

13ème Journée romande de formation en  
Prévention de l'Infection  
**La PCI, du micro-organisme à l'humain**  
Jeudi 3 mars 2016

# Le traitement des plaies infectées

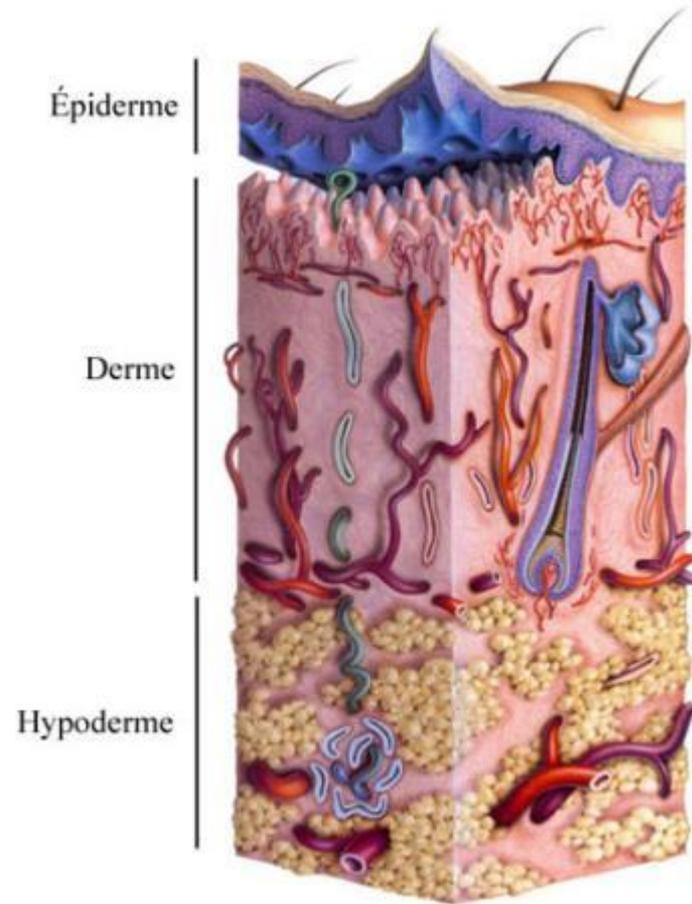
Lucie Charbonneau  
Infirmière spécialiste clinique en  
Plaies et Cicatrisation  
Vice-présidente SAfW-Romande



# Définition

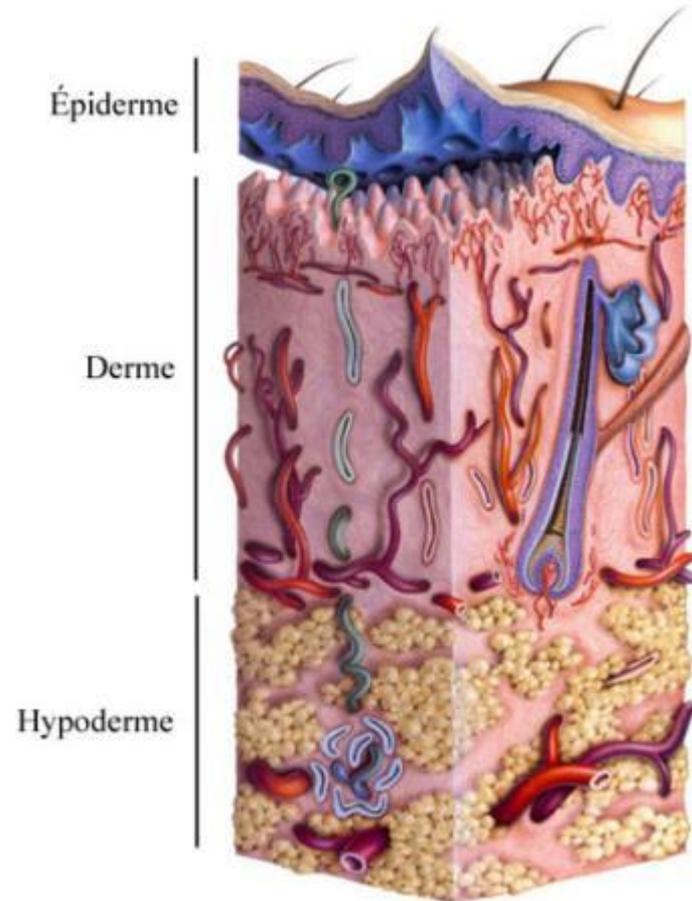
Une **plaie** est une rupture de la barrière cutanée

Cette plaie est rapidement colonisée par des germes faisant partie de la flore cutanée habituelle



# Définition

On parle d'**infection** en présence d'une vraie prolifération et d'une invasion microbienne des tissus de l'hôte qui provoquent des lésions cellulaires et des réactions immunitaires symptomatiques



# L'évaluation de la plaie

## Comprendre:

- quel type de plaie
- son origine
- son potentiel de cicatrisation
- la durée de l'évolution de la plaie

## Observer:

- la localisation de la plaie
- le lit de la plaie
- la morphologie

# Les différents types de plaies

## PLAIES CHRONIQUES:

- Escarre
- Ulcère
- Mal perforant plantaire
- Plaie oncologique

## PLAIES AIGUES

- Dermabrasion
- Plaies traumatiques (arme blanche, arme à feu, morsure, corps étranger, etc)
- Coupure, lacération
- Brûlure
- Plaie opératoire

# Les phases de cicatrisation

L'échelle colorielle décrit les différentes phases de cicatrisation de la plaie et permet d'utiliser un langage commun

Nécrose

Noir

Fibrine

Jaune

Granulation

Rouge

Épithélialisation

Rose

Infection

Vert

**PLAIES**  
Recommandations de pratiques institutionnelles

Disposer les plaies le plus souvent possible, si utilisation d'un antiseptique, rincer la plaie au NaCl 0,9%.  
Tous les traitements doivent faire l'objet d'une prescription médicale.

PHASE DE CICATRISATION	OBSERVATION	BUT	ACTIONS
<b>NÉCROSE</b>	 Bâche: Odeur nauséabonde, cartonnage, moquette	• Débrider la nécrose • Réaliser la surfection	<b>Si patient diabétique et/ou insuffisant artériel, garder la nécrose sèche.</b> Si escarre talon ou occiput, garder la nécrose sèche • Débrider avec Silbact® ou avec + compresses achesés tout jour • La Silbact® + compresses achesés tout jour • Si observé nécrose et/ou insuffisant artériel, ne pas débrider mécaniquement sans l'avis d'une infirmière spécialiste en soins de plaies • Hydrogel + Hydrocolloïde (ou compresses achesés si doit être retiré tout jour) • Si macération au pourtour de la plaie: Coloplast® ou Cadexel® coulé*
<b>FIBRINE</b>	 Bâche: Nécrose brune, verdâtre, sécrétions, coque	• Débrider les tissus dévitalisés • Faciliter la granulation • Réaliser la surfection • Absorber les exsudats	• Débrider mécaniquement, chirurgical et/ou autolytique des tissus dévitalisés <b>Si patient diabétique et/ou insuffisant artériel, ne pas débrider mécaniquement sans l'avis d'une infirmière spécialiste en soins de plaies</b> • Hydrogel + Hydrocolloïde (ou compresses achesés si doit être retiré tout jour) • Aginate + Silbact® ou Aginate + compresses achesés tout jour (à intégrer l'onguent aux fins d'aginate en strass et humidifier légèrement avec du NaCl 0,9%) • Coloplast® ou Cadexel® coulé*
<b>GRANULATION</b>	 Bâche: Odeur nauséabonde et/ou adhérence au lit de la plaie	• Débrider les tissus dévitalisés • Faciliter la granulation • Absorber l'humidité de la plaie	• Débrider mécaniquement, chirurgical et/ou autolytique des tissus dévitalisés <b>Si patient diabétique et/ou insuffisant artériel, ne pas débrider mécaniquement sans l'avis d'une infirmière spécialiste en soins de plaies</b> • Hydrogel + Hydrocolloïde (ou compresses achesés si doit être retiré tout jour) • Aginate + Silbact® ou Aginate + compresses achesés tout jour (à intégrer l'onguent aux fins d'aginate en strass et humidifier légèrement avec du NaCl 0,9%) • Coloplast® ou Cadexel® coulé*
<b>ÉPITHÉLIALISATION</b>	 Bâche: Odeur nauséabonde et/ou adhérence au lit de la plaie	• Débrider les tissus dévitalisés • Faciliter la granulation • Absorber les exsudats	• Débrider mécaniquement, chirurgical et/ou autolytique des tissus dévitalisés <b>Si patient diabétique et/ou insuffisant artériel, ne pas débrider mécaniquement sans l'avis d'une infirmière spécialiste en soins de plaies</b> • Hydrogel + Hydrocolloïde (ou compresses achesés si doit être retiré tout jour) • Aginate + Silbact® ou Aginate + compresses achesés tout jour (à intégrer l'onguent aux fins d'aginate en strass et humidifier légèrement avec du NaCl 0,9%) • Coloplast® ou Cadexel® coulé*
<b>INFECTION</b>	 Plaie rouge, toux rosacées, bourgeonnements, fièvre de	• Faciliter la granulation en effectuant des lavages • Absorber les exsudats • Protéger la plaie	• Hydrocolloïde avec changement aux 4-7 jours selon saturation du pansement • Silbact® + compresses achesés sur 1-2 jours • SAC si parts de substance importante (plaie escarre profonde)
<b>ÉPITHÉLIALISATION</b>	 Plaie recouverte d'un bio aginate De charge de la plaie en phase de granulation par son aspect rose et gelée	• Protéger l'épithélium • Absorber les exsudats • Protéger la plaie	• Si plaie n'est pas complètement épitheelialisable • Hydrocolloïde avec changement aux 4-7 jours selon saturation du pansement • Silbact® + compresses achesés sur 1-2 jours
<b>PARTICULAIRES</b>	 Plaie, nécrose, fibrine	• Si plaie est complètement épitheelialisable • Hydrocolloïde de la plaie avec un débrider	• Si plaie est complètement épitheelialisable • Hydrocolloïde de la plaie avec un débrider
<b>HYPERGRANULATION</b>	 Granulation surélevée par rapport aux bords de la plaie	• Réaliser la granulation • Diminuer la taille des bourgeonnements	• Contacter un spécialiste lorsque plus de 3 jours (Drapergel® ou Biobrane®) • SAC • Change d'argente en bilberry
<b>PLAIE HÉMORRAGIQUE</b>	 Écoulement important de sang de la plaie	• Arrêter le saignement	Aginate + Hydrocolloïde • Compresses hémostatiques + compresses achesés
<b>PLAIE INFECTÉE HYPERGRANULATION</b>	 Plaie recouverte de dépôts purulents, parties ou ulcérides et entourée d'une zone inflammatoire rouge, gonflée et chaude(s)	• Traiter la surfection	• Débrider mécaniquement, chirurgical et/ou autolytique des tissus dévitalisés • Frotter de plaie avec le mélange de la plaie au NaCl 0,9% • Antiseptique toutes parties 7 à 10 jours • Pansement avec ions d'argent + compresses achesés tout jour, le temps de traiter l'infection • Si plaie n'est pas complètement épitheelialisable • Pansement au charbon + compresses achesés tout jour, si odor • Aginate + Silbact® ou Aginate + compresses achesés tout jour <b>Ne pas appliquer de pansement occlusif</b>

CHUV DM - 000 - Groupe Romand et traitement des Plaies / Août 2013

# La plaie infectée



## Signes cliniques ?

rougeur  
chaleur  
douleur  
odeur  
œdème



## Contamination

(contrôle par l'hôte)

## Colonisation

(flore bactérienne établie,  
contrôle par l'hôte,  
équilibre bactérien)

## Colonisation critique

(population bactérienne établie,  
arrêt de la cicatrisation,  
déséquilibre bactérien,  
pas de signe d'infection)

## Infection

(contrôle par les bactéries)

**Résistance de l'hôte**

Antiseptiques topiques

**Micro-organismes**

Antibiotiques systémiques  
et antiseptiques topiques

# Les antibiotiques / les antiseptiques

- ✓ Les plaies chroniques sont toujours colonisées par un certain nombre de bactéries
- ✓ Parmi les experts, il est d'avis consensuel de **ne pas utiliser les antibiotiques** pour le traitement de l'infection d'une plaie, lorsque cette infection est circonscrite
- ✓ L'usage des antiseptiques doit se limiter au traitement local d'une **plaie infectée**

# Nettoyage recommandé pour les plaies

- Pour une plaie contaminée / colonisée:
  - Nettoyage à l'eau ou au sérum physiologique
  - éventuellement un antiseptique pour une courte durée (« colonisation critique »)
  - +/- Utilisation de pansements argentiques (« colonisation critique »)
  - Détersion de la plaie
- Si plaie en contact avec les urines ou les selles:
  - Désinfection avec un antiseptique + rinçage au NaCl 0.9%
- Pour une plaie infectée:
  - Désinfection avec un antiseptique
  - Détersion de la plaie
  - Utilisation de pansements argentiques
- Si signes d'infection généralisée:
  - ATB par voie orale ou intraveineuse
  - Désinfection avec un antiseptique

# LES TRAITEMENTS TOPIQUES ANTIMICROBIENS

# Les pansements à l'Ag

Noir

Jaune

Vert

- Pansement d'Ag et d'alginate
- Activité antibactérienne à large spectre = **plaie avec colonisation critique ou infectée**
- Bactéricide / bactériostatique
  - Large spectre (> 150 sortes de germes)  
Staph. doré, E. coli, pseudomonas, clostridium perfringens, candida albicans, MRSA
- **Effet fibrinolytique**
- **Absorbent les exsudats**
- Nécessite un pansement secondaire



# Les pansements à l'Ag

Noir

Jaune

Vert

- Pansement d'Ag et de charbon
- Bactéricide / bactériostatique  
Large spectre (> 150 sortes de germes) Staph doré, E. coli, pseudomonas, clostridium perfringens, candida albicans, MRSA
- Effet fibrinolytique
- Retient les odeurs (charbon)
- Nécessite un pansement secondaire



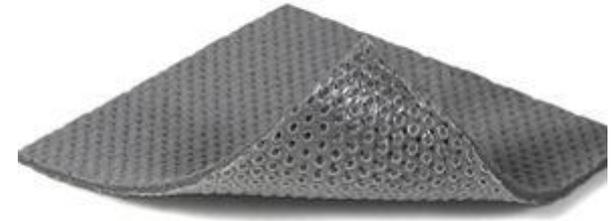
# Les pansements à l'Ag

Noir

Jaune

Vert

- Pansement interface
- Compresses argentiques à effets antibactériens pour le traitement atraumatique des plaies
- Neutralise les bactéries sont à la surface de la compresse par les ions d'argent
- Nécessite un pansement secondaire



**Mepilex Transfer® Ag**



# Les pansements à l'Ag

Noir

Jaune

Vert

- Pansement d'hydrofibre avec argent
- Bactéricide / bactériostatique
- Large spectre ( MRSA)
- Ions d'Ag libérés au contact des exsudats
- **Gestion des exsudats**
- **Lutte contre la macération**
- Nécessite un pansement secondaire



**Aquacel® Ag**

# Les pansements à l'Ag

Noir

Jaune

Vert

- Pansement hydrocellulaire avec argent
- Atraumatique et indolore lors des renouvellements de pansements
- Adhérence douce et pansement conformable et souple
- Action antimicrobienne rapide et durable



**Biatain Silicone® Ag**



**Mepilex® Ag**

# L'acide hyaluronique

Jaune

Vert

- Contient comme principe actif le hyaluronate de sodium, substance naturelle qui accélère la cicatrisation
- Associée à la sulfadiazine d'argent qui a une action antibactérienne
- Favorise la migration et la prolifération des cellules fibrinolytiques



# Le miel



- Miel médical : *Leptospermum Medihoney*
- Crée un milieu humide dans la plaie
- Antimicrobien, fongicide et virucide
- Induit un **débridement autolytique** rapide et efficace des plaies fibrineuses et nécrotique
- Réduit les odeurs



Noir

Jaune

Vert

# L'Octénidine



## Solution de rinçage:

- Excellente performance de nettoyage
- Particulièrement bien tolérée par la peau et les tissus
- Application indolore
- Utilisable pour tous les cas de plaies

## Gel:

- Combinaison d'octénidine et d'un hydrogel
- Octenilin ®
  - Dissout le biofilm et les microorganismes qu'il contient

# Le polyhexaméthylène biguanide



## Solution de rinçage:

- Nettoyage efficace de plaies aiguës et chroniques
- Réduit la prolifération des germes
- Excellente tolérance des cellules et des tissus
- Absorbe les odeurs de la plaie

## Gel:

- Combinaison de PHMB et d'un hydrogel
- Prontosan ®  
–Permet physiquement l'élimination du biofilm

# Le polyhexaméthylène biguanide

- Fibres biosynthétiques  
HydroBalance
- Permet d'absorber l'exsudat et d'apporter de l'humidité selon les besoins de la plaie
- Détruit efficacement les micro-organismes (bactéries, mycoses et germes)
- Efficacité sûre pour le traitement des plaies présentant une colonisation microbienne critique et pour le traitement des plaies infectées



Le SUPRASORB® X + PHMB

# Le mélange

## « alginate + Bétadine ® onguent »

- Effet fibrinolytique par l'alginate
- Plaies diabétiques et/ou infectées
- Sur tous les types de fibrine



# Conclusion

- L'infection des plaies et son traitement est un défi au quotidien pour les soignants
- Des recommandations internationales de bonne pratique édictées par des associations comme l'EWMA et la WUWHS existent maintenant et il serait bon de s'en référer
- Il serait important de revoir l'utilisation des antiseptiques lors du traitement de l'infection des plaies, plus spécifiquement les plaies chroniques
- Le PHMB est peut-être une bonne alternative à l'usage souvent abusif des antiseptiques locaux tel que la Bétadine® et la chlorexidine qui semblent avoir une toxicité plus importante et être délétère à la cicatrisation

# SAVE THE DATE!!

Congrès annuel  
**Le 2 juin 2016**  
au CHUV

**Implémentation de  
Guidelines -  
facilité ou contrainte?**

Programme bientôt en  
ligne sur  
[www.safw-romande.ch](http://www.safw-romande.ch)





**Des questions ??**

Merci de votre attention

# Bibliographie

Charbonneau L., L'infection et l'utilisation des antiseptiques, (Travail de validation UCM EWMA), Haute Ecole de Santé Genève, 2010

European Wound Management Association (EWMA), L'identification des critères d'infection des plaies, Document de référence, Londres : MEP Ltd, 2005

European Wound Management Association (EWMA), Prise en charge de l'infection des plaies, Document de référence, Londres: MEP Ltd, 2006

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Les soins des plaies au cœur de savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter, OIIQ : Westmount, 486 pages, 2007

Phillips PL, Wolcott RD, Fletcher J, Schultz GS. Biofilms Made Easy. Wounds International 2010; 1(3): Disponible sur : <http://www.woundsinternational.com>

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Principes de bonne pratique, L'infection des plaies en pratique clinique, Un consensus international, Londres : MEP Ltd, 2008

Wyndham-White C., Infection des plaies et antiseptiques, (support de cours), 2 juillet 2012.

Bbraun Medical SA, Wound Expertise, Premier numéro 2015, <https://français.bbraun.ch/cps/rde/xchg/cw-bbraun-fr-ch/hs.xsl/21127.html>?