













Guide des soins de plaies

	Type de plaies	Photographie	Objectifs de soins	Produits et pansements suggérés
Déchirure cutanée	Catégorie I (sans perte tissulaire)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger la peau environnante ▪ Absorber l'exsudat ▪ Protéger le lit de la plaie ▪ Contrôler le saignement, au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière cutanée ▪ Protecteur cutané ▪ Pansement absorbant d'acrylique ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Alginate de calcium
	Catégorie II (perte tissulaire partielle)			
	Catégorie III (perte tissulaire totale)			
Plaie de pression	Stade I (Rougeur)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger la peau environnante ▪ Agir comme barrière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière cutanée ▪ Protecteur cutané ▪ Pellicule transparente ▪ Hydrocolloïde mince
	Stade II (Abrasion ou phlyctène séreuse)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir le lit de la plaie humide ▪ Absorber l'exsudat ▪ Protéger le lit de la plaie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière cutanée ▪ Protecteur cutané ▪ Hydrocolloïde mince ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Pâte hydrophile ▪ Antimicrobien, PRN
	Stade III (Bris des trois couches de peau)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comblent l'espace mort ▪ Absorber l'exsudat ▪ Contrôler la charge microbienne, au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pâte hydrophile ▪ Alginate de calcium ou fibre gélifiante ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Antimicrobien, PRN
	Stade IV (Structure palpable ou visible)			
	Stade indéterminé (Plaie emplie de tissus nécrotiques)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Débrider 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Agent de débridement enzymatique*
	LTPS (Phlyctène sanguine ou zone de couleur marron ou pourpre)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger la peau environnante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière cutanée ▪ Pellicule transparente ▪ Pansement absorbant d'acrylique
Ulcère des membres inférieurs	Ulcère veineux (IPSCB > 0.8)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger la peau environnante ▪ Absorber 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière cutanée ▪ Protecteur cutané ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Alginate de calcium
	Ulcère artériel (IPSCB < 0.5)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger la plaie des complications 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pansement sec sans humidité
Pied diabétique	Ulcère du pied diabétique		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir le lit de la plaie humide ▪ Absorber l'exsudat ▪ Contrôler la charge microbienne, au besoin ▪ Stimuler la fermeture de la plaie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hydrogel ▪ Mousse hydrocellulaire ▪ Antimicrobien, au besoin ▪ Pansement bioactif

Sources des photographies : OIIAQ, Acelity

*Sous ordonnance médicale seulement

LTPS : Lésion des tissus profonds suspectée

IPSCB : Indice de pression systolique cheville-bras

Guide des soins de plaies

Type de plaies		Notions importantes/Interventions
Tous types de plaies		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser une histoire de santé/maladie ▪ Évaluer le potentiel de cicatrisation pour tous les types de plaies (s'assurer d'un apport vasculaire suffisant) ▪ Répertoire les facteurs de risque propres à usager ainsi que les facteurs nuisibles à la cicatrisation ▪ Évaluer et corriger les causes traitables de la plaie ▪ Évaluer la plaie et ses composantes ▪ Procéder à la préparation du lit de la plaie (DIME)
Préparation du lit de la plaie	D Débridement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettoyage de la plaie fermée: compresse humidifiée avec une solution saline ou de l'eau stérile ▪ Nettoyage de la plaie ouverte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si présence de tissus fragiles/en développement ou de légers débris: seringue de 30 ou 35 ml emplie de solution saline ou d'eau stérile ▪ Si présence de tissus nécrotiques ou de débris importants: seringue de 30 ou 35 ml combinée à une aiguille ou cathéter de calibre 18G ou 19G et emplie de solution saline ou d'eau stérile ▪ Débridement de la plaie curable (débridement mécanique, autolytique, enzymatique ou chirurgical)
	I Inflammation/ Infection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si présence de signes cliniques de colonisation critique ou d'infection: ▪ Procéder à une culture de plaie selon l'ordonnance collective et les méthodes de soins infirmiers (nettoyage avec une solution saline au préalable) ▪ Initier un pansement antimicrobien ▪ Réévaluer la plaie après 14 jours et si amélioration des signes cliniques, poursuivre les antimicrobiens pour une période de 14 à 21 jours
	M Maintien de l'humidité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si plaie présente un potentiel de cicatrisation (vascularisation et perfusion tissulaire présentes), assurer une gestion adéquate de l'humidité. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si <u>manque</u> d'humidité: utiliser un hydrogel ▪ Si <u>surplus</u> d'humidité: utiliser une fibre absorbante et/ou une mousse hydrocellulaire
	E Épithélialisation/ Effet de bords	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier l'évolution de la plaie à l'aide des indicateurs prédictifs suivants afin de prédire la cicatrisation complète de la plaie à 12 semaines : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution de 20 à 40% des dimensions de l'<i>ulcère veineux</i> en 2 à 4 semaines ▪ Diminution de 50% des dimensions de l'<i>ulcère du pied diabétique</i> en 4 semaines ▪ Initier un pansement bioactif si stagnation de la plaie
Déchirure cutanée		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier la personne à risque (âgée, à mobilité réduite, incontinente, dénutrie, avec une atteinte cognitive, multipathologique et ayant un antécédent de plaies) ▪ Évaluer la peau à tous les quarts de travail/visites à domicile ▪ Utiliser un savon contenant des émoullients ou un nettoyant à pH neutre ▪ Assécher la peau en tapotant et appliquer une crème hydratante BID ▪ Ne pas utiliser de matériel adhésif ▪ Fixer les produits et pansements à l'aide d'un bandage tubulaire ou omniforme (ex. Kling)
Plaies de pression		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer le niveau de risque à l'aide de l'échelle de Braden à l'admission et Q semaine X 4 (CHSLD) ou lors de 1ère visite (soins à domicile) puis lors de changement dans la condition ▪ Utiliser un horaire de positionnement et mobiliser Q 2 heures au lit et Q 15 à 30 minutes au fauteuil ▪ Utiliser des aides techniques (ex. surface thérapeutique, coussin gel, etc.) qui diminuent la pression ▪ Se référer au protocole «Prévenir et traiter les plaies de pression »
Ulcère veineux (IPSCB > 0.8)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'appareil vasculaire à l'aide d'un indice de pression systolique cheville-bras (IPSCB) ▪ Appliquer le système de compression veineuse tel que prescrit et selon les techniques recommandées ▪ Se référer au protocole «Prévenir et traiter l'ulcère veineux »
Ulcère artériel (IPSCB < 0.5)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'appareil vasculaire à l'aide d'un indice de pression systolique cheville-bras (IPSCB) ▪ Référer le patient au médecin traitant ou à un chirurgien vasculaire pour évaluation médicale de la condition vasculaire du patient ▪ Couvrir les plaies avec un pansement qui ne crée pas d'humidité ▪ Se référer au protocole «Prévenir et traiter l'ulcère veineux »
Ulcère du pied diabétique		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder au débridement chirurgical de l'hyperkératose ▪ Prévenir et gérer l'infection (s'il y a lieu) ▪ S'assurer que l'usager possède et porte un système de mise en décharge (important) ▪ Se référer au protocole «Prévenir et traiter l'ulcère du pied diabétique »

© Copyright 2014 - Aucune reproduction de ce document sans l'autorisation écrite du CSSS Lucille Teasdale & Chantal Labrecque

Réalisé par Chantal Labrecque M.Sc. Inf.
Consultante en soins de plaies
Décembre 2014