Vivre avec une plaie chirurgicale…

une réalité qui coûte cher à tous, mais qui favorise le développement des connaissances

PAR
Maryse Beaumier
MSc Inf

L'art et la science du traitement des plaies sont aussi vieux que la profession médicale elle-même. Le premier document sur les soins des plaies, un papyrus découvert par Edwin Smith au XIX[e] siècle, date de 3000 ans avant Jésus-Christ[1-3]. Selon Kane[1], les pansements interactifs et bioactifs d'aujourd'hui sont l'aboutissement de l'évolution de la pensée scientifique et de l'expérience du traitement des plaies de guerre entre le Moyen Âge et l'ère moderne. Les soins des plaies sont devenus vraiment omniprésents et importants dans le système de santé[3].

Une plaie est définie comme une rupture de la structure anatomique normale de la peau et de sa fonction[4]. Après une blessure, il est essentiel que l'hémostase soit rapide pour prévenir l'invasion bactérienne et rétablir le plus vite possible la fonction du tissu lésé[5]. Jones et ses collaborateurs ajoutent que la cicatrisation d'une plaie est un processus complexe qui comporte quatre étapes : hémostase, inflammation, granulation et épithélialisation. Une plaie devient chronique quand au moins une des étapes du processus de cicatrisation est inadéquate, trop longue ou inefficace[5].

FIGURE 1
Plaie de fermeture d'iléostomie après 6 semaines



Voici le témoignage d'une femme de 42 ans qui souffre de la maladie de Crohn. Elle a subi une iléostomie temporaire qui lui a causé beaucoup de difficultés et qui a exigé l'intervention de plusieurs professionnels de la santé de divers services. La fermeture de la stomie devait selon le chirurgien être simple : quelques visites aux services courants du CLSC (Centre local de services communautaires) pour des pansements, puis reprise des activités normales en une à trois semaines. Mais les semaines passent, les visites aux services courants se multiplient et, sept semaines plus tard, la plaie exige toujours un nettoyage avec une solution saline à 0,9 % et un pansement (deux compresses de coton maintenues en place au moyen de ruban adhésif chirurgical). Le pansement est changé tous les deux jours. À plusieurs reprises, la patiente fait part au personnel soignant de ses inquiétudes relativement au délai de cicatrisation, mais on lui répond toujours que les choses ne vont pas trop mal et que la plaie devrait se cicatriser sous peu.

« Il est très inquiétant pour le patient de sortir de l'hôpital alors que sa plaie est ouverte (et coule), car il n'y connaît rien. Il faudrait lui expliquer en gros de quelle manière et en combien de temps sa plaie va guérir. Quand on se rend régulièrement aux soins courants du CLSC, on n'est bien sûr pas toujours traité par la même personne : une infirmière nous dit une chose et, deux jours plus tard, une infirmière différente nous dit autre chose. Et quand on lui pose une question, l'infirmière dit souvent qu'elle ne peut pas répondre parce quelle ne connaît pas le dossier, ce qui n'est pas une chose rassurante à entendre de la personne qui vous soigne ce jour-là! Dans mon cas, après six semaines de visites régulières aux soins courants, personne ne trouvait que ce n'était pas normal que ma plaie coule toujours. J'ai dû faire appel à mes contacts pour voir quelqu'un qui connaissait très bien le soin des plaies et, à partir de ce moment, j'ai reçu de bons soins. Ma plaie a fini par guérir. Si j'avais été une personne démunie, âgée ou un peu moins débrouillarde, il aurait probablement fallu beaucoup plus longtemps pour que ma plaie guérisse. »

Maryse Beaumier est professeure en soins de plaies au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières et étudiante au doctorat en santé communautaire à l'Université Laval.

La patiente et son conjoint ont suivi leur intuition et consulté une infirmière spécialiste du soin des plaies connue pour se conformer aux pratiques exemplaires. Cette infirmière suit d'aussi près que possible les recommandations sur la prévention et la gestion des plaies chirurgicales ouvertes qui ont été publiées en 2010 par l'Association canadienne du soin des plaies (figure 2)[6].

La première recommandation pour les plaies chirurgicales ouvertes devenues chroniques consiste à procéder à une évaluation holistique afin d'identifier les facteurs susceptibles d'affecter la cicatrisation des plaies chirurgicales au cours des phases préopératoires, intraopératoires et postopératoires[6]. Dans le cas clinique qui nous intéresse, la patiente souffre de la maladie de Crohn et, au fil des années, un psoriasis s'est installé chez elle. Au cours de la dernière année, elle a aussi été traitée par l'infliximab. Elle ne fume pas, est sportive et est en généralement bonne santé. Elle ne prend aucun médicament au moment des soins de la plaie chirurgicale ouverte. La fermeture de stomie s'est déroulée sans complication. Toutefois, depuis le début de la phase postopératoire, soit sept semaines, on ne lui fait que des pansements secs après nettoyage de la plaie avec une solution saline à 0,9 %.

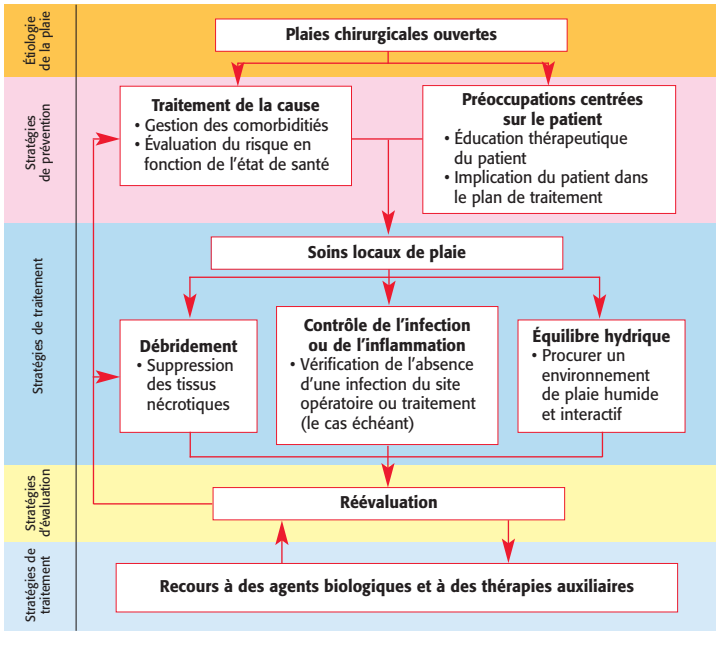
Dans un deuxième temps, on recommande d'élaborer un plan de traitement pour éliminer ou réduire les facteurs susceptibles d'affecter la cicatrisation des plaies chirurgicales au cours des phases préopératoires, intraopératoires et postopératoires[6,7]. Pour cette deuxième recommandation, il va de soi qu'il faut suivre les Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : Mise à jour 2006[7]. En outre, notre patiente s'alimente bien, est active et a un mode de vie sain, ce qui favorise la cicatrisation de la plaie.

Pour l'élaboration des plans de traitement, on recommande en outre d'intégrer le patient, sa famille et/ou la personne dispensant les soins au même titre que les membres de l'équipe soignante[6]. Notre patiente reçoit un appui remarquable de son conjoint. Tous deux ont compris la quatrième recommandation et y souscrivent : éduquer le patient, sa famille et/ou la personne dispensant les soins afin que la cicatrisation des plaies chirurgicales soit optimale[6]. La patiente est très réceptive aux conseils qu'on lui donne et suit à la lettre les recommandations des intervenants. On travaille à contrer l'insécurité et la tendance à l'anxiété de la patiente pour qu'elle reprenne ses activités normales quand l'évolution de la plaie lui permettra de le faire.

Les recommandations 5 à 9 portent sur les soins locaux de la plaie : évaluer la plaie chirurgicale et consigner toute observation selon une approche normalisée; débrider les tissus nécrotiques de la plaie chirurgicale; déterminer l'absence d'une infection du site opératoire ou, le cas échéant, la traiter; maintenir un équilibre hydrique optimal au niveau de la plaie pour favoriser la cicatrisation, en choisissant un pansement conçu pour la cicatrisation des plaies chirurgicales en phase aiguë et chronique; et déterminer l'efficacité des interventions puis aviser si la cicatrisation n'intervient pas dans les délais prévus et évaluer les lèvres de la plaie et le rythme de cicatrisation pour déterminer si l'approche de traitement choisie est optimale[6]. Dans le cas qui nous intéresse, la réépithélialisation a été trop rapide par rapport à la granulation, ce qui a contribué à la formation d'un sérome puis d'un abcès. Il y avait un écoulement verdâtre depuis quatre semaines. La solution saline à 0,9 % et les compresses de coton n'ont aucune propriété antibactérienne. L'ouverture de la plaie était insuffisante pour l'insertion d'une mèche. Le chirurgien a pratiqué une nouvelle incision au site de la plaie, puis on a utilisé un pansement interactif et antibactérien, qui a été remplacé deux fois à trois jours d'intervalle. Un corticostéroïde a été appliqué autour de la plaie pour traiter le psoriasis. À la troisième visite, l'écoulement avait pratiquement cessé, l'épithélialisation avait repris et il y avait une bonne granulation du fond de la

FIGURE 2

Étapes de la prévention et de la gestion des plaies chirurgicales ouvertes[6]



plaie. Comme la cicatrisation optimale de la plaie se fait du fond vers les bords, il faut s'assurer que la plaie demeure suffisamment ouverte jusqu'à ce que la granulation soit complète, d'où l'importance de toujours bien combler les cavités.

Chez notre patiente, l'utilisation de pansements bioactifs et de traitements auxiliaires (recommandation 10) n'a pas été nécessaire en raison du bon potentiel de cicatrisation[6]. Comme la plaie était peu complexe et que le potentiel de cicatrisation était bon, la collaboration entre le médecin et l'infirmière a été suffisante; la recommandation 11 (reconnaître que la cicatrisation des plaies chirurgicales nécessite une approche d'équipe) ne s'applique donc pas à ce cas clinique, mais devrait être privilégiée dans les services de santé[6]. C'est aussi le cas de la dernière recommandation, qui est de mettre en œuvre un programme de surveillance du site opératoire sur plusieurs milieux cliniques[6].

Les soins des plaies chroniques représentent un défi clinique de taille, surtout pour les professionnels des soins à domicile[8]. Les infirmières en santé communautaire sont les travailleurs de la santé que les patients qui ont une plaie voient le plus souvent[9]. Ces infirmières ont des connaissances et des aptitudes variables parce que le soin des plaies est un domaine en émergence. Les infirmières, tout comme les autres membres de l'équipe soignante, y compris le médecin, ne reçoivent aucune formation sur le soin des plaies, ce qui fait que l'écart entre les connaissances et la pratique s'élargit, au détriment des patients. La situation est regrettable, car l'amélioration des connaissances sur le soin des plaies en pratique courante pourrait améliorer la qualité de vie des patients et réduire l'utilisation du système santé et les coûts, ce qui est important compte tenu des pénuries et des restrictions budgétaires actuelles.

Cinq types de facteurs sont susceptibles d'affecter les plaies complexes ou récalcitrantes : les facteurs liés au patient, les facteurs liés à la plaie, les facteurs liés au professionnel de la santé et les facteurs liés aux ressources et au traitement[9]. Dans ce modèle des facteurs prédicteurs de la cicatrisation des plaies de Moffat et Vowden[10], les compétences et le savoir sont des éléments essentiels à la bonne cicatrisation des plaies. Par conséquent, il est maintenant plus qu'urgent

suite page 26



que le soin des plaies soit intégré au programme de formation des divers professionnels de la santé concernés, surtout les infirmières, étant donné que le soin des plaies est un acte professionnel qui leur est réservé au Québec[11,12].

Le vécu d'une patiente présentant une plaie chirurgicale ouverte confirme tout le travail qu'il y a à faire dans le domaine du soin des plaies. Tous les intervenants n'ont pas toujours les connaissances scientifiques voulues, comme dans beaucoup d'autres domaines. Mais une chose est certaine : il faut tenir compte de ce que disent les patients pour que les soins évoluent et pour prendre conscience que nos interventions, toutes déterminantes qu'elles soient, peuvent être nuisibles si nous manquons de connaissances.

Remerciements

Je remercie très sincèrement madame Luce Langelier de son témoignage. Elle s'est prêtée aux soins avec beaucoup de courage. Son compagnon de vie, Guy Tremblay, mérite aussi une reconnaissance pour ses grandes capacités de soignant.

Références

1. Kane PK. Chronic wound healing and chronic wound management. In: Krasner D, Rodeheaver GT, Sibbald RG, eds. In: *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (4th ed). Wayne, PA: HMP Communications; 2007.
2. Levine JM. Historical notes on pressure ulcers: the cure of Ambrose Paré. *Decubitus*. 1992;5:23-26.
3. Levine JM. Wound care in the 21st century: lessons from ancient Egypt. *J Am Med Dir Assoc*. 2000;1:224-227.
4. Baranoski , Ayello EA. Wound asessment. In: Baranoski S, Ayello EA, eds. *Wound Care Essentials: Practice Principles*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 2-18.
5. Jones V, Bale S, Harding K. Acute and chronic wound healing. In: Baranoski S, Ayello EA, eds. *Wound Care Essentials: Practice Principles*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
6. Orsted HL Keast D, Kuhnke J, et al. Recommandations de pratiques exemplaires en matière de prévention et de gestion des plaies chirurgicales ouvertes. *Wound Care Can*. 2010;8:36-61.
7. Sibbald G, Orsted H, Coutts P, et al. Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006. *Wound Care Can*. 2006;4:73-86.
8. Mégie M-F, Rodrigues I. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. *Ostomy Wound Manage*. 2007;52:46-57.
9. Orsted H, Queen D. Services for lower leg and foot management available in home care or community settings across Canada. In: Sibbald RG, Queen D, eds. *Demonstration Project for Community Patients with Lower Leg and Foot Ulcers: Wound Care Can*. 2007(Suppl):5.
10. Moffatt C. Vowden P. *Hard-to-Heal Wounds: A Holistic Approach*. London, UK: MEP Ltd; 2008.
11. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Westmount, QC : L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2003. Adresse : http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf. Consultation : 21 avril 2011.
12. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières: Mise à jour du guide d'application publié en 2003*. Westmount, QC : L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2003.



3M™ Coban™ 2 Layer Lite Compression System

Designed with Intelligent Compression Dynamics





Engineered to be Safe, Comfortable and Effective



3M™ Coban™ 2 Layer Lite Compression System reduces the risk of tissue damage on mixed venous and arterial disease patients with ABPI of 0.5 – 0.8 mmHg. This patented two-layer compression system is clinically proven to:

- Be safe, comfortable and effective
- Provide sustained compression for up to 7 days
- Be preferred by patients for comfort
- Be easy to apply
- Enable patients to wear their ordinary footwear and clothing

3M™ Coban™ 2 Layer Lite Compression System is latex free.

To learn more about 3M™ Coban™ 2 Layer Lite Compression System products, visit us at **www.3M.com/coban2layer**, contact your 3M Skin Health representative or call the 3M Health Care Customer helpline at **1 800 364-3577**. These products can be ordered from your local distributor.

©3M 2010, All Rights Reserved. 3M and VCoban are trademarks of 3M. Used under license in Canada. 1003-00664

Mepilex®

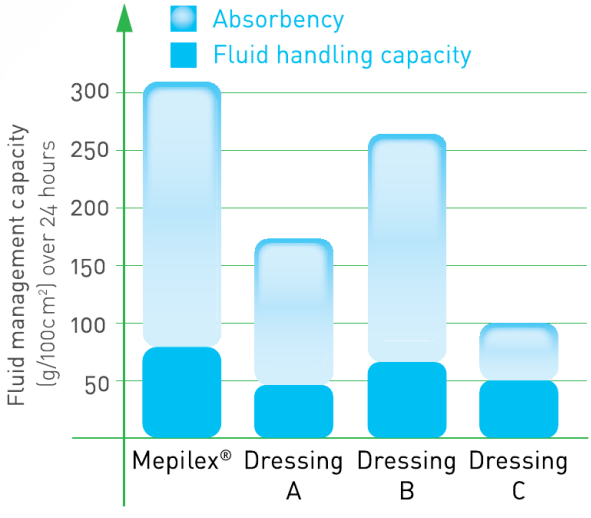
Superior fluid handling capacity



Safetac® TECHNOLOGY

Mepilex® now handles up to three times more wound fluid through a combination of increased breathability and excellent absorption.[1] Not only does Mepilex with Safetac® support reduced dressing change frequency, it also protects the wound and peri-wound area against maceration and skin stripping[2] and minimizes pain and trauma associated with dressing change.[3]

Choose Mepilex with Safetac® for superior fluid handling and optimal patient comfort.



References:
1. External Lab. Report downloadable at www.molnlycke.com
2. Davies P. and Rippon M. Evidence review: the clinical benefits of Safetac technology in wound care, Journal of Wound Care, November 2008
3. Price P et al. Findings of an International Pain Survey. International Wound Journal 2008

Mölnlycke Health Care 1-800-494-5134 www.molnlycke.ca
The Mölnlycke Health Care name and logo and Mepilex® and Safetac® are registered trademarks of Mölnlycke Health Care AB.
Gamlestadsvägen 3C, Göteborg, Sweden
©2011 Mölnlycke Health Care. All rights reserved.

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

CA021020909