



Pontivy, le jeudi 16 mars 2017

4 ème congrès annuel de l'UCOG Bretagne

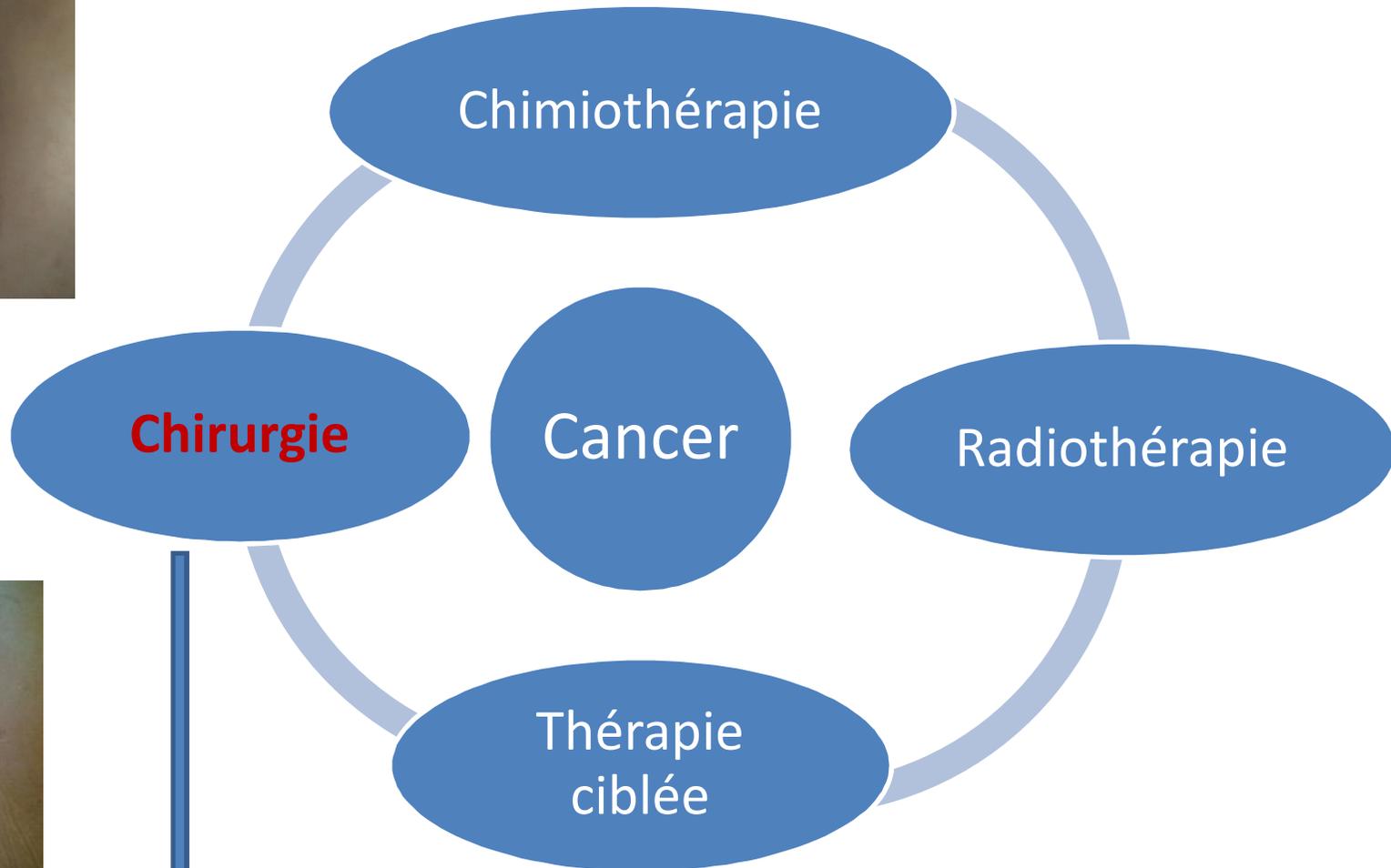


CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DU SUJET AGE

Optimisation des soins de plaies complexes chez le sujet âgé en période post opératoire

Andrée-Alice Allain
IDE, expert en plaies, Rennes

Traitements et cancer



Ablation de la tumeur, curage ganglionnaire, reconstruction

Chirurgie carcinologique

- Cicatrices



- Plaies chirurgicales

Cancers ORL (Otho-rhino-laryngé) - Tumeur de la sphère ORL

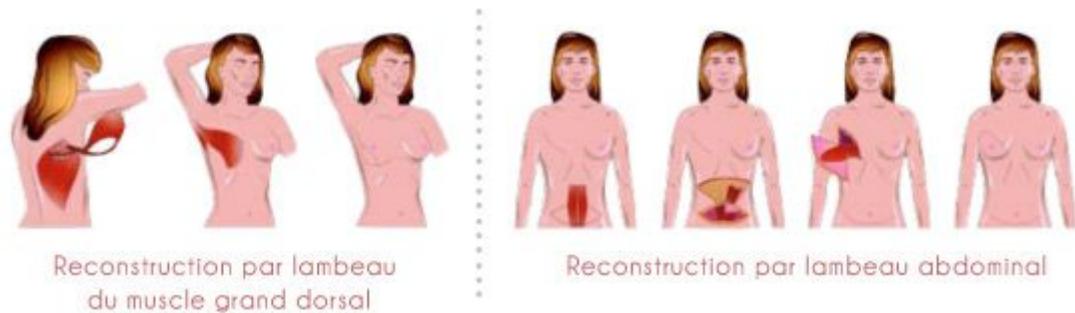


Source: http://www.the-alternative-health-daily.com/Freston_3.jpg

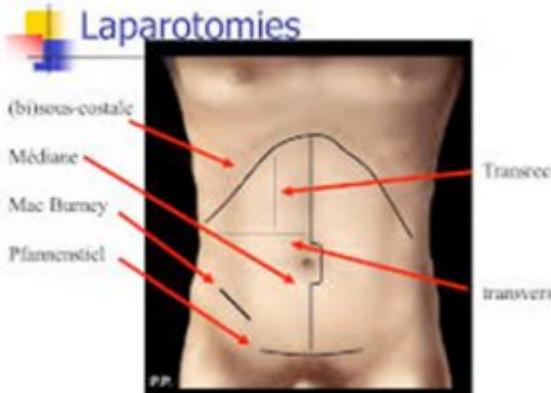
Laryngectomisé suite à un cancer du larynx.



- Reconstructions

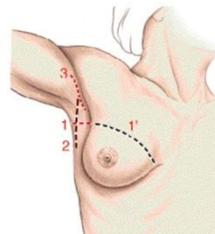


- gynéco (sein, utérus, ovaires ..) : laparotomie, coelio, zone vulvaire..., site de curage ganglionnaire , cicatrice sein, thorax
- digestif : laparo, coelio, drain , stomies ...

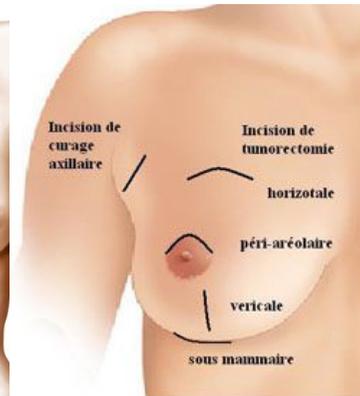
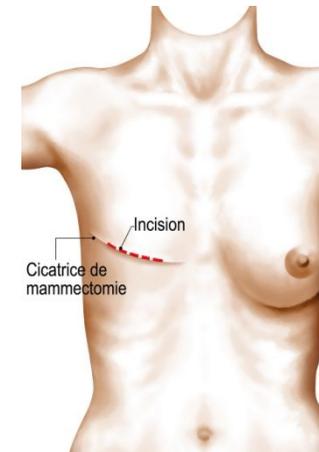


CURAGE AXILLAIRE

Installation et Incision

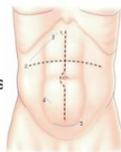


1. Incision horizontale (1'incision en continuité d'une tumorectomie supéro-externe ou d'une mammectomie)
2. Incision verticale
3. Incision rétro-pectorale



Les différentes incisions :

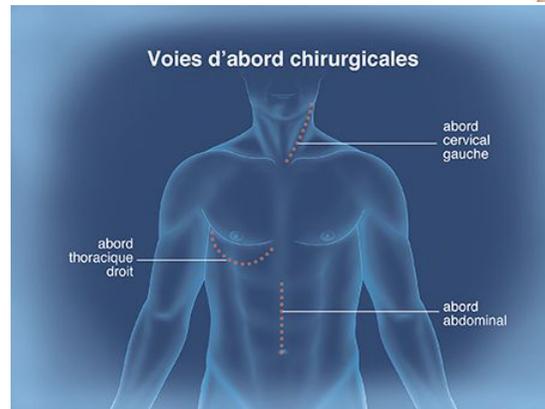
- Médiane
- Transversales
- obliques



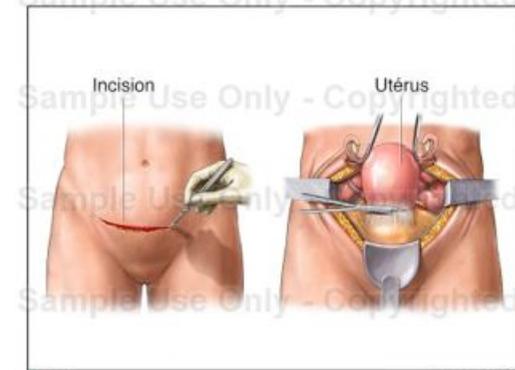
Les incisions habituelles sont :

1. Longitudinale pour une exposition maximale des artères iliaques.
2. Transversale pour une exposition minimale des vaisseaux pelviens.
3. sous-costal
4. Mac Burney
5. Pfannenstiel

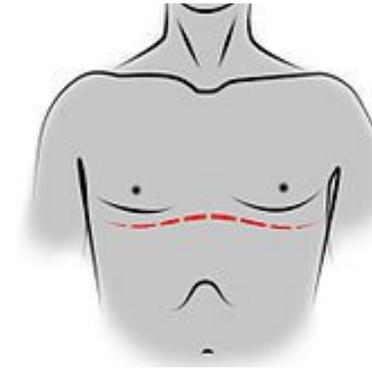
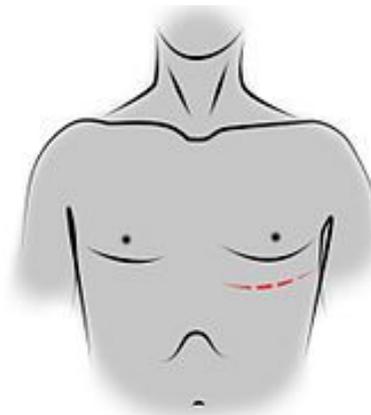
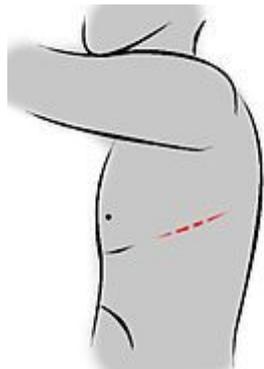
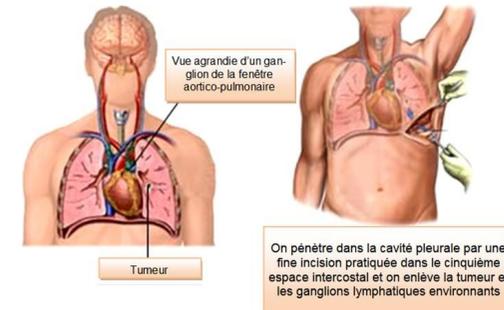
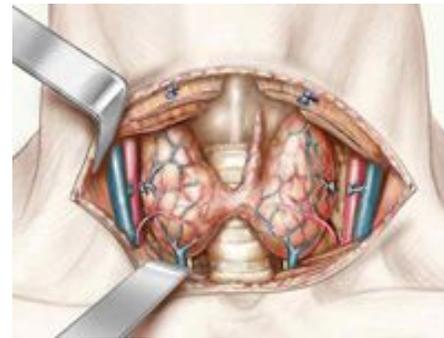
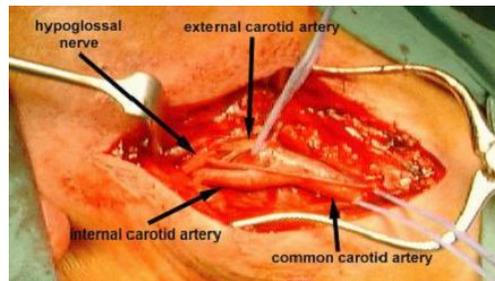
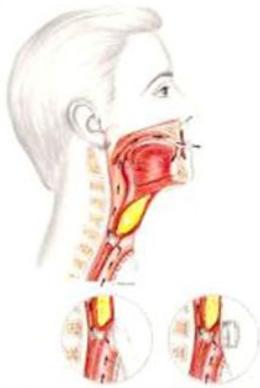
Voies d'abord chirurgicales



Hystérectomie abdominale



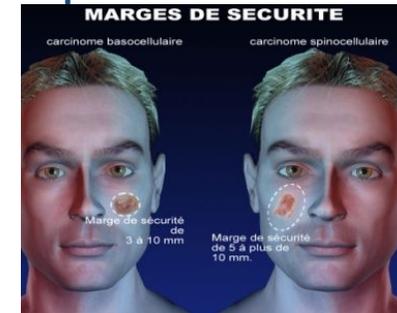
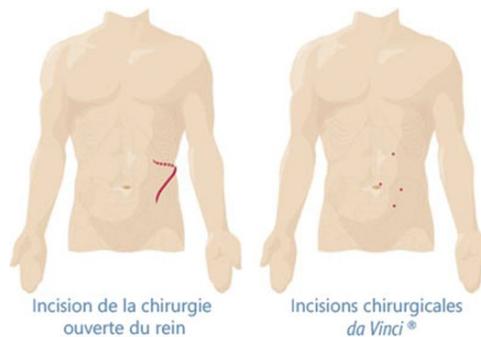
- ORL : laryngo- pharyngectomie, laryngectomie, pelvi-glosso- mandibulectomie, thyroïdectomie ...
- poumons : thoracotomie, gueule de four



- dermatologie : cicatrice cuir chevelu, visage , membres, thorax ...

- urologie: rein ,vessie, testicules, prostate = pli inguinal ,laparo, coelio ...

- orthopédie : cicatrice du rachis, des membres, amputations



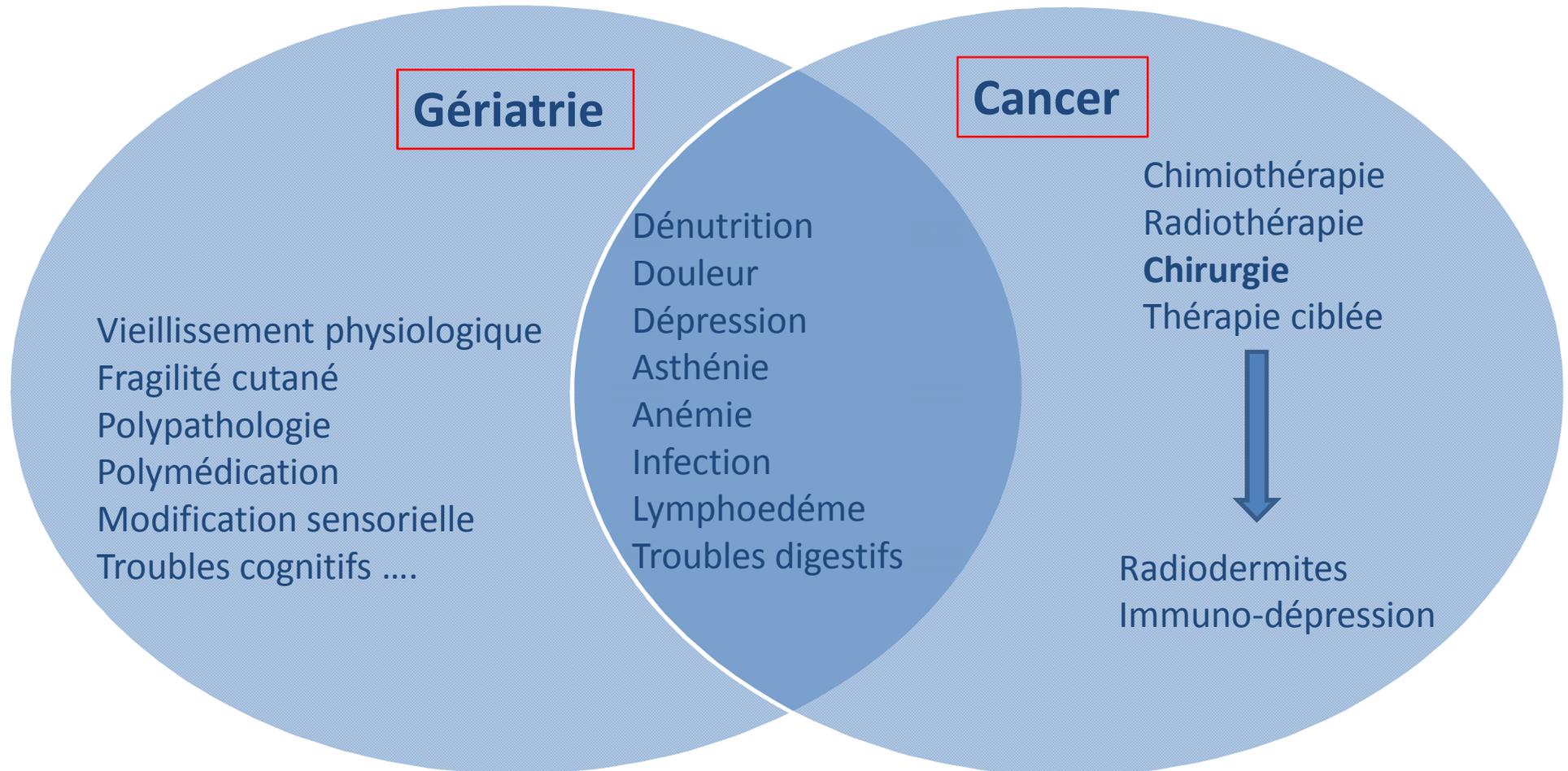


Généralités

- Pas de consensus sur les cicatrices postopératoires ou plaies ouvertes (gueule de four)
- Soins chirurgiens - dépendants (nettoyage, ablation des fils, pansements)
- Peu d'études cliniques sur soins des plaies complexes post -op
- Consensus et recommandations sur les plaies chroniques (HAS, EWMA ..)
- Peu de biblio sur soins de plaies en onco-gériatrie mais des expériences basées sur le contexte

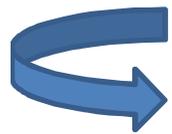


Cancer et patient âgé



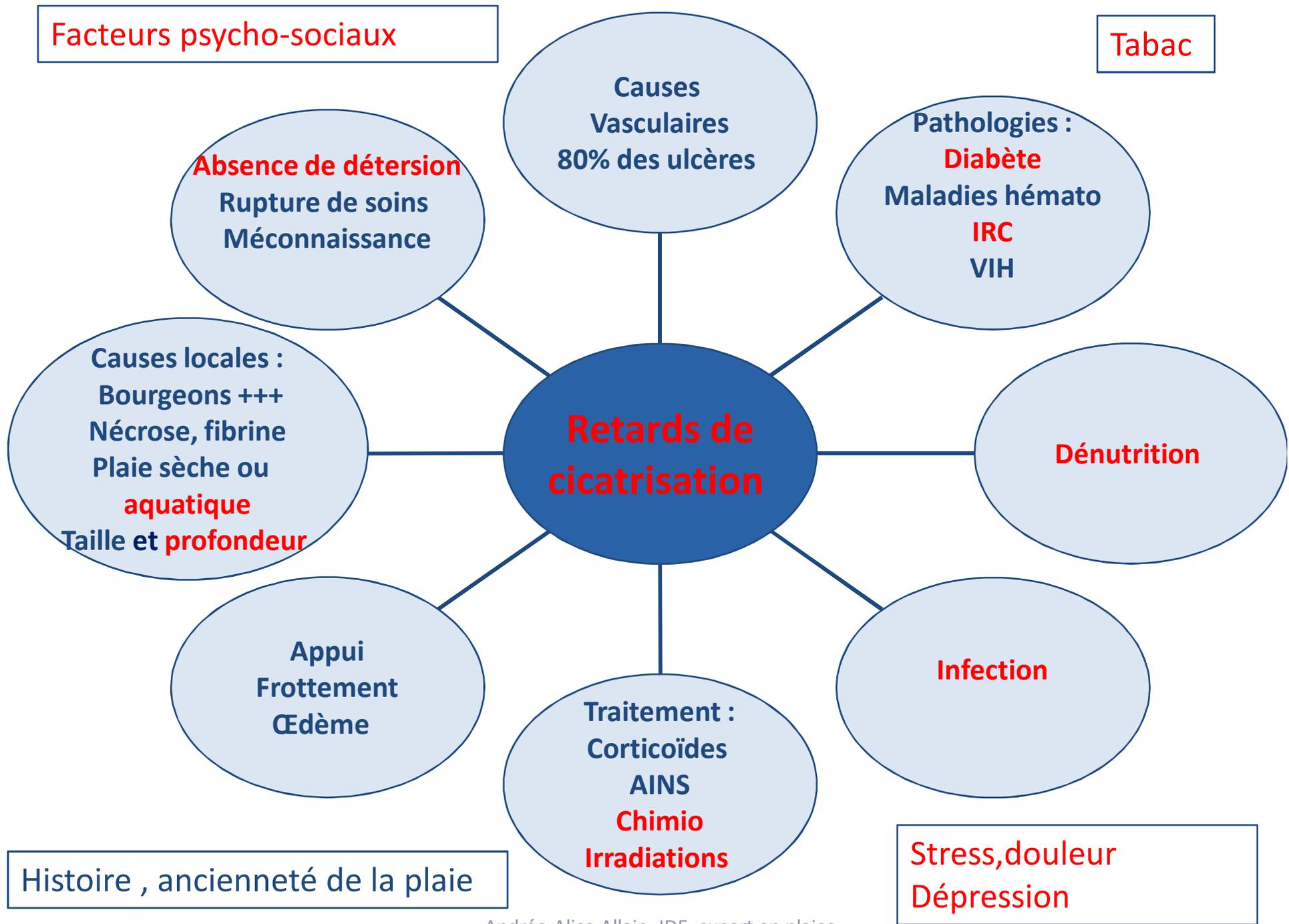
Conséquences sur la cicatrisation

- Complications locales : désunions, infections (abcès), nécrose tissulaire, douleurs, hématomes, radio dermites
- Echec sur les reconstructions (nécrose du lambeau)
- Retard de cicatrisation



Plaies complexes, difficile à prendre en charge (psycho, général et local)

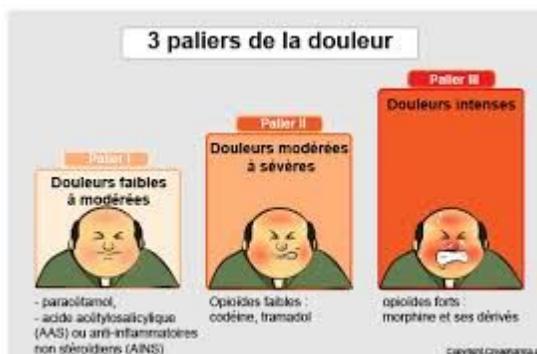
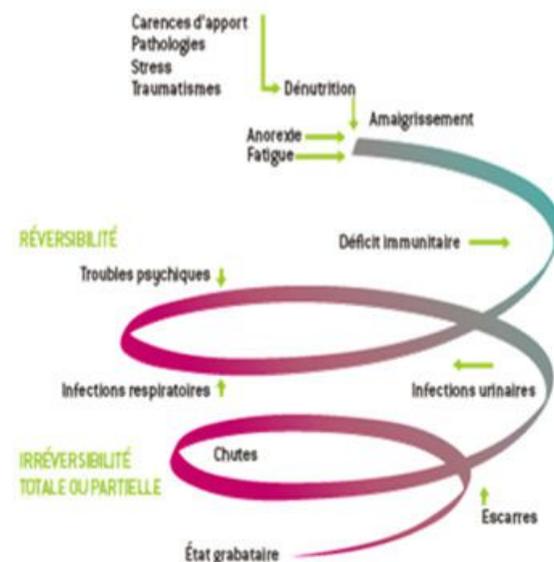
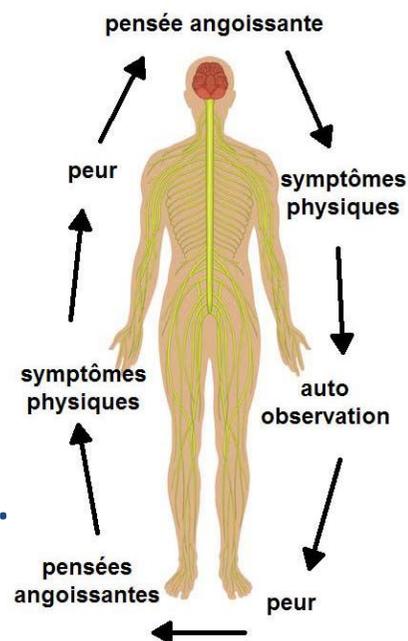




Traitement général des plaies post-op

Prise en charge des facteurs de retard de cicatrisation (prévention ++)

- dénutrition
- anxiété, dépression
- douleurs
- tabac
- pathologie : diabète , IR ...



Soins locaux cicatrices simples

- Soins de cicatrices simples :

- antiseptiques 48 à 72 h puis nettoyage au NaCl ou eau+savon (dépend de la technique de fermeture : fils , agrafes, bandes adhésives), séchez
- pansement de protection et/ ou milieu humide en post-op immédiat
- à l'air au bout de 48 à 72 h ou pansement jusqu'à l'ablation des fils +/- 48h après ou plusTous les jours ou tous les 2 jours, douche ou pas !

- ❖ Recommandations HAS sur les associations de pansement



Soins locaux des complications locales post-opératoires

- Désunions
- Infection locale
- Saignements, exsudats, nécrose, fibrine
- Gestes douloureux



**Pansement
AG**

Cicatrisation dirigée

Reprise au bloc

Désunions

- Explorer +++ : recherche de pertuis, de décollement ou zone cavitaire, de poche de pus profond (voussure, bourgeon exubérant) . Stylet, pinces, mains gantées stériles
- Discuter la date d'ablation des fils
- Irrigation, Jetox , méchage si pertuis ou décollements
- Détersion mécanique sous AL
- Nettoyage-lavage Nacl, eau+savon
- Pansement adapté



Infection locale

- Ouverture de la cicatrice , évacuation d'abcès
 - antiseptiques 2 à 3 jours puis Nacl ou eau + savon
 - irrigation si pertuis ou décollement , jetox
 - déterision
 - pansement adapté : gestion des exsudats et du stade
 - méchage, remplissage de la cavité et des décollements
 - soins quotidiens



Pansements indiqués pour l'infection

ATB locaux	Non recommandé (ANAES) , indiqué dans situations spécifiques
Antiseptique classique	Plaies infectées , contexte spécifique, délai court
PHMB (Protonsan)	Plaies aiguës et chroniques infectées
Algostéril (Alginate)	Plaies infectées et à haut risque infectieux
Sorbact	Plaies colonisées et infectées
Hydroclean	Plaies exsudatives ou sèches, infectées
Urgotul Ag Urgocell Ag	Plaies présentant des risques ou des signes d'infection locale Ulcères de jambe traités pendant 4 semaines
Ialuset Plus	Cicatrisant des plaies infectées
Miel médical Médihoney, Révamil	Plaies infectées . Pas tous les miels, ni toutes les formes

Tenir compte du stade et des exsudats pour tous les pansements

VIGILANCE

Type et technique de méchage

- **Mèche** à adapter en fonction de l'exsudat, de la taille du pertuis et des décollements, de l'infection
 - avoir du matériel adapté : stylet, pince . Mécher à mains gantées stériles
 - ne pas découper la mèche en longueur, remplir la cavité et les décollements
 - finir le pansement en repliant la mèche en accordéon pour absorber les exsudats et garder de la longueur
 - compter et noter le nombre de mèche et la longueur
 - recouvrir d'un super-absorbant (reco HAS)



Ce qu'il faut éviter si infection locale

- Refermer la cicatrice : risque d'abcès +++
- Laisser les fils en place si inutiles ou tension cutané
- Recouvrir d'un hydrocolloïde, d'un hydrogel ou d'un film
- Prolonger les antiseptiques au delà de 4 à 6 jours
- Pas d'ATB locaux (reco ANAES) sauf cas particulier (brulures) avec sulfadiazine argentique)



Saignements, exsudats, nécrose

- **Saignements de surface:** alginate
 - faire une **hémostase in situ** pour stopper le saignement en posant un alginate humidifié au NaCl pendant 12 mn, ré humidifier et retirer le DM . Faire le pansement avec un DM adapté



- **Saignement important** sur chirurgie profonde : algostéril
- **Exsudats** : pansement absorbant et super absorbant
- **Nécrose, fibrine** : détersion mécanique, pst adapté



Douleurs et pansements



- Si soins douloureux (répétition des actes !!!!!)
 - anesthésie locale systématique (prescription médicale)
 - préférer les adhésifs non agressifs (adhésifs siliconés, non remboursés)
 - éviter assèchement ou hyperhydratation de la plaie grâce à des pansements adaptés
 - soins rapides et efficaces : apprendre les gestes (techniques de déterision), utiliser du matériel adapté
 - travailler mains gantées : plus grande dextérité
 - éviter les pansements serrés (œdème), penser aux bandages tubulaires , adapter les pansements
 - si difficultés: faire appel aux experts en plaies



Protocole d'utilisation des anesthésiques locaux pour les soins de plaie

- 1) Procéder à l'ablation du pansement
- 2) Lavage et séchage en périphérie de la plaie
- 3) Avant tout geste agressif, appliquer l'anesthésie locale
 - vaporiser la xylocaine (spray) nébuliseur 5% sur la plaie et poser une compresse imbibée de xylocaine 5% (efficace de 10 mn à 45mn)
ou
 - appliquer la xylocaine gel urétral 2% sur la plaie, recouvrir d'une compresse, (efficace de 10mn à 45 mn)
ou
 - application de crème Emla 5% sur la plaie, recouvrir d'un film transparent, efficace à partir de 45 mn (AMM pour la détersion des ulcères de jambe)

Le choix se fait en fonction de la tolérance du patient (sensation de picotements avec la xylocaine la taille et du volume de la plaie)

- NB** :
- on observe la même efficacité pour les 2 formes de xylocaine
 - la xylocaine est hors AMM dans le cadre de la détersion des plaies
 - la forme spray n'est pas remboursée en ville

Précautions : vérifier l'absence d'intolérance cutanée lors d'applications répétées

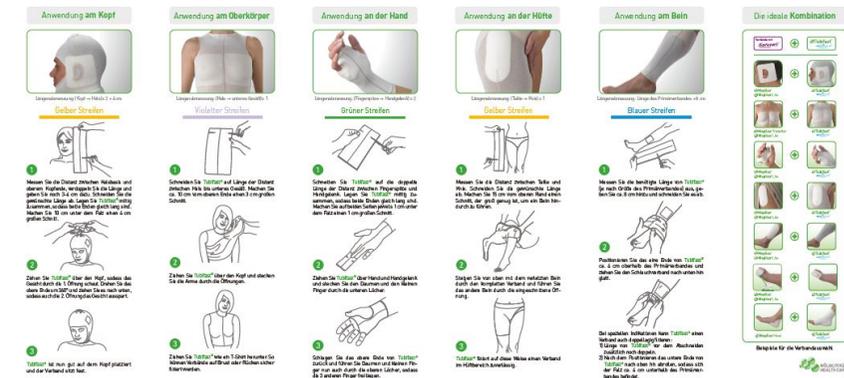
Troubles cognitifs et pansements

- S'adapter et calculer bénéfique /risque pour le rythme des soins et le choix du pansement

- Utiliser adhésifs non agressifs

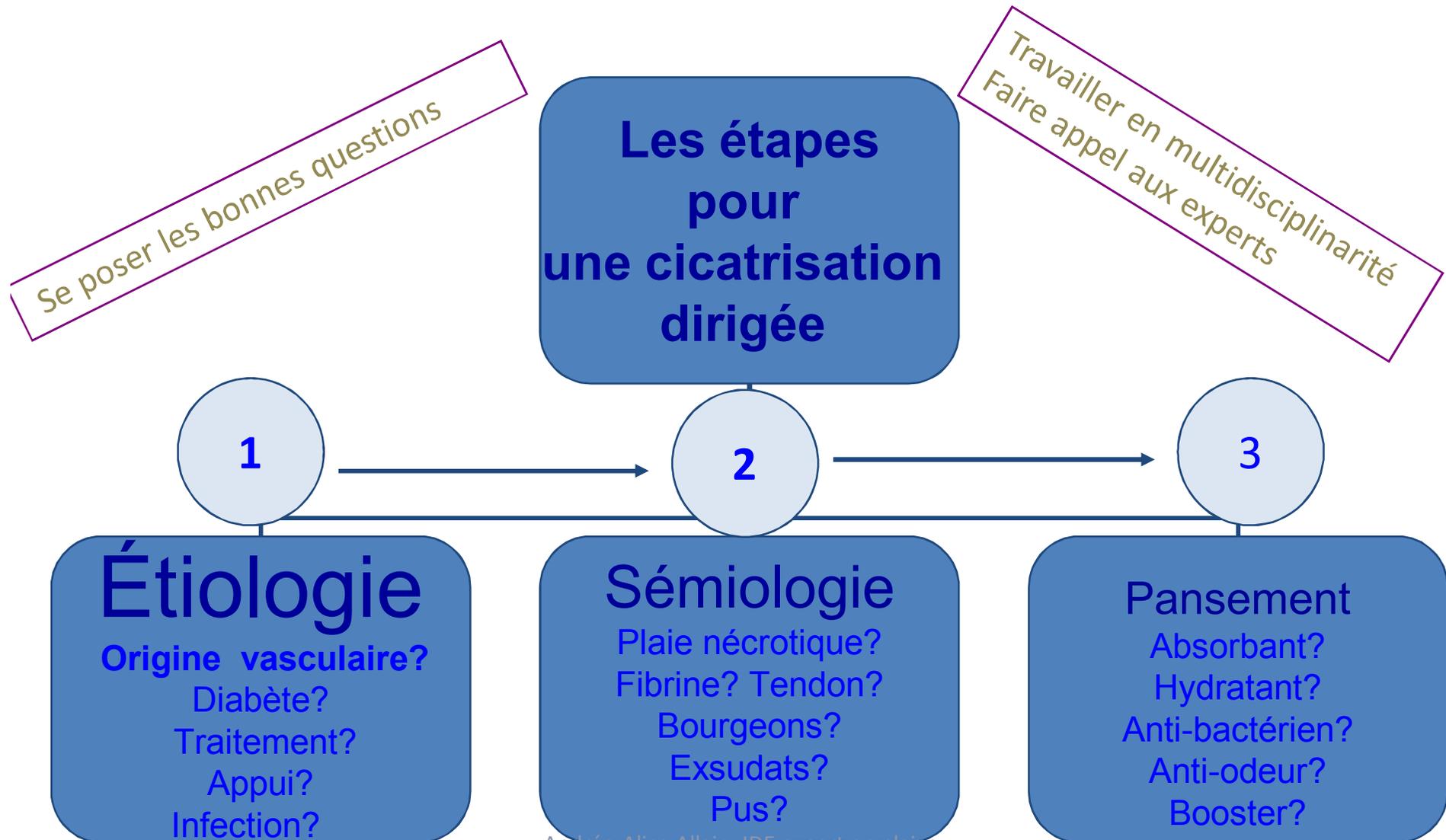
- Pansement tubulaire

- Eviter les douleurs pendant et après le soin : pansement non adhérent (milieu humide, siliconé ...)

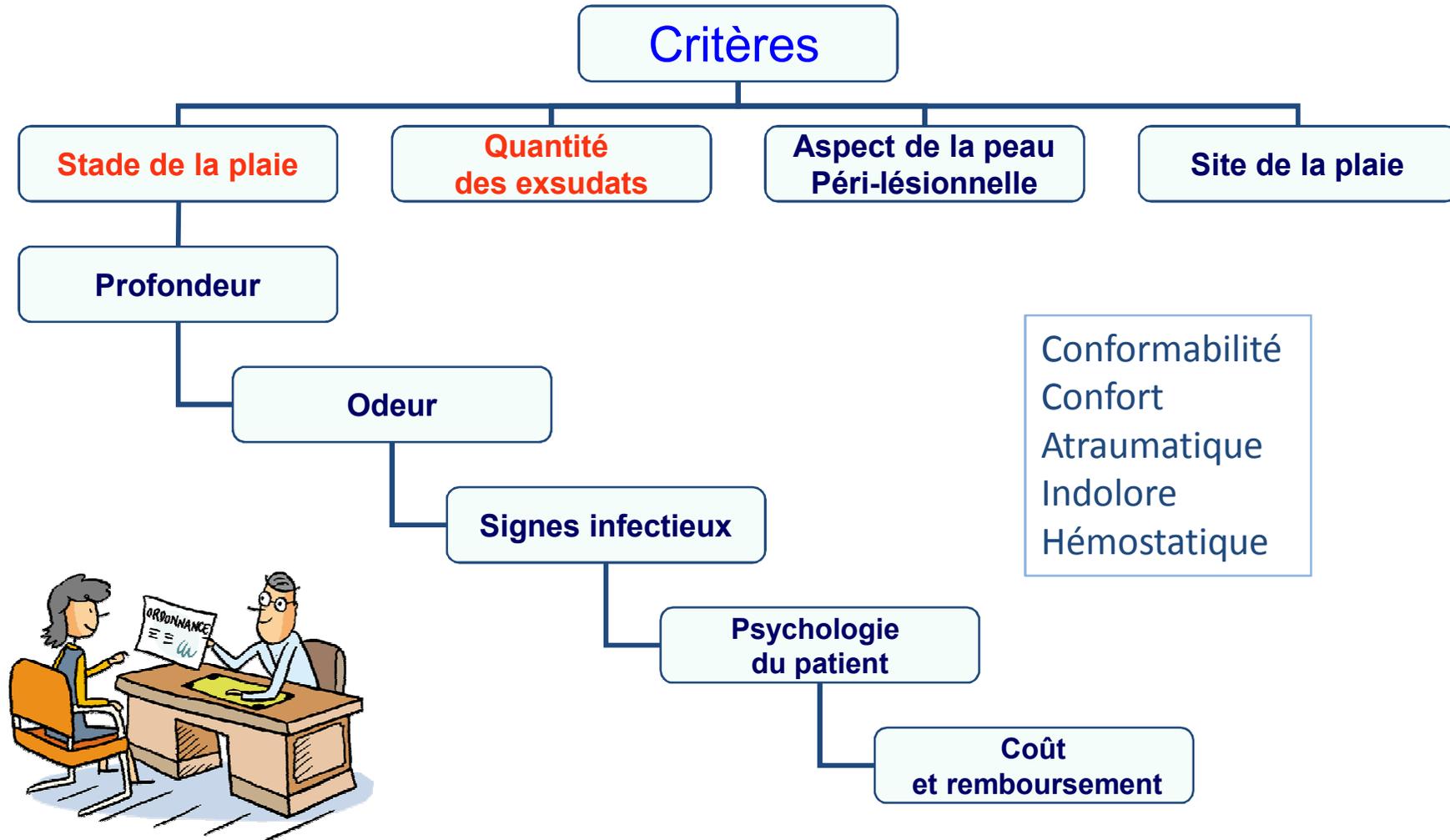


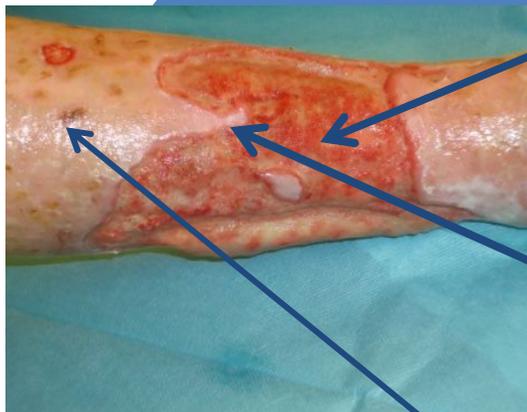
Démarche clinique

Le pansement est nécessaire mais jamais suffisant pour obtenir une cicatrisation...quelque soit le type de plaies!!!!



Comment prescrire un pansement





Lit de la plaie

- *Nécrose*
- *Fibrine*
- *Bourgeonnement*
- *Epidémisation*

E
X
S
U
D
A
T

Bords de la plaie

- Macération
- Aspect sec
- Hyperkératose
- Rouge

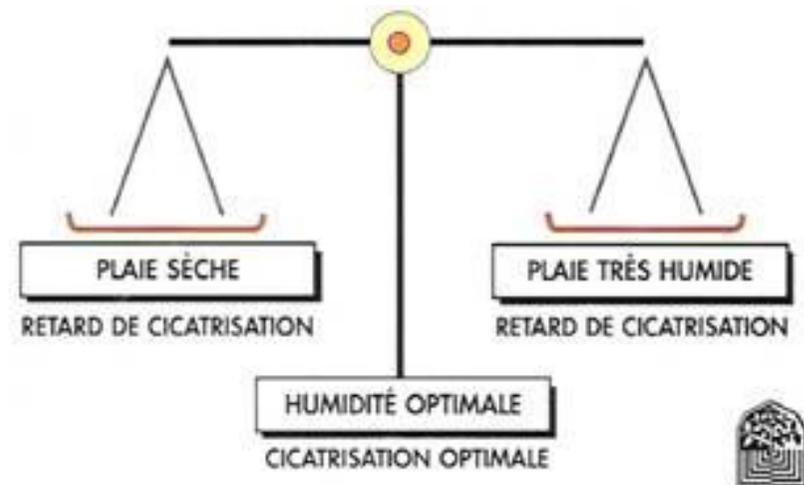
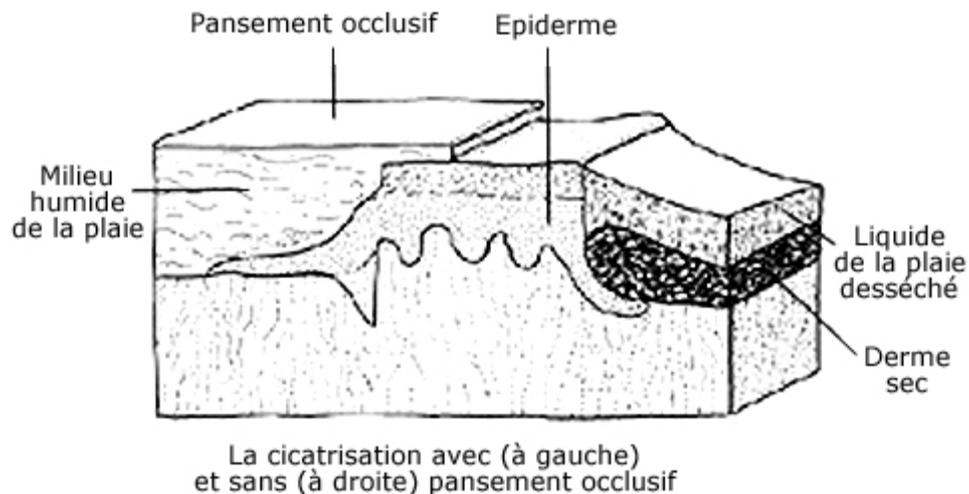
Peau Périphérique

- Peau lésée
- Macération
- Inflammatoire
- Eczéma



Principe du milieu humide

- Pas de pansement cicatrisant actuellement
- Cicatrisation **en milieu humide** (Winter en 1963)
- 1^{er} pansement humide : Hydrocolloïdes en 1990



Hydrocolloides opaques

*Tous les stades sauf nécrose
et plaies infectées*

Tous les 2-4 jours

Algoplaque HP Hydrocoll
Askina Hydro Sureskin
Comfeel plus Suprasorb H
Duoderm E Tegaderm H
Ialuset Hydro

Hydrocolloides Film

Escarre stade 1

Tous les 2 à 4 jours

Askina Biofilm Transparent
Algoplaque film
Coomfeel Plus Transparent
Duoderm Extra Mince
Duoderm Signal
Hydrocoll Thin
Suprasorb H. Film
Tegaderm Hydrocolloid Film

Pâtes hydrocolloides

Même indications que HC opaques

Algoplaque
Duoderm

<p>Hydrogels</p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Nécrose et/ou fibrine sèche</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Askina Purilon</p> <p>Curafil Suprasorb G</p> <p>Duoderm Sureskin</p> <p>Hydrosorb Tegaderm Hydrogel</p> <p>Intrasite Urgo Hydrogel</p> <p>Nugel</p>
<p>Gels osmotiques</p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Normgel</p> <p>Hypergel</p>
<p>Gels antiseptiques</p> <p><i>Phase de détersion</i></p> <p><i>Absence d'exsudats</i></p> <p><i>Tous les jours ou tous les 2 jours</i></p>	<p>Octenilin gel</p> <p>Prontosan wound gel X</p>

Alginate , Alginate + CMC

*Fibrine humide et/ou bourgeons
Exsudats moyens à importants
Hémostatique*

Tous les jours

Algisite
Algostérid
Curasorb
Kaltostat
Kendall Alginate
Release Control
Sorbalgon
Sorbsan
Suprasorb A
Tegaderm A
Askina sorb
Melgisorb
Biatain Alginate
Urgosorb

Fibres à haut pouvoir d'absorption (Fibres HPA)

*Plaies bourgeonnantes, fibrineuses
Exsudats importants*

Tous les jours

Aquacel Extra
Durafiber
Urgoclean

<p>Hydrocellulaires</p> <p><i>Phase de bourgeonnement et d'épidermisation</i></p> <p><i>Exsudats moyens à modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 à 4 jours</i></p>	<p>Allevyn</p> <p>Aquacel Foam</p> <p>Askina</p> <p>Biatain</p> <p>Hydrotac</p> <p>Kendall</p> <p>Mepilex</p> <p>Suprasorb</p> <p>Tielle</p> <p>Urgotul absorb</p> <p>Urgotul border</p>
<p>Tulles</p> <p><i>Phase de bourgeonnement</i></p> <p><i>Epidermisation</i></p> <p><i>Désépidermisation</i></p> <p><i>Exsudats modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 jours</i></p>	<p>Cuticell</p> <p>Grassolind</p> <p>Jelonet</p> <p>Lomatuell</p> <p>Tetratul</p> <p>Tulle gras Solvay</p> <p>Vaselitulle</p> <p>Vaseline</p>

<p>Interfaces</p> <p><i>Stade de bourgeonnement</i></p> <p><i>Epidermisation</i></p> <p><i>Désépidermisation</i></p> <p><i>Exsudats modérés</i></p> <p><i>Tous les 2 jours</i></p>	<p>Interface :</p> <p>Adaptic Atrauman Curity Jelonet Plus</p> <p>Interface avec CMC :</p> <p>Urgotul Hydrotul Physiotulle</p> <p>Interface siliconée :</p> <p>Mepitel Askina Silnet</p>
<p>Films</p> <p><i>Escarres stade de rougeur</i></p> <p><i>En recouvrement des hydrogels</i></p>	<p>Dermafilm Hypafix transparent Leukomed Mepitel film Operfilm Opsite Optiskin Suprasorb F Tegaderm Visulin</p>
<p>Pansement au charbon</p> <p><i>Plaies malodorantes</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Actisorb Askina Carbosorb Carbonet Carboflex Vliwaktiv</p>

Pansement à l'argent

Antibactérien

Anti- inflammatoire

Acticoat

Interfaces :

Urgotul S.Ag

Atrauman Ag

Urgotul Ag

Altreet

Compresse et crème :

Ialuset Plus

Alginates :

Biatain alginate Ag

Suprasorb A + Ag

Release Ag

Hydrocellulaires :

Allevyn Ag

Mepilex Ag

Biatain Ag

Urgocell Ag

Charbon :

Actisorb Ag Plus

Vliwaktiv Ag

Hydrofibre :

Aquacel Ag

<p>Irrigo-Absorbant</p> <p><i>Stade de déterision des plaies infectées ou non</i></p> <p><i>Peu exsudatives ou exsudats moyens</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Hydroclean</p> <p>Hydroclean cavité</p>
<p>Pansement super-absorbant</p> <p><i>Stade de bourgeonnement ou de fibrine , exsudats très importants</i></p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Cutisorb Absorb Dry Max</p> <p>Mextra</p> <p>Tegaderm Superabsorber</p> <p>Vliwasorb</p> <p>ResPosorb</p>
<p>Pansement antibactérien</p> <p>Antimycosique</p> <p><i>Tous les jours</i></p>	<p>Sorbact mèche</p> <p>Sorbact compresse</p> <p>Sorbact hydrogel</p> <p>Sorbact absorbant</p> <p>Sorbact coussinet</p>

Acide hyaluronique

Stade de bourgeonnement

Peu à pas d'exsudats

Boosteur

Tous les jours

laluset crème, laluset compresse

Effidia crème, Effidia compresse

Anti-protéase

Booster les plaies

bourgeonnantes

Exsudats modérés

Urgostart

Promogran

Suprasorb C

Tegaderm Matrix

Miel médical

Antibactérien

Stade de détersion

Revamil

Activon

Melipharm

Medihoney

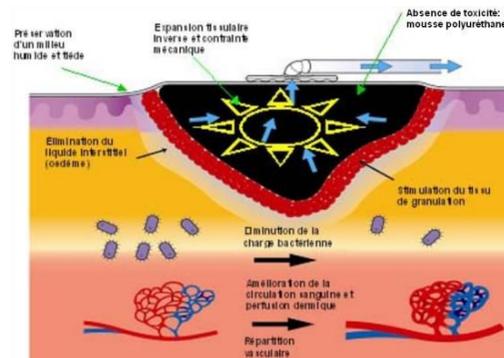
Pansement hydrocellulaire +

Ibuprofène .Effet antalgique

Biatain Ibu

TPN (Thérapie par pression négative)

- Stimulation mécanique des tissus
- Pression négative par aspiration
- **Objectif:** obtenir un bon tissu de granulation
- Indiqué dans plaies complexes, perte de substance ...
- Ce n'est pas un technique de fermeture des plaies
- Plusieurs modèles
- Reconnue par l'HAS (recommandations)



Rapport HAS Service évaluation des dispositifs
Evaluation des traitements de plaies par pression négative. 27 janvier 2010.

Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées

Les systèmes de traitement des plaies par pression négative (TPN) sont des adjuvants de la cicatrisation de certaines plaies chirurgicales à haut risque de complications ou de certaines plaies chroniques ne cicatrisant pas en première intention. Ils sont utilisés jusqu'à obtention d'un tissu de granulation ou de conditions suffisantes pour un geste chirurgical.

Du fait de l'absence d'étude clinique de bon niveau de preuve, l'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS) est essentiellement fondée sur l'expertise d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de professionnels de santé. La HAS a tenu compte de l'intérêt potentiel de la technique chez certains patients soigneusement sélectionnés.

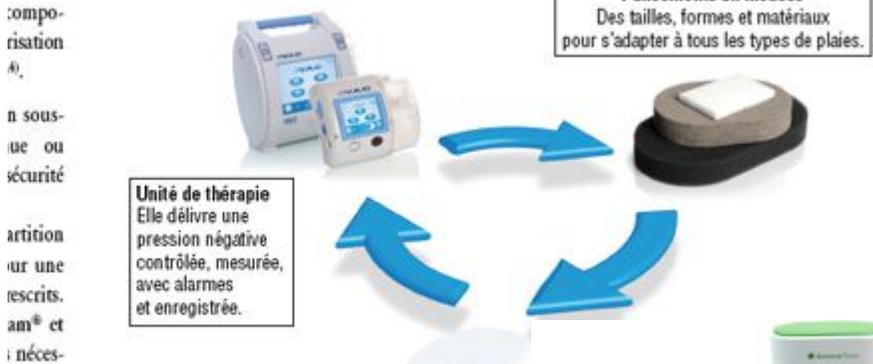
L'ESSENTIEL

- Le TPN consiste à placer la surface d'une plaie sous une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante. Pour cela, un pansement spécialement réalisé est raccordé à une source de dépression et à un système de recueil des exsudats.
- La HAS a retenu pour le TPN des utilisations limitées dans des situations cliniques ciblées.
- Le recours au TPN ne doit intervenir qu'après avoir envisagé, et selon les cas essayé, des traitements conventionnels. On tiendra compte des inconvénients de la technique et des contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables mentionnés dans les notices d'instructions.
- Un objectif clair en termes d'évolution de la plaie doit être fixé à l'instauration du TPN et assorti d'un suivi rigoureux de cette évolution. En l'absence d'amélioration lors de deux changements de pansement consécutifs ou à l'issue d'une semaine d'utilisation, le traitement doit être arrêté.
- De plus, le TPN doit respecter des conditions d'emploi précises.
 - Il exige une formation spécifique de tous les soignants.
 - L'information du patient sur l'objectif du traitement, ses effets indésirables et ses contraintes est nécessaire.
 - Le TPN doit être prescrit après avis spécialisé (chirurgien plasticien, dermatologue, diabétologue...) et commencé dans un établissement de santé (il peut ensuite être poursuivi en hospitalisation à domicile, avec évaluation hebdomadaire par le prescripteur initial).
 - La durée maximale de prescription recommandée est de 30 jours, renouvelable une seule fois par le prescripteur initial.
- Il n'y a pas d'argument clinique pour distinguer entre eux les différents dispositifs disponibles sur le marché.



Composants du système intégré V.A.C.® Therapy

Composants du système intégré V.A.C.® Therapy



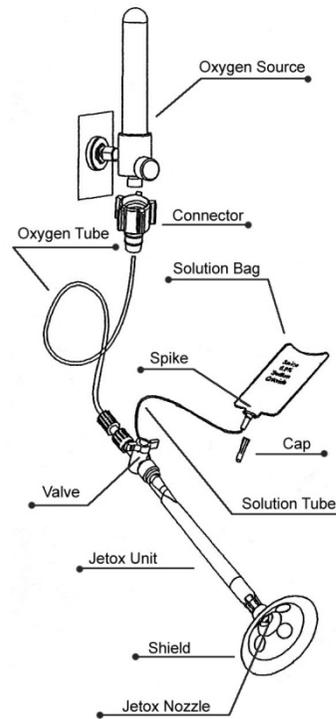
à assurer l'étanchéité de la plaie et un



... avec l'expertise en plaies

Hydrojets à haute pression

- Jetox



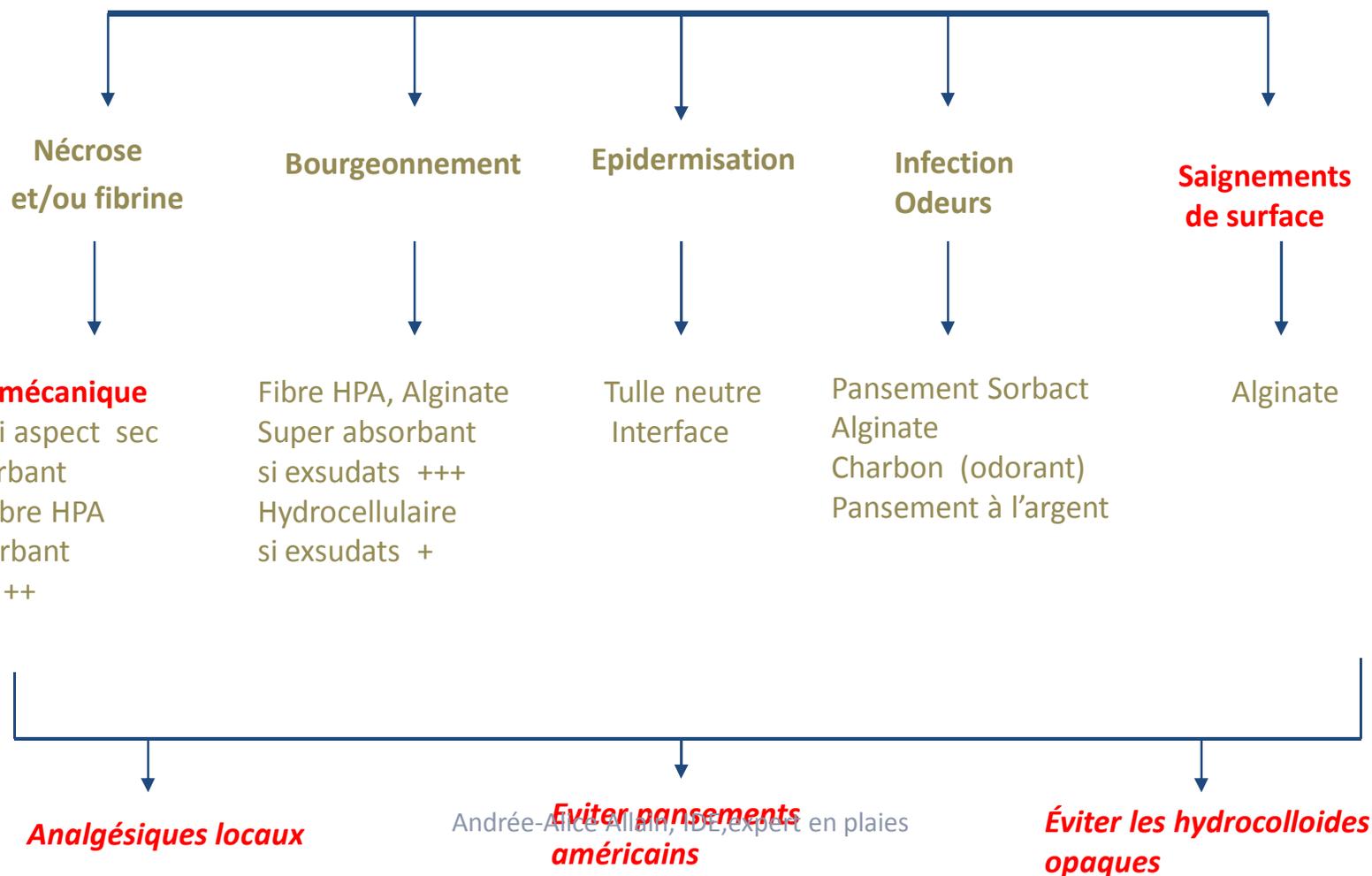
<u>PANSEMENTS</u>	Plaies peu exsudatives ou sèches	Plaies moyennement exsudatives	Plaies très exsudatives
Nécrose	Hydrogel Irrigo-absorbant		
Fibrine	Hydrogel Irrigo-absorbant	Alginate Fibre HPA* Irrigo-absorbant	Fibre HPA* Alginate Superabsorbant
Bourgeons	Hydrocellulaire	Alginate Fibre HPA* Hydrocellulaire	Fibre HPA* Alginate Superabsorbant
Epidermisation	Tulles, Interface Hydrocellulaire	Hydrocellulaire	
Plaie malodorante	Charbon	Charbon	Charbon

Andrée-Alice Allain, IDE, expert en plaies

* Fibre HPA : fibre à haut pouvoir d'absorption (Hvdrofibre, Durafiber, Urgoclean)

Plaies et soins locaux

Nettoyage eau + savon
ou sérum physiologique



Conclusion



- Soigner correctement les plaies post opératoire en onco-gériatrie exige :
 - une connaissance du patient âgé porteur d'un cancer
 - une connaissance des complications locales
 - une connaissance des soins de plaies et des pansements
 - de soigner en inter disciplinarité avec des experts en onco-gériatrie mais aussi avec des experts en plaies (cs physique, TLE, TLM)

Bibliographies et références

Doi : SOINS-01-02-2011-56-752-0038-0814-101019-201100760

Mise au point - Les moyens non chirurgicaux de détersion des plaies en 2011.

Sylvie Meaume.

La détersion en pratique. Isabelle Fromantin, Hélène Charitansky.

Doi : SOINS-03-2007-00-713-0038-0814-101019-200701859

Téot L. Quand et quels patients déterger ?

Soins, janvier 2011 ; 752 : 30-1.

Article « Détersion, dictionnaire Acadpharm », 13-06-2014 . Académie nationale de pharmacie

<http://www.santelog.com/news/infection-plaies-cicatrisation/detersion-autolytique> .Article publié le 10/02/2014

www.has-sante.fr

- European Wound Management Association (EWMA) Position Document : Management of wound infection. London: MEP Ltd, 2006
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principes de bonne pratique: L'infection des plaies en pratique clinique. Un consensus international. Londres: MEP Ltd, 2018
- European Wound Management Association (EWMA) Position Document : Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005
- NETTOYAGE DES PLAIES : UTILISATION RATIONNELLE DES ANTISEPTIQUES, Paris , 16 décembre 2012, DU Plaies et cicatrisation . Yves Lurton , Pharmacien CHU, Rennes
- Laurent Klein, IDE Libéral, DU Plaies, 21 janvier 2014 , Newsletter de Actu Soins : L'antiseptique est-il systématique dans le soin des plaies ?
- Gabriel Birgand. Infections du site opératoire : approches originales du diagnostic et de la prévention. Sante publique et épidémiologie. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2014. Français. <NNT : 2014PA066123>. <tel-01067988>