFINE®

**protecteur
cutané**



Plaies cutanées

FORME ET PRÉSENTATIONS

Emulsion pour application cutanée. Tube aluminium de 46,5 g, 93,0 g, 139,5 g et 186,0 g.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Trolamine 0,67 g.

Stéarate d'éthylène glycol, Acide stéarique, Palmitate de cétyle, Paraffine solide, Paraffine liquide, Pérhydroqualéne, Propylène glycol, Huile d'avocat, Alginate de trolamine et de sodium, Sorbate de potassium, Parahydroxybenzoate de méthyle sodé (E 219), Parahydroxybenzoate de propyle sodé (E 217), Arôme Yerbatone, Eau purifiée q.s.p. 100 g.

DONNÉES CLINIQUES : Indications thérapeutiques

- Erythèmes secondaires à des traitements radiothérapeutiques.
- Brûlures du premier et second degré et toute autre plaie cutanée non infectée.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- **Erythèmes secondaires à des traitements radiothérapeutiques** : 2 à 3 applications quotidiennes, régulièrement espacées, en faisant pénétrer par un léger massage.
- **Brûlures du 2nd degré et autres plaies cutanées** : après nettoyage de la plaie, appliquer en couche épaisse en débordant largement la surface de la lésion et renouveler les applications afin de maintenir toujours un excédent d'émulsion sur la lésion. Recouvrir si besoin d'une compresse humidifiée et terminer le pansement. Ne pas utiliser de pansement absorbant sec.
- **Brûlures du 1^{er} degré** : appliquer en couche épaisse jusqu'à refus de la peau. Faire pénétrer par un léger massage. Renouveler 2 à 4 fois par jour.

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie connue à l'un des composants de la préparation.
- Plaie hémorragique.

- Lésion infectée.

MISES EN GARDE

En cas de brûlure du second degré ou de plaie cutanée non infectée, la conduite à tenir dépendra de l'étendue de la lésion, de sa localisation, de l'âge et des antécédents du patient, des lésions associées et de la dermatologie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Ce médicament n'est pas un protecteur solaire.

EFFETS INDÉSIRABLES

Parfois douleurs modérées et transitoires de type picotement après application.

Rare allergie de contact.

PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES

PROTECTEUR CUTANÉ (D : dermatologie).

AMM 319 228-2 : Tube de 93 g.

Prix : 2,73 € - Remboursé Séc soc à 35% Collect.

AMM 328 570-1 : Tube de 186 g.

non remb Séc soc. Prix libre - Collect.

AMM 357 994-0 : Tube de 46,5 g.

AMM 357 995-7 : Tube de 139,5 g.

Pour une information plus complète, consulter le Vidal.

Date de révision : Juillet 2004.

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :



LABORATOIRE
MEDIX®



18, rue Saint-Mathieu
78550 Houdan

Tél : 01 30 88 16 00

Johnson & Johnson

ESCARRE

Surveiller l'apparition d'une éventuelle escarre : qui et quand ?*

Compte-tenu de l'enjeu, il convient tout d'abord de rappeler les faits suivants :

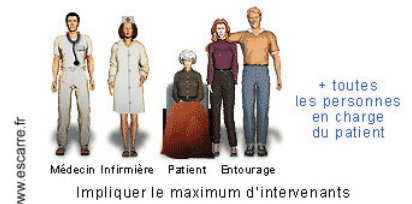
- **une escarre se développe rapidement**, passant parfois en quelques heures du stade 1 (rougeur) au stade 3 ou 4 (escarre profonde),
- la détection précoce d'une escarre en formation (stade 1) ne demande pas de compétences médicales.

Une escarre en formation détectée à ce stade peut être jugulée rapidement à l'aide de pratiques simples, inoffensives et économiques, alors qu'une escarre profonde mettra plusieurs semaines à plusieurs mois à guérir, et peut mettre la vie du patient en danger.

Tout ceci justifie d'impliquer le maximum d'intervenants

C'est pourquoi cette surveillance doit être le fait de tous ceux qui en ont l'occasion : le médecin qui suit le patient bien entendu, mais aussi l'infirmière, l'aide soignante ou tout autre professionnel de santé lors de la pratique de ses soins, ainsi que le patient lui-même et son entourage.

Bien entendu, l'apport du patient est limité par le fait qu'il ne peut voir toutes les zones en danger (notamment sacrum), mais il peut être à même de participer à la surveillance au niveau trochanter ou talonnier. D'autre part son implication favorisera la pratique des changements de position utiles à la prévention de l'escarre.



* source : www.escarre.fr

Performance
Accessibilité immédiate via notre site
Mises à jour et sauvegardes en ligne automatiques

Confort
Simplicité maximale d'utilisation
Assistance illimitée

Souplesse
Sans acquisition de logiciel

Atlantide
7d, chemin des Près
38240 Meylan
Tél. : 04 76 90 20 20
Fax : 04 76 90 29 77
infocom@acteur.fr

Oui, je souhaite recevoir le CDrom d'installation gratuitement

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél..... email.....

Cachet du praticien

Pour 15 €/mois
votre obligation
conventionnelle
de télétransmission
Tout compris

ACTEUR *fsse*.net
Le plus court chemin entre Vous et SESAM-Vitale

Pour en savoir plus RDV sur
www.acteurfsse.net