

Le « pansement » est un dispositif médical utilisé pour couvrir, protéger et favoriser la cicatrisation des plaies. Quel que soit le type de pansements utilisés, la prise en charge des plaies doit tenir compte d'un certain nombre de principes généraux résumés ci-dessous :

LES 10 COMMANDEMENTS POUR LE BON USAGE DU PANSEMENT

1. Un groupe de travail pluridisciplinaire et multiprofessionnel, par établissement, **définit la liste des pansements** disponibles.
2. Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son **étiologie**. Le traitement des ulcères veineux est en premier lieu fondé sur la compression veineuse, celui du pied diabétique ou de l'escarre sur la mise en décharge et celui de l'ulcère artériel sur la revascularisation. Prendre en compte **l'état nutritionnel** du patient.
3. Toute **suspicion d'infection** doit faire l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge médicale et / ou chirurgicale.
4. Il est important de respecter le **principe de la cicatrisation en milieu humide**.
5. Le pansement ne remplace pas un **geste de déterision, parage et / ou fermeture**.
6. Le choix d'un pansement pour une plaie repose sur ses performances : **capacité d'absorption, rythme de changement, pouvoir hémostatique, gestion de la douleur, confort du patient, adhésivité...**
7. **L'évolution du stade de la plaie** doit mener à une réflexion concertée avant de changer de famille de pansements.
8. Les différents pansements **primaires** (en dehors des pansements au charbon actif, des hydrogels et des formes mèches) **ne sont pas destinés à être associés entre eux** sur une même plaie.
9. Il est impératif de respecter **les règles d'hygiène** (friction hydroalcoolique des mains, nettoyage de la plaie et du membre avant chaque réfection de pansement...) et d'assurer une **prise en charge de la douleur** induite par les soins.
10. La **prescription sur ordonnance** d'un type donné de pansement doit être la plus précise possible. **Tracer** dans le dossier de soin du patient.

CRITERES DE CHOIX DES PANSEMENTS EN FONCTION DE L'ASPECT DES PLAIES

Les critères pouvant orienter le choix des pansements en fonction du type de plaie sont définis ainsi :

1. **Aspect et couleur** du lit de la plaie : nécrose, fibrine, bourgeonnement et épidermisation.
2. **Quantité** d'exsudat.
3. **Localisation**.
4. **Etat de la peau péri-lésionnelle** : érosions, phlyctènes.
5. **Taille** : surface et profondeur.
6. **Rythme** prévisionnel de renouvellement de pansement.
7. **Autres caractéristiques de la plaie** : malodorante, infectée, hémorragique, douloureuse.

LES MESSAGES CLES DE LA PRESCRIPTION DE SORTIE

1. **Rédiger et ordonner** de façon précise les étapes du protocole de soins + produits nécessaires.
2. **Privilégier** les produits remboursés. Anticiper l'évolution de la plaie, ne pas multiplier les prescriptions et ne pas changer sans cesse les produits prescrits. Respecter les recommandations de la HAS, les indications de l'AMM ou de la LPPR.
3. **Informer** clairement les différents acteurs des soins en leur écrivant (infirmier, kiné ...)
4. **Mettre en place** les aides aux soins pour les patients dépendants.
5. **Éduquer** le patient et / ou sa famille.
6. **Renforcer** les mesures de prévention secondaire une fois la plaie guérie.

COMEDIMS

COMMISSION DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES

MAI 2022

RECOMMANDATIONS

CODIMS AP-HP

(COmité des DIspositifs Médicaux Stériles)

BON USAGE DES PANSEMENTS POUR LA CICATRISATION

Le document complet des recommandations de bon usage des pansements pour la cicatrisation est consultable sur le site intranet de l'AGEPS rubrique COMEDIMS :

<http://intranet-ageps.aphp.fr/>

CHOIX DU PANSEMENT EN FONCTION DU TYPE DE PLAIE AIGUE OU CHRONIQUE

PANSEMENT PRIMAIRE	FREQUENCE DE RENOUELEMENT (en jours)	CAPACITE D'ABSORPTION	STADE DE LA PLAIE				PANSEMENT SECONDAIRE (pansement absorbant ou compresses stériles) / MAINTIEN (bandage tubulaire (Tubifast®), bande extensible avec fibres synthétiques, bande de crêpe en coton). <i>Les bandes se posent de la racine des orteils au genou en englobant le talon. Pas d'adhésif sur la peau.</i>	
			NECROSE SECHE <small>(après vérification de l'état vasculaire, IPS)</small>	FIBRINE	BOURGEONNEMENT	EPITHELIALISATION		
HYDROGEL	1 à 3 j	0					Pansement secondaire uniquement pour le Purilon® : film de polyuréthane ou hydrocolloïde mince	
IRRIGO-ABSORBANT	1 à 2 j	+ / ++	HydroClean Advance® (Hartmann), hydrogel irrigo-absorbant				Pansement secondaire (film de polyuréthane) + système de maintien	
FIBRES A HAUT POUVOIR D'ABSORPTION	1 à 3 j (Aquacel Extra®) 1 à 2 j (UrgoClean®)	+++	Aquacel® Extra (ConvaTec), toutes phases Urgoclean® (Urgo), hydrodétersif absorbant, phase détersion				Pansement secondaire + système de maintien	
HYDROCOLLOÏDE	3 à 5 j	+	Duoderm®E (ConvaTec) épais Comfeel® Plus® Transparent (Coloplast) mince Comfeel® Plus Contour anatomique (Coloplast) talon / sacrum				Non nécessaire (parfois utile sur une zone de frottement)	
HYDROCELLULAIRE	3 à 5 j	++ Superabsorbant : ++++	Aquacel® Foam (ConvaTec) non adhésif Mepilex® Border anatomique (Molnlycke Healthcare) adhésif talon / sacrum Mepilex® (Molnlycke Healthcare) micro-adhérent non bordé Allevyn® Gentle border (Smith Nephew) micro-adhérent bordé adhésif Allevyn® Gentle border Lite (Smith Nephew) adhésif Mepilex® Transfer (Molnlycke Healthcare) micro-adhérent sans couche semi-perméable Resporb® (Hartmann) superabsorbant				Système de maintien pour les formes non adhésives et non bordées	
INHIBITEUR METALLO-PROTEASES MATRICIELLES	1 à 7 jours A adapter selon le type d'Urgostart®, l'état de la plaie et la quantité d'exsudat	+++	Urgostart® Plus, compresse (Urgo), micro-adhérent Urgostart® Plus Border (Urgo), micro-adhérent				Indications LPP : ulcères de jambes veineux / ulcères du pied diabétique	Bandage tubulaire de fixation sauf pour Urgostart® Plus Border et Urgostart® Microadhérent.
		++	Urgostart® Microadhérent (Urgo) Urgostart® Interface (Urgo), matrice lipido-colloïde					
ALGINATE	1 à 3 j sauf si plaie infectée	++ / +++	Algosteri® (Brothier) 100% alginate Biatain® Alginate (Coloplast) alginate + CMC (carboxy-methyl cellulose)				Pansement secondaire + système de maintien	
INTERFACE	2 à 4 j (renouvellement de la compresse ou pansement absorbant possible sans changer le pansement I ^{er})	0	Interface Conformant 2® (Smith Nephew), non grasse, non siliconée Urgotul® (Urgo Médical), interface grasse (vaseline + CMC) Mepitel® One (Molnlycke Healthcare), interface siliconée Adaptic® doigtier (KCI Médica/ 3M France), interface grasse				Pansement secondaire + système de maintien	
PANSEMENT GRAS (dit « tulle gras »)	1 à 2 j	0	Jelonet® (Smith and Nephew)				Pansement secondaire + système de maintien	
FILM SEMI PERMEABLE	Jusqu'à décollement (max 5-7 j)	0	Tegaderm® standard (3M France)				-	

CHOIX D'UN PANSEMENT EN FONCTION D'UNE SITUATION PARTICULIERE

Situation particulière	PLAIE MALODORANTE	PLAIE HEMORRAGIQUE		PLAIE INFECTEE LOCALEMENT (OU « COLONISEE CRITIQUE ») (HORS BRULURE)	PLAIE HYPERBOURGEONNANTE
					
Type de plaie	AIGUE / CHRONIQUE / CANCEREUSE	CHRONIQUE	AIGUE TRAUMATIQUE / CHIRURGICALE	AIGUE / CHRONIQUE	AIGUE / CHRONIQUE
Pansement primaire	PANSEMENT AU CHARBON Actisorb® (KCI Medical)	ALGINATE	AGENT HEMOSTATIQUE Cellulose oxydée, gélatine, collagène	FIBRE A HAUT POUVOIR D'ABSORPTION, ALGINATE, pansement au CHARBON, INTERFACE <i>(les pansements occlusifs sont contre-indiqués)</i>	Hyperbourgeonnement en nappe : ⇒ DERMOCORTICOÏDE crème de classe 3 + INTERFACE. Bourgeon isolé : ⇒ crayon au nitrate d'argent.
Fréquence de renouvellement	1 à 3 jours	1 fois / jour (si plaie fortement exsudative). Maximum : 2 à 3 jours	Oter tout excédent de compresse après obtention de l'hémostase pour faciliter la résorption (si résorbable)	1 fois / jour minimum	Tous les 1 à 2 jours et éventuellement après réévaluation Arrêt d'application d'un dermocorticoïde dès aplatissement des bourgeons (en dessous du niveau de la peau périphérique). Crayon au nitrate d'argent : selon les résultats à 48-72 heures.
Recommandations du groupe d'experts	Pansement primaire ou secondaire. L'utilisation d'un pansement au charbon en pansement secondaire ne dispense pas d'un bon nettoyage et d'un traitement, si possible, de la cause de l'odeur (infection).	Les alginates + CMC (de coût inférieur) sont recommandés pour les plaies chroniques hémorragiques. L'alginate pur (Algosteri®) est recommandé de préférence pour les plaies chirurgicales hémorragiques. Les autres pansements hémostatiques sont réservés à un usage chirurgical.	Les points clés de la prise en charge des plaies infectées : ⇒ Lavage à l'eau et au savon, irrigation si plaie cavitaire, ... ⇒ Déterision minutieuse quotidienne de la plaie. ⇒ Réfection quotidienne ou pluri-quotidienne du pansement. ⇒ Antibiothérapie systémique si nécessaire. Ne pas prélever la plaie sans prescription. Réévaluer la plaie autant que nécessaire. Rappel : les brûlures ne sont pas concernées par ces recommandations. Les pansements à l'argent ne doivent pas être utilisés en préventif. Ajouter un pansement au charbon en cas de plaie malodorante.	Un dermocorticoïde sous forme crème est recommandé (meilleure adhérence que la pommade à la plaie). Stopper l'utilisation de pansements hydrocellulaire et hydrocolloïde susceptibles de favoriser l'hyperbourgeonnement : favoriser les interfaces. Le crayon au nitrate d'argent : - doit être utilisé « à patient unique » ; - ne convient pas aux plaies étendues.	