

DOCUMENT DE BONNES PRATIQUES 2018

BONNES PRATIQUES RECOMMANDÉES PAR L'ISTAP

**BONNES PRATIQUES RECOMMANDÉES POUR
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES
DÉCHIRURES CUTANÉES CHEZ LE SUJET ÂGÉ**

Recommandations émises par un groupe de travail composé d'experts

PUBLIÉ PAR :

Wounds International
Ground Floor
108 Cannon Street
London EC4N 6EU, Royaume-Uni
Tél. : + 44 (0)20 7627 1510
Fax. : +44 (0)20 7627 1570
info@woundsinternational.com
www.woundsinternational.com

© **Wounds International 2018**



La réunion de concertation et le présent document ont reçu le soutien des commanditaires suivants.

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles des commanditaires.

Comment citer ce document :

LeBlanc K *et al.* Bonnes pratiques recommandées pour la prévention et la prise en charge des déchirures cutanées chez le sujet âgé. *Wounds International* 2018. Disponible en téléchargement sur www.woundsinternational.com

The logo for 3M, consisting of the letters "3M" in a bold, red, sans-serif font.

The logo for KCI, featuring a stylized globe icon to the left of the text "KCI". Below "KCI" is the text "AN ACELITY COMPANY" in a smaller, all-caps sans-serif font.

The logo for MEDLINE, featuring a stylized white starburst or lightning bolt shape on a dark blue square background, with the word "MEDLINE" in white, italicized, sans-serif font below it.

The logo for Mölnlycke, featuring three green circles of varying sizes to the left of the text "Mölnlycke®" in a green, sans-serif font.

AVANT-PROPOS

Les déchirures cutanées sont un problème important pour les patients et les soignants qui assurent leur traitement. Il peut s'agir de plaies douloureuses qui altèrent la qualité de vie du patient et entraînent de la souffrance. Les déchirures cutanées peuvent accroître la probabilité d'une hospitalisation et en prolonger la durée. Selon les estimations, leur prévalence varie d'un pays et d'un service de soins à l'autre mais tout porte à croire qu'elles sont plus fréquentes que les escarres ou plaies de pression (Carville *et al.*, 2014 ; LeBlanc *et al.*, 2016).

Les déchirures cutanées ont néanmoins fait l'objet d'un intérêt accru et de recherches plus poussées au cours de ces dernières années, ce qui a permis à l'ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel ou Comité consultatif international sur les déchirures cutanées) d'identifier les principaux déficits en termes de connaissances et les domaines dans lesquels les perceptions sont erronées chez de nombreux soignants, dans le but d'améliorer les mesures de prise en charge et les résultats cliniques.

L'ISTAP a constitué un groupe d'experts originaires d'Europe, d'Amérique du Nord et du Sud, d'Asie, d'Afrique et d'Australie, lequel s'est réuni en novembre 2017 pour formuler des recommandations mondialement reconnues concernant la prévention et la prise en charge des déchirures cutanées, ainsi que des définitions et une terminologie actualisées.

Les déchirures cutanées touchent divers groupes de patients. Leur incidence augmente chez les personnes dont la peau âgée et fragile présente un risque accru de déchirures cutanées, et en raison du vieillissement de la population mondiale. La plupart des études portant sur ce sujet et la nécessité de poursuivre les recherches auprès d'autres groupes de patients ayant été soulignée, le groupe d'experts s'est toutefois spécifiquement penché sur la question des déchirures cutanées touchant la peau des sujets âgés.

À l'issue de la réunion, un projet de document a été rédigé et a fait l'objet d'un examen approfondi par le groupe de travail d'experts. D'autres experts internationaux ont également été consultés pour illustrer les pratiques mises en application dans différentes régions du monde. Toutes les déclarations présentées dans ce document ont fait l'objet d'un accord de la part de tous les membres du groupe d'experts, au sens large du terme.

Ce document devrait fournir les informations et les ressources dont les soignants ont besoin dans la pratique pour évaluer, classer, traiter (et prévenir) les déchirures cutanées, en toute confiance.

Kimberley LeBlanc et Karen Campbell (co-présidentes du groupe d'experts de l'ISTAP)

Pour de plus amples informations sur l'ISTAP, rendez-vous sur www.skintears.org.

GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS

Kimberly LeBlanc, Canada (co-présidente du groupe de travail)

Karen Campbell, Canada (co-présidente du groupe de travail)

Dimitri Beeckman, Belgique

Ann Marie Dunk, Australie

Catherine Harley, Canada

Heidi Hevia, Chili

Samantha Holloway, Royaume-Uni

Patricia Idensohn, Afrique du Sud

Diane Langemo, États-Unis

Karen Ousey, Royaume-Uni

Marco Romanelli, Italie

Hubert Vuagnat, Suisse

Kevin Woo, Canada

COMITÉ DE RÉVISION

Elizabeth Ayello, États-Unis

Sharon Baranoski, États-Unis

Janice Bianchi, Royaume-Uni

Kerlyn Carville, Australie

Dawn Christensen, Canada

Karen Edwards, États-Unis

Keith Harding, Royaume-Uni

Mellony Mitchell, Royaume-Uni

Robyn Rayner, Australie

Hiromi Sanada, Japon

Vera Santos, Brésil

Valentina Vanzi, Italie

Ann Williams, États-Unis

Qu'est-ce qu'une déchirure cutanée ?



DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE

Définition de la déchirure cutanée mise à jour en 2018 par l'ISTAP :

« Une déchirure cutanée est une lésion traumatique occasionnée par des phénomènes mécaniques, y compris le retrait d'un pansement adhésif. La gravité peut varier en fonction de la profondeur (ne s'étendant pas au-delà de la couche sous-cutanée). »

Dans la pratique clinique, les déchirures cutanées sont souvent sous-estimées et mal diagnostiquées. Afin de garantir un traitement optimal des déchirures cutanées, il est essentiel de procéder à leur identification et à leur classification précises. Il est donc indispensable de commencer par définir précisément les déchirures cutanées (LeBlanc et Baranoski, 2011).

Il existe aujourd'hui une certaine confusion terminologique, d'où la nécessité de normaliser les termes et les définitions. En pratique, les déchirures cutanées sont souvent désignées par les termes généraux de « lacération » ou de « lacération cutanée ». Cependant, une déchirure cutanée est une lésion spécifique très différente d'une lacération générale (définie comme déchirure des tissus mous).

La version actuelle de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (système CIM, utilisé depuis 1994) contient des codes correspondant à l'étiologie de certaines plaies spécifiques telles que les ulcères de décubitus/escarres, les abrasions ainsi qu'une rubrique dermatologique recueillant la terminologie relative aux affections cutanées, mais ne contient pas de codage spécifique aux déchirures cutanées (OMS, 2010). Rayner *et al.* (2015) suggèrent que cette absence de codage contribue à ce que les déchirures cutanées soient perçues comme des lésions insignifiantes et restent souvent mal signalées.

L'ISTAP recommande d'identifier les déchirures cutanées comme une étiologie unique et complexe de plaie, distincte des autres types de plaies. Elles doivent être incluses dans la CIM et différenciées des autres types de plaies (LeBlanc et Baranoski, 2011). En effet, l'utilisation d'une terminologie cohérente pour qualifier les déchirures cutanées facilitera la recherche et permettra d'améliorer les pratiques en matière de prise en charge et de prévention grâce à la sensibilisation des soignants. En plus de faciliter l'amélioration des soins, une reconnaissance accrue aura également un impact sur la recherche et les politiques ; dans certains pays, elle accroîtra également les droits en matière de prescription (et de remboursement) de certains pansements.

Bien que les déchirures cutanées aient toujours existé, leur toute première définition, établie en 1993 par Payne et Martin, indique qu'il s'agit de lésions traumatiques pouvant entraîner une séparation partielle ou totale des couches externes de la peau, ce qui signifie que l'épiderme est séparé du derme (plaie de profondeur partielle) ou que l'épiderme et le derme sont séparés des structures sous-jacentes (plaie de profondeur totale) (Payne et Martin, 1993 ; Stephen Haynes et Carville, 2011).

Il est également crucial de tenir compte de l'étiologie de la lésion : par exemple, différence entre la définition d'une déchirure cutanée et celle d'une escarre ou d'une lésion cutanée liée à un adhésif médical (Wounds UK, 2017).

Les déchirures cutanées sont des plaies traumatiques qui peuvent résulter de différents phénomènes mécaniques telles que le cisaillement ou la friction, mais aussi un traumatisme contondant, une chute, une mauvaise manipulation, une lésion provoquée par un équipement ou le retrait d'un pansement adhésif. Sur une peau déjà fragilisée ou vulnérable (peau âgée ou très jeune, par exemple), il faut moins de force pour provoquer une plaie traumatique, ce qui signifie que l'incidence des déchirures cutanées est souvent plus importante.

Les déchirures cutanées peuvent se produire sur n'importe quelle partie du corps mais sont souvent localisées au niveau des extrémités (membres supérieurs et inférieurs ou face dorsale des mains) (LeBlanc et Baranoski, 2011).

Encadré 1 | Qu'est-ce qu'une déchirure cutanée ? (adaptation d'après Wounds International, 2017)

- Les déchirures cutanées sont initialement des plaies de nature aiguë causées par des phénomènes mécaniques telles que le cisaillement, la friction ou un traumatisme, qui entraînent la séparation des couches cutanées.
- Les déchirures cutanées sont des événements indésirables qui doivent être signalés lorsqu'ils compromettent la sécurité du patient ; dans de nombreux pays, les déchirures cutanées doivent systématiquement faire l'objet d'un signalement (LeBlanc, 2017).
- Les déchirures cutanées peuvent présenter une profondeur totale (traversant l'hypoderme jusqu'au fascia) ou partielle (traversant l'épiderme ou le derme) et apparaître n'importe où sur le corps, plus fréquemment sur les mains, les bras et les membres inférieurs, avec 70 à 80 % des déchirures cutanées se produisant au niveau des mains et des bras.
- Il est possible de qualifier les déchirures cutanées de non complexes (cicatrisation en 4 semaines maximum) ou de complexes (compliquées/chroniques).
- Selon les estimations, la prévalence des déchirures cutanées n'est peut-être pas suffisamment signalée et pourrait être supérieure à celle des escarres. À ce jour, les données relatives à leur prévalence et au coût qu'elles font peser sur les patients et les systèmes de santé ne sont pas entièrement connues.
- Le vieillissement de la population se traduit par un constat : l'augmentation de l'incidence des déchirures cutanées (la peau des patients âgés est plus fragile et ils présentent un risque accru de déchirure cutanée).
- Les déchirures cutanées peuvent être douloureuses et entraîner de la souffrance chez les patients et leurs proches.
- Les déchirures cutanées peuvent allonger la durée d'hospitalisation (tout particulièrement si elles concernent les membres inférieurs et impliquent une pathologie sous-jacente), augmenter les coûts de santé et avoir un impact sur la qualité de vie (LeBlanc *et al.*, 2014 ; Rayner *et al.*, 2015 ; Carville *et al.*, 2007 ; Clothier, 2014).

Les déchirures cutanées peuvent être définies plus précisément comme « non complexes » ou « complexes ». Une déchirure cutanée non complexe est une plaie aiguë qui nécessite environ 4 semaines pour cicatriser. Les déchirures cutanées complexes sont plus problématiques, tout particulièrement lorsqu'elles touchent les membres inférieurs et/ou des patients présentant plusieurs comorbidités ; si elles ne cicatrisent pas dans les 4 semaines, elles peuvent évoluer vers une plaie chronique pouvant être qualifiée de complexe.

AMPLEUR DU PROBLÈME

Les publications actuelles contiennent peu d'études sur l'incidence des déchirures cutanées ; par ailleurs, la prévalence estimative rapportée demeure assez variable. D'après une étude antérieure menée aux États-Unis, le nombre d'adultes hospitalisés présentant des déchirures cutanées dépasse 1,9 million chaque année (Malone *et al.*, 1991).

La prévalence estimée des déchirures cutanées varie selon les différents établissements de soins :

- dans les services de soins de longue durée : **2,23 à 92 %**, même si les estimations sont variables et peuvent être inférieures (Strazzieri *et al.*, 2017 ; LeBlanc, 2017 ; LeBlanc *et al.*, 2013 ; Sanada *et al.*, 2015 ; Skiveren *et al.*, 2017 ; Woo *et al.*, 2015) ;
- au sein de la population générale : **4,5 à 19,5 %** pour les plaies déclarées quel que soit l'âge pour toutes les fourchettes d'âges (Carville et Lewin, 1998 ; LeBlanc *et al.*, 2008) ;
- dans les services de soins aigus : **6,2 à 11,1 %** (Chang *et al.*, 2016 ; Hsu et Chang, 2010 ; McErlean, 2004 ; Santamaria *et al.*, 2009) ;
- dans les services de soins palliatifs : **3,3 à 14,3 %** (Amaral *et al.*, 2012 ; Maida *et al.*, 2012) ;
- dans les services de soins intensifs et au bloc opératoire : prévalence inconnue.

Les déchirures cutanées étant rarement signalées et souvent mal diagnostiquées, on ne connaît pas toute l'ampleur de la contribution des soins de santé, tant sur le plan pratique que sur le plan financier. Par ailleurs, les déchirures cutanées sont des plaies pouvant souvent être évitées et générant des coûts superflus, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de déchirures cutanées complexes et/ou qu'elles touchent des patients présentant des comorbidités. Le recueil des données de prévalence est un sujet d'une importance majeure, qui doit faire l'objet d'une attention particulière pour les études futures.

Facteurs de risque et étiologie

Les populations les plus exposées aux déchirures cutanées, tout particulièrement les patients âgés dont la peau est vulnérable et vieillissante, présentent également un risque plus élevé de développer des infections et des comorbidités, qui peuvent être à l'origine de déchirures cutanées significatives et de plaies souvent complexes (Wounds UK, 2015). Le vieillissement de la peau et des tissus s'accompagne de modifications structurelles et fonctionnelles, qui augmentent la sensibilité au développement de déchirures cutanées. Sur les peaux âgées, les plaies prennent davantage de temps à cicatriser et s'accompagnent d'un risque accru d'aggravation (Moncrieff *et al.*, 2015).

FACTEURS DE RISQUE INTRINSÈQUES

Le processus de vieillissement normal entraîne des modifications de la peau qui la fragilisent et la rendent plus vulnérable aux lésions, y compris aux déchirures cutanées (figures 1 et 2). La capacité de régénération de la peau étant plus réduite chez les patients âgés et leur système immunitaire offrant une protection moins efficace, ils présentent un risque accru de lésions cutanées dues à un choc ou un traumatisme, même mineur (Voegeli, 2007). Par conséquent, il est essentiel que les soins cutanés dispensés aux personnes âgées soient considérés comme une priorité chez tous les soignants.

Les modifications de la peau associées au vieillissement comprennent (Moncrieff *et al.*, 2015) :

- l'amincissement de l'épiderme et l'aplatissement de la jonction épidermique ;
- la perte de collagène, d'élastine et de glycosaminoglycanes ;
- l'atrophie et la contraction du derme (entraînant la présence de rides et de plis) ;
- une activité décroissante des glandes sudoripares et des glandes sébacées, entraînant l'assèchement de la peau ;
- l'amincissement des vaisseaux sanguins et la diminution de l'apport sanguin au niveau des extrémités (Wounds UK, 2012) ;
- l'apparition d'une bande hypoéchogène sous épidermique, y compris de l'élastose solaire, peut représenter un facteur de risque de déchirures cutanées, ce qui indique que les facteurs de risque de déchirures cutanées peuvent ne pas résulter uniquement du vieillissement chronologique mais également du photovieillissement (Koyano *et al.*, 2016).

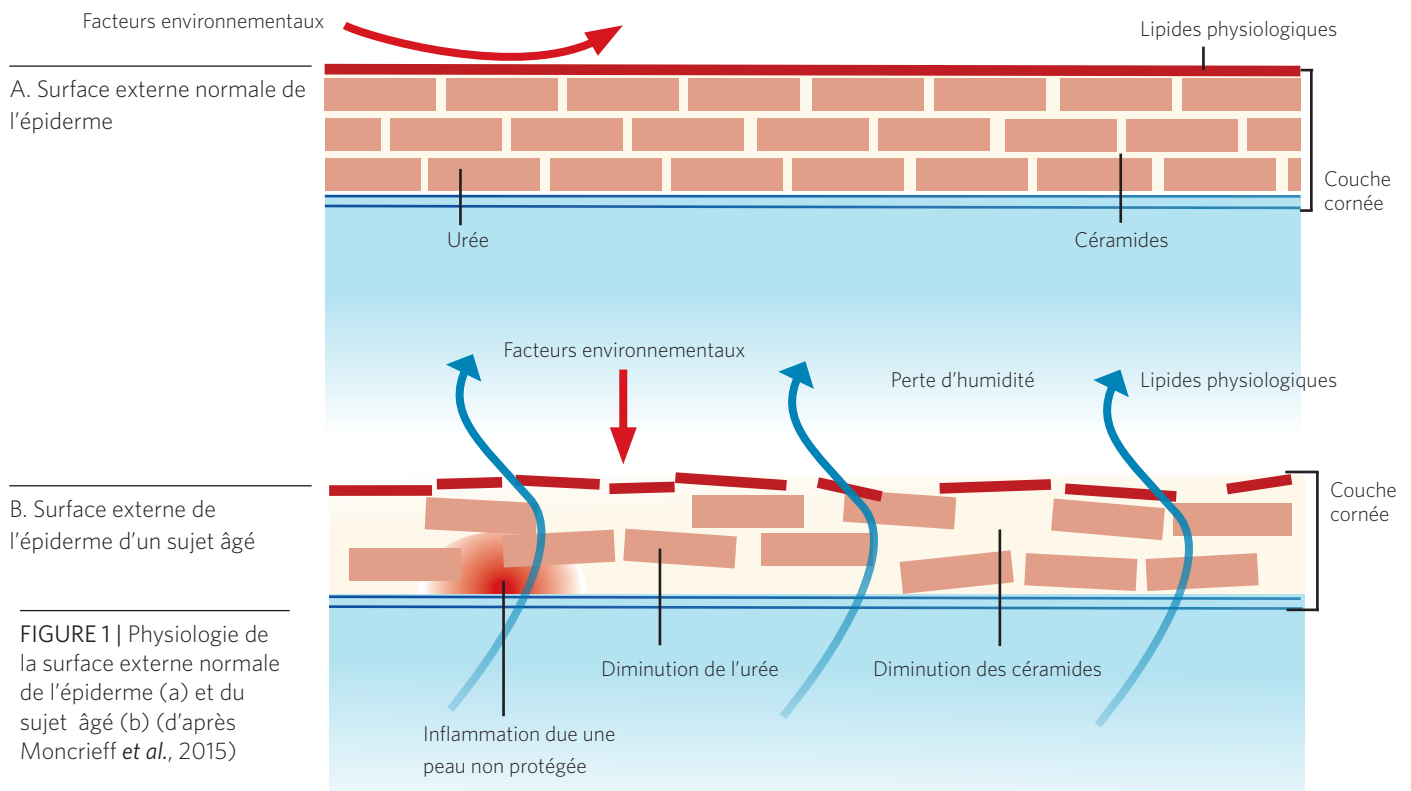
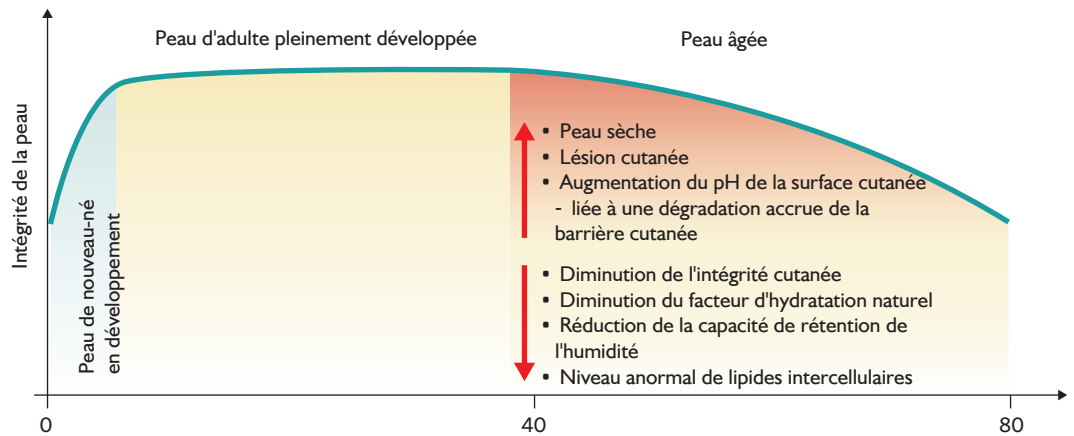


FIGURE 1 | Physiologie de la surface externe normale de l'épiderme (a) et du sujet âgé (b) (d'après Moncrieff *et al.*, 2015)

FIGURE 2 | Modifications de l'épiderme dues à l'âge (d'après Moncrieff *et al.*, 2015)



FACTEURS DE RISQUE EXTRINSÈQUES

Les patients qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne comme la mobilité, la toilette et l'habillage, sont plus exposés au risque de déchirures cutanées causées par les manipulations, les efforts ou les traumatismes (Wounds UK, 2015). Ces facteurs de risque extrinsèques ou environnementaux peuvent s'accompagner des facteurs de risque intrinsèques au vieillissement de la peau détaillés ci-dessus.

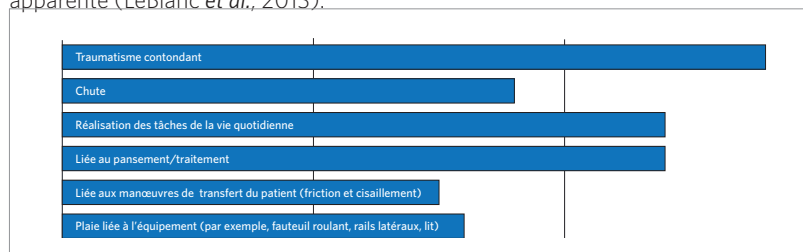
Lors de la prise en charge des patients avec une peau vulnérable, il est ainsi possible de limiter le risque extrinsèque en prenant notamment les mesures suivantes :

- avoir les ongles coupés courts et ne pas porter de bijoux ;
- rembourrer et/ou retirer tout meuble ou dispositif pouvant potentiellement être dangereux (par exemple, rails de lit et fauteuil roulant) ;
- couvrir la peau avec des vêtements adéquats, des protège-tibias ou des bandages de rétention/tricots tubulaires chez les patients vulnérables ;
- protéger l'intégrité globale de la peau en utilisant des produits adaptés aux peaux sensibles (pH neutre) et des émoullients de prévention (Wounds UK, 2015 ; Carville *et al.*, 2014).

ETIOLOGIES

Bien que les causes soient habituellement une combinaison de facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques (détaillés ci-dessus), il est important d'établir la cause exacte de la plaie, à des fins d'identification et de documentation. Les causes sont variables (figure 3) et restent souvent non documentées lors de leur apparition, avec presque la moitié des déchirures cutanées identifiées sans cause apparente (LeBlanc *et al.*, 2013).

FIGURE 3 | Causes diverses de déchirures cutanées* (d'après LeBlanc *et al.*, 2013)



*notez que près de la moitié des déchirures cutanées sont identifiées sans cause apparente documentée.

DÉTECTION PRÉCOCE DES PERSONNES À RISQUE ET LIMITATION DES RISQUES

La détection précoce des personnes qui présentent un risque de développer des déchirures cutanées est un élément essentiel de la prévention. L'identification des patients susceptibles de développer des déchirures cutanées est essentielle pour limiter l'incidence des déchirures cutanées qui pourraient être évitées. La détermination des personnes à risque facilite l'allocation des ressources adéquates.

Une évaluation complète et globale doit être réalisée lors de la première consultation ou lors de l'admission dans un établissement clinique et une inspection continue de la peau doit être intégrée à un programme

de soins quotidiens documenté pour s'assurer que les modifications de l'état de santé du patient et de l'intégrité de sa peau soient documentées (Wounds UK, 2015).

Le cadre de travail sur les déchirures cutanées (figure 4) souligne les considérations qui doivent être prises en compte dans l'évaluation des risques encourus par le patient.

L'ISTAP recommande une approche par une équipe interdisciplinaire pour mettre en œuvre un programme de prévention systématique des déchirures cutanées. Cette approche est basée sur trois catégories de facteurs de risque :

1. Peau
2. Mobilité
3. Etat général (LeBlanc *et al.*, 2013).

FIGURE 4 | Cadre de travail sur les déchirures cutanées (LeBlanc, 2017)

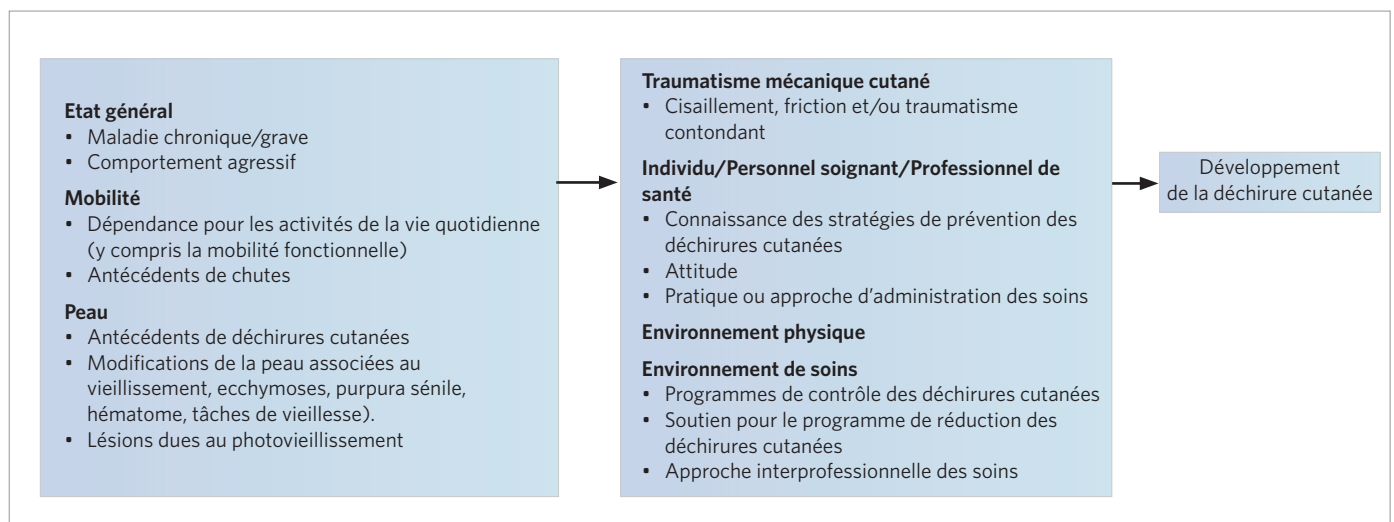
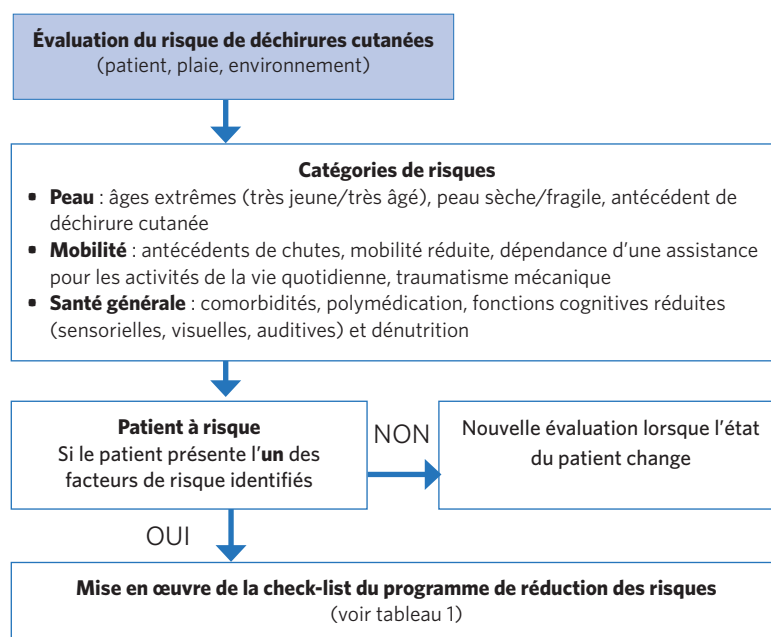


FIGURE 5 | Protocole d'évaluation du risque de déchirures cutanées (adaptation d'après LeBlanc *et al.*, 2013)



Le protocole d'évaluation des risques de déchirures cutanées de l'ISTAP doit être utilisé (figure 5). Si un patient est considéré comme à risque, la check-list du programme de réduction des risques (tableau 1) doit être mise en œuvre.

Tableau 1. Check-list du programme de réduction des risques (adaptation d'après LeBlanc et Baranoski, 2011)	
FACTEUR DE RISQUE	ACTION
Peau	<input type="checkbox"/> Inspecter la peau et étudier les antécédents de déchirures cutanées <input type="checkbox"/> Si le patient a la peau sèche, fragile et vulnérable, évaluer le risque de traumatisme accidentel <input type="checkbox"/> Gérer la peau sèche et utiliser des émollients pour la réhydrater, le cas échéant <input type="checkbox"/> Mettre en œuvre un programme de soins de la peau individualisé à l'aide d'un nettoyant doux (pas de savon traditionnel) et d'eau tiède (pas chaude) <input type="checkbox"/> Éviter les traumatismes cutanés dus à l'utilisation d'adhésifs, de pansements et de bandes (utiliser des bandes silicone et des bandages de rétention cohésifs) <input type="checkbox"/> Tenir compte des médicaments susceptibles d'avoir un effet direct sur la peau (par exemple, les stéroïdes topiques et systémiques) <input type="checkbox"/> Être conscient de l'augmentation des risques liés à un âge très jeune ou très âgé <input type="checkbox"/> Parler de l'utilisation de vêtements protecteurs (par exemple, protège-tibias, manches longues ou bandages de rétention) <input type="checkbox"/> Éviter les ongles longs ou les bijoux au contact du patient
Mobilité	<input type="checkbox"/> Encourager des activités/exercices si la fonction physique est réduite <input type="checkbox"/> Éviter les frottements et les cisaillements (par exemple, utilisation d'almes de positionnement et de lève-personnes), utiliser des techniques de manipulation conformes aux directives locales <input type="checkbox"/> Évaluer le risque de chutes <input type="checkbox"/> S'assurer que des chaussures confortables/adéquates sont portées <input type="checkbox"/> Enfiler les vêtements et les dispositifs de compression avec le plus grand soin <input type="checkbox"/> Assurer un environnement sûr : éclairage adéquat, suppression des obstacles <input type="checkbox"/> Utiliser un rembourrage sur les équipements (en respectant la réglementation locale) et les meubles <input type="checkbox"/> Évaluer les lésions cutanées pouvant être causées par des animaux de compagnie
Etat général	<input type="checkbox"/> Informer les patients et les soignants sur les risques et la prévention des déchirures cutanées <input type="checkbox"/> Impliquer activement le patient/personnel soignant dans les décisions relatives aux soins, le cas échéant <input type="checkbox"/> Optimiser la nutrition et l'hydratation et orienter le patient vers un diététicien, le cas échéant <input type="checkbox"/> Orienter vers un spécialiste si l'altération de la perception sensorielle est problématique (par exemple, en cas de diabète) <input type="checkbox"/> Envisager les effets possibles des médicaments et d'une polymédication sur la peau du patient

Identification et évaluation

PRÉSENTATION ET IDENTIFICATION

L'identification correcte des déchirures cutanées depuis leur première apparition est vitale pour optimiser leur prise en charge, afin de déclencher les protocoles de soins adéquats. Il existe actuellement des problèmes d'identification adéquate entraînant un signalement insuffisant des déchirures cutanées, un mauvais diagnostic et, par conséquent, une prise en charge souvent inappropriée.

Une enquête transversale descriptive réalisée en ligne a été menée en 2010 au niveau international dans le but d'étudier les pratiques actuelles en matière d'évaluation, de prévention, de prévention et de traitement des déchirures cutanées auprès de 1127 soignants originaires de 16 pays différents (LeBlanc *et al.*, 2014).

Les résultats de l'enquête ont mis au jour des problèmes significatifs concernant les systèmes de classification actuels, notamment :

- 70 % des personnes interrogées ont signalé un problème d'évaluation et de documentation des déchirures cutanées au sein de leur établissement de soins.
- 90 % sont favorables à une méthode simplifiée pour documenter et évaluer les déchirures cutanées.
- 81 % reconnaissent ne pas utiliser d'outil ou de système de classification pour évaluer et documenter les déchirures cutanées.
- 40 % reconnaissent ignorer ces plaies et ne rien documenter en ce qui les concerne.

Il est évident que les déchirures cutanées doivent être correctement identifiées et entièrement documentées lors de leur apparition de façon à définir les objectifs de traitement adéquats et à optimiser leur prise en charge.

ÉVALUATION COMPLÈTE D'UN PATIENT ET DE SA PLAIE

Lorsqu'un patient présente une déchirure cutanée, l'évaluation initiale doit inclure une évaluation complète du patient ainsi que de la plaie. Il est également important d'établir la cause de la plaie.

La plaie doit être examinée pour évaluer les facteurs suivants et les documenter dans le cadre d'une évaluation formelle de la plaie :

- Cause de la plaie ;
- Emplacement sur le corps et durée de la plaie ;
- Dimensions (longueur, largeur et profondeur) ;
- Caractéristiques du lit de la plaie et pourcentage de tissu viable et non viable ;
- Type et quantité d'exsudat ;
- Présence d'un saignement ou d'un hématome ;
- Intégrité du pourtour de la plaie ;
- Signes et symptômes d'une infection ;
- Douleur associée (Stephen-Haynes et Carville, 2011).

Il est également essentiel de procéder à une évaluation globale du patient dans la mesure où l'intégrité de sa peau et son état de santé général jouent un rôle important dans la prise en charge continue. Celle-ci doit inclure des facteurs tels que :

- Les antécédents médicaux du patient ;
- Les antécédents de déchirures cutanées ;
- L'état de santé général et les comorbidités ;
- Les problèmes liés aux médicaments et à la polymédication ;
- Les problèmes de santé mentale ;
- Les facteurs psychosociaux et de qualité de vie ;
- La mobilité/dépendance d'une assistance pour les activités de la vie quotidienne ;
- La nutrition et l'hydratation (adaptation d'après Wounds UK, 2015).

CLASSIFICATION

Des outils de classification sont actuellement mis à la disposition des soignants pour être utilisés lors de l'évaluation du patient qui présente une déchirure cutanée. Cependant, il est nécessaire de simplifier et de standardiser le système de classification des déchirures cutanées.

À l'origine, le système de classification de Payne-Martin (Payne et Martin, 1993) a été développé pour classer les déchirures cutanées en fonction du degré de perte de tissus, mesuré en pourcentage. Ce système est toujours utilisé mais, en pratique, il est souvent difficile de définir la perte de tissu. En outre, cette échelle n'a jamais été validée.

Le système de classification STAR (Carville *et al.*, 2007) est également utilisé, principalement en Australie et au Japon. Ce système a été développé comme version modifiée de l'échelle de Payne-Martin et comprend également une distinction par couleur (c'est-à-dire, peau pâle, mate ou foncée). Validé par 63 IDE, le système STAR est utilisé dans la recherche mais il est peu répandu au niveau mondial. Il a été suggéré qu'une confusion possible existe à cause du chevauchement entre les catégories (LeBlanc *et al.*, 2013).

Une approche systématique, standardisée et validée est nécessaire ; en conséquence, l'utilisation du système de classification de l'ISTAP (LeBlanc *et al.*, 2013) est recommandée. Développé à l'aide d'un Delphi et validé sur le terrain par 839 soignants, le système de l'ISTAP est toujours en cours de validation au Chili et au Brésil. Le système de l'ISTAP utilise une méthode simple pour classer les déchirures cutanées, en les catégorisant en Type 1, Type 2 ou Type 3 (figure 6).

Déchirure cutanée de type 1 : Sans perte tissulaire

Déchirure linéaire ou présence d'un lambeau de peau pouvant être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.

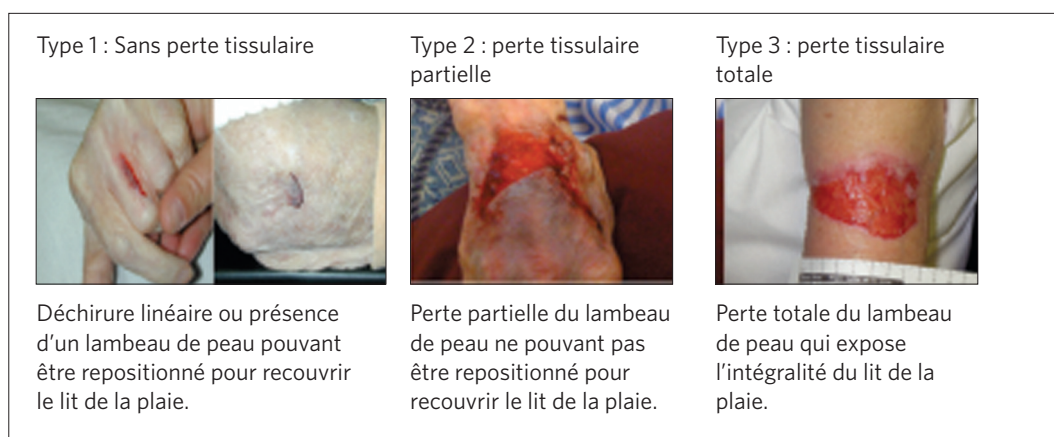
Déchirure cutanée de type 2 : perte tissulaire partielle

Il n'est pas possible de repositionner le lambeau de peau pour recouvrir l'intégralité du lit de la plaie.

Déchirure cutanée de type 3 : perte tissulaire totale

Perte totale du lambeau de peau qui expose l'intégralité du lit de la plaie.

FIGURE 6 | Classification des déchirures cutanées de l'ISTAP

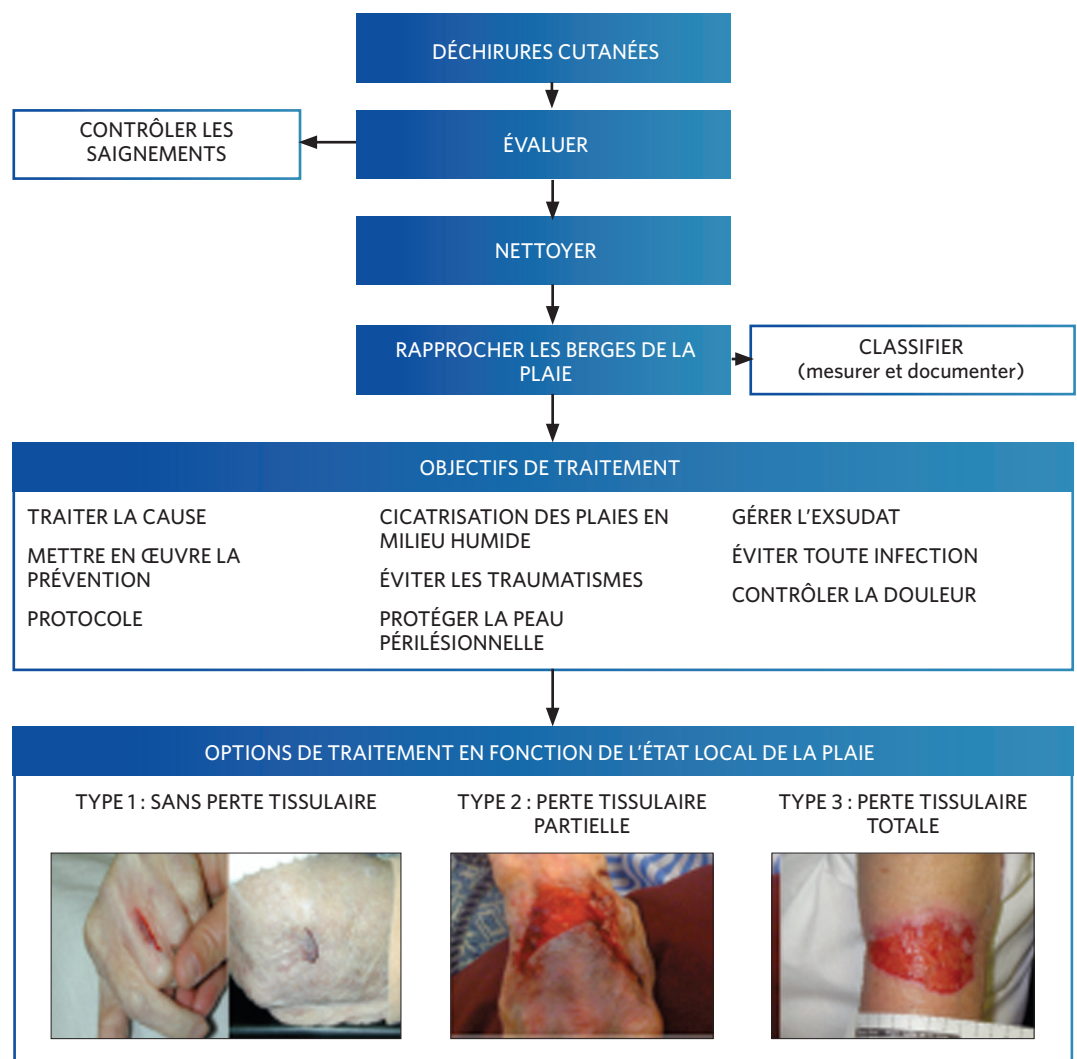


Prise en charge des déchirures cutanées

Les déchirures cutanées sont des plaies aiguës qui peuvent potentiellement être fermées en première intention. Habituellement, les plaies fermées en première intention sont maintenues par des points de suture, des agrafes ou des bandes adhésives ; néanmoins, compte tenu de la fragilité de la peau âgée et du fait que les déchirures cutanées sont généralement peu profondes, ces solutions restent peu efficaces et il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes (par exemple, colle cutanée topique).

Dans la mesure du possible, le traitement des déchirures cutanées doit avoir pour objectif de préserver le lambeau de peau et de conserver le tissu du pourtour de la plaie, de rapprocher les berges de la plaie (sans étirer la peau) et de limiter le risque d'infection et d'apparition d'autres plaies, tout en tenant compte de toute comorbidité éventuelle (Wounds UK, 2015). Le fait de commencer le traitement le plus tôt possible améliore les résultats ; par conséquent, patients et personnel soignant doivent être formés pour dispenser les premiers soins lorsqu'une déchirure cutanée se produit, de façon à préserver la viabilité du lambeau de peau, le cas échéant.

FIGURE 7 | Algorithme de décision sur les déchirures cutanées (LeBlanc *et al.*, 2013)



L'algorithme de décision sur les déchirures cutanées (figure 7) est conçu pour aider les soignants à évaluer et à traiter les déchirures cutanées, pour maintenir un lien continu entre la prévention, l'évaluation et le traitement.

OBJECTIFS DE TRAITEMENT INITIAUX

En utilisant l'algorithme de traitement détaillé en figure 7, il est important d'évaluer les objectifs initiaux de traitement et les étapes nécessaires à suivre pour le traitement de la déchirure cutanée.

Contrôler les saignements

- Appliquer une pression et élever le membre, le cas échéant ;
- Lorsque le contrôle du saignement est l'objectif principal, il est possible d'utiliser des pansements pour faciliter l'homéostasie (voir également la section « Produits de traitement des plaies pour peaux fragiles » p. 13).

Nettoyer et débrider

- Nettoyer et irriguer la plaie selon le protocole local et retirer tout débris résiduel ou tout hématome ; sécher délicatement la peau environnante en tapotant légèrement pour éviter d'autres lésions ;
- Si le lambeau de peau est présent mais nécrotique, il peut être nécessaire de le débrider ; des précautions doivent être prises lors de la détersion pour s'assurer que les lambeaux de peau viables restent intacts et que la peau fragile est protégée ;
- S'il est viable, rapprocher le lambeau de peau pour l'utiliser comme « pansement » ; Remettre délicatement le lambeau en place à l'aide d'un doigt ganté, d'un embout de coton humide, d'une pince à épiler ou d'une bande en silicone.

Gérer l'infection/inflammation

- Il convient de distinguer l'inflammation d'une plaie due à un traumatisme de l'infection d'une plaie ;
- L'infection de la plaie peut causer des douleurs et retarder sa cicatrisation ; le diagnostic de l'infection doit se baser sur une évaluation clinique et il est nécessaire de prendre des mesures adéquates de contrôle de l'infection (voir également la section « Produits de traitement des plaies pour peaux fragiles » p. 13) ;
- Vérifier le statut de vaccination contre le tétanos et des mesures supplémentaires, le cas échéant.

Envisager un contrôle du niveau d'hydratation et de l'exsudat

- Les déchirures cutanées ont tendance à être des plaies sèches, mais dans certains cas, l'exsudat peut représenter un problème ;
- Une bonne hydratation est essentielle pour favoriser la cicatrisation de la plaie et protéger son pourtour de toute macération ;
- Observer le volume et la viscosité de l'exsudat lors du choix d'un pansement topique (voir également la section « Produits de traitement des plaies pour peaux fragiles » p. 13).

Surveiller les berges/la fermeture de la plaie

- Les déchirures cutanées sont des plaies aiguës qui doivent généralement se refermer en temps opportun suivant une phase de fermeture de 14 à 21 jours ;
- Vérifier que tous les facteurs potentiels (diabète, œdème périphérique et problèmes nutritionnels, par exemple) qui pourraient retarder la cicatrisation ont été pris en charge ;
- Un traitement par compression doit être envisagée si la plaie concerne le bas de la jambe. Avant d'appliquer une compression, une évaluation complète de la jambe doit être réalisée, y compris un bilan vasculaire (par exemple, un IPS).

Tableau 2. Guide de sélection des produits (LeBlanc <i>et al.</i> , 2016)			
Catégorie de produits	Indications	Type de déchirure cutanée	Éléments à prendre en considération
Pansements non adhésifs en maille (par exemple, trame lipidocolloïde, gaze imprégnée, trame siliconé et maille imprégnée de pétrolatum)	Plaie sèche ou exsudative	1, 2 ou 3	Permet de conserver une bonne hydratation pour différents niveaux d'exsudat ; retrait atraumatique ; un pansement secondaire peut s'avérer nécessaire.
Pansement hydrocellulaire	Plaie moyennement exsudative ; durée de port plus longue (de 2 à 7 jours, en fonction du niveau d'exsudat)	2 ou 3	Il convient de faire preuve de prudence lors de l'utilisation de pansements hydrocellulaires à bords adhésifs ; pour éviter les traumatismes en périphérie de la plaie, il est conseillé de privilégier les modèles non adhésifs (non applicable aux produits à bords siliconés).
Hydrogels	Hydrate les plaies sèches	2 ou 3	Permet de conserver une bonne hydratation pour différents niveaux d'exsudat ; retrait atraumatique ; un pansement secondaire peut s'avérer nécessaire.
Bandage de 2-octyl cyanoacrylate topique (colle cutanée)	Pour rapprocher les berges de la plaie	1	Usage similaire à celles des sutures dans les 24 heures suivant l'apparition de la plaie, relativement coûteuse ; une directive/un protocole médical peut s'avérer nécessaire.
Alginates de calcium	Plaies moyennement à fortement exsudatives Hémostatique	1, 2 ou 3	Peut assécher le lit de la plaie en cas d'exsudat inadéquat ; un pansement secondaire est nécessaire.
Fibres gélifiantes	Plaies moyennement à fortement exsudatives	2 ou 3	Aucune propriété hémostatique ; peut assécher le lit de la plaie en cas d'exsudat inadéquat ; un pansement secondaire est nécessaire.
Pansement acrylique	Plaie peu à moyennement exsudative sans signe de saignement ; peut rester en place pour une durée prolongée.	1, 2 ou 3	Des précautions particulières doivent être prises lors du retrait ; doit uniquement être utilisé conformément aux indications et être porté pour une durée prolongée.
Considération particulière concernant les déchirures cutanées infectées			
Catégorie de produits	Indications	Type de déchirure cutanée	Éléments à prendre en considération
Pansements au bleu de méthylène et au violet de gentiane	Action antimicrobienne à large spectre efficace, y compris contre les organismes résistants aux antibiotiques	1, 2 ou 3	Non traumatique pour le lit de la plaie ; à utiliser en cas d'infection locale ou profonde du tissu suspectée ou avérée ; un pansement secondaire est nécessaire.
Pansements à l'argent ionique	Action antimicrobienne à large spectre efficace, y compris contre les organismes résistants aux antibiotiques	1, 2 ou 3	À ne pas utiliser de manière indéfinie ; contre-indiqué chez les patients allergiques à l'argent ; à utiliser en cas d'infection locale ou profonde suspectée ou confirmée ; dans la mesure du possible, utiliser des produits non adhésifs pour limiter le risque de traumatisme supplémentaire.
La présente liste de produits n'est pas exhaustive ; il peut exister d'autres produits pertinents pour le traitement des déchirures cutanées.			

Encadré 2 | Conseils pratiques

- Tracer une flèche sur le pansement pour indiquer le sens de retrait adéquat et veiller à ce que ce point soit clairement expliqué dans les notes.
- Pour limiter le traumatisme, des dissolvants pour adhésifs peuvent être utilisés lors du retrait du pansement.
- Prendre le temps nécessaire pour retirer le pansement lentement.
- Envisager l'utilisation d'un produit barrière cutanée pour protéger le pourtour de la plaie (par exemple, pour éviter la macération si la plaie est fortement exsudative).
- Utiliser un émollient pour ramollir et assouplir une surface de peau plus large et éviter toute nouvelle déchirure.
- Continuer à surveiller la plaie pour détecter tout changement ou signe d'infection ; s'il n'y a pas d'amélioration (par exemple, après quatre évaluations) ou si la plaie se détériore, orienter le patient vers un spécialiste conformément au protocole local.

PRODUITS DE TRAITEMENT DES PLAIES POUR PEAUX FRAGILES

En cas de déchirure cutanée, il est primordial que les produits choisis pour traiter la plaie optimisent sa cicatrisation et n'augmentent pas le risque d'apparition d'autres lésions cutanées. Ces produits doivent inclure des pansements spécialisés, des produits de nettoyage et d'hydratation de la peau.

Le pansement idéal pour gérer les déchirures cutanées doit :

- contrôler les saignements ;
- être facile à appliquer et à retirer ;
- ne pas entraîner de traumatisme lors de son retrait ;
- fournir une barrière protectrice contre les cisaillements ;
- optimiser les conditions du processus physiologique de cicatrisation (par exemple, l'hydratation, l'équilibre bactérien, la température et le pH) ;
- être souple et épouser les contours de la plaie ;
- Assurer une préservation sûre et non agressive ;
- permettre une durée de port prolongée ;
- optimiser les facteurs de qualité de vie et cosmétiques ;
- ne pas être toxique ;
- être économique (Carville et Smith, 2004 ; Wounds International, 2017).

Le guide de sélection des produits (LeBlanc *et al.*, 2016) a été développé après examen des catégories de produits de traitement des plaies actuellement disponibles sur le marché mondial. Les pansements ont été évalués en fonction de leur capacité à créer un environnement de cicatrisation humide pour les plaies, tout en protégeant les peaux fragiles de l'apparition de toute autre plaie. L'analyse des produits, associé aux conclusions de la revue de la littérature, a permis au groupe de l'ISTAP de développer un guide de sélection (tableau 2). Une méthode de Delphi modifiée en 3 étapes a été utilisée pour parvenir à un consensus sur les éléments du guide de sélection des produits.

AUTRES PRODUITS (NON ÉNUMÉRÉS CI-DESSUS)

Les produits suivants n'ont pas été inclus dans le guide d'origine de sélection des produits (LeBlanc *et al.*, 2016) mais l'ont été depuis, avec l'apparition de preuves cliniques les concernant.

Pansements au miel de *Leptospermum*

- Johnson et Katzman (2015) ont rapporté que l'utilisation de pansements au miel de *Leptospermum* permettait d'obtenir des taux de cicatrisation comparables à ceux des produits du guide de l'ISTAP.
- Le miel de *Leptospermum* agit par osmose et l'on pense que son pH bas (de 3,5 à 4,5) aide à moduler le pH de la plaie, ce qui contribue à créer un environnement acide favorable à la cicatrisation de la plaie (Acton et Dunwoody, 2008 ; Chaiken, 2010).
- L'application de miel approvisionne le lit de la plaie en peroxyde d'hydrogène physiologiquement non toxique et l'activité d'osmose du miel extrait le liquide interstitiel de la plaie et favorise le débridement autolytique (Amaya, 2015).
- Les pansements au miel de *Leptospermum* sont disponibles dans divers formats, y compris sous forme de pansements d'alginate de calcium et de plaques d'hydrogel colloïdal.

Pansements au polyhexaméthylène biguanide (PHMB)

- Le PHMB a été intégré à une large gamme de produits de cicatrisation des plaies, y compris les gels, les couches de contact non adhérentes, les pansements en mousse ou gaze (Butcher, 2012).
- Le PHMB n'a pas été inclus dans le guide des produits de l'ISTAP dans la mesure où son utilisation dans la prise en charge des déchirures cutanées n'a été approuvée à plus de 80 %. L'ISTAP a émis l'hypothèse que cela pouvait être dû à une méconnaissance globale des différentes formes disponibles (LeBlanc *et al.*, 2016).
- Les hydrogels, les interfaces non adhérentes et les mousses ayant été inclus dans le guide de produits de l'ISTAP et que le PHMB est un produit antimicrobien efficace, les soignants peuvent envisager de l'utiliser s'ils estiment qu'il est approprié, en fonction de l'état du lit de la plaie.

PRODUITS NON RECOMMANDÉS POUR TRAITER LES DÉCHIRURES CUTANÉES

Pansements à base d'iode

- L'iode cause l'assèchement de la plaie et de la peau du pourtour de la plaie. Le groupe de révision international soutient que les facteurs de risque importants pour le développement des déchirures cutanées sont la peau sèche et les produits à base d'iode qui ne doivent pas être utilisés pour la prise en charge des déchirures cutanées ou chez les patients présentant un risque de déchirures cutanées (LeBlanc *et al.*, 2016).

Encadré 3 | Considération particulière : œdème périphérique

- L'œdème du membre inférieur est bien documenté comme étant un facteur contribuant à un retard de cicatrisation, quelle que soit l'étiologie de la plaie (Lindsay et White, 2007).
- En cas de déchirure cutanée au membre inférieur, il est nécessaire d'évaluer le risque d'œdème périphérique et sa cause (LeBlanc *et al.*, 2016 ; Wounds UK, 2015).

Films/pansements hydrocolloïdes

- Les films et les hydrocolloïdes sont couramment utilisés pour les plaies peu profondes et comme pansements secondaires ; ils n'ont toutefois pas reçu l'approbation de 80 % et n'ont donc pas été inclus dans le guide des produits de l'ISTAP (LeBlanc *et al.*, 2016).
- Les films et pansements hydrocolloïdes contiennent un composant fortement adhésif qui pourrait favoriser les déchirures cutanées liées aux adhésifs médicaux (McNichol *et al.*, 2013).
- Les pansements et films hydrocolloïdes ne sont pas recommandés chez les patients présentant des déchirures cutanées ou un risque élevé de déchirures cutanées.

Bandes de suture cutanée

- Selon les experts, les bandes adhésives ne constituent plus la meilleure option de traitement des déchirures cutanées (LeBlanc *et al.*, 2016 ; Holmes *et al.*, 2013 ; Wounds UK, 2015).

Gaze

- L'utilisation de gaze n'est pas recommandée, dans la mesure où elle ne permet pas de maintenir le lambeau en place et où il existe un risque accru de déplacement du lambeau lors du changement du pansement secondaire, ce qui augmente le risque de nécrose cutanée (Nursing Times, 2003).

Prévention des déchirures cutanées

Dans la mesure du possible, la prévention doit être l'objectif principal lors de l'évaluation et de la mise en œuvre des soins des déchirures cutanées. Le principe de base est qu'en contrôlant les facteurs de risque modifiables, la bonne santé de la peau peut être maintenue et toute plaie peut être évitée.

La prévention repose sur les mêmes principes que ceux applicables à l'identification des facteurs de risque :

1. Etat général
2. Mobilité
3. Peau

Le guide de référence abrégé du programme de réduction des risques de l'ISTAP est illustré ci-dessous (tableau 3).

Il est important d'évaluer les facteurs de risque du patient, puis d'évaluer les éléments suivants :

- les besoins individuels du patient ;
- les besoins du soignant et sa formation ;
- l'environnement médical.

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES DÉCHIRURES CUTANÉES

Un traitement émollient doit être envisagé comme élément fondamental des soins cutanés pour les patients dont la peau est vieillissante. L'utilisation d'émollients favorise la bonne santé de la peau ; il est d'ailleurs démontré qu'une application deux fois par jour permet de réduire l'incidence des déchirures cutanées de 50 % (Carville *et al.*, 2014).

Les produits émollients sont disponibles sous forme de produits hydratants (crèmes, pommades et lotions), d'huiles de bain, de gels et de substituts de savon (NICE, 2015). Les émollients simples fonctionnent en « emprisonnant » l'humidité dans la peau et en diminuant les pertes d'eau par

Tableau 3. Guide de référence rapide du programme de réduction des risques de l'ISTAP		
Facteur de risque	Individu	Personnel soignant/Prestataire de soins
Santé générale	Informer le patient (si les fonctions cognitives ne sont pas réduites) Optimiser la nutrition et l'hydratation	Environnement sûr du patient Informer l'utilisateur et le personnel soignant Protéger des plaies auto-infligées Consultant en diététique Noter toute masse corporelle extrême (insuffisance pondérale/surpoids) Passer en revue la polymédication
Mobilité	Encourager des activités (si la fonction physique n'est pas réduite) Sélection et utilisation adéquate d'appareils d'assistance	Évaluation et surveillance quotidienne de toute déchirure cutanée Manipulation du patient/des équipements en toute sécurité, y compris transfert et repositionnement corrects du patient Programme de prévention des chutes (dégager tout encombrement, s'assurer que l'éclairage est suffisant) Rembourrer les équipements Éviter les ongles longs/les bijoux
Peau	Encourager la prise de conscience de la fragilité de la peau causée par les médicaments Porter des vêtements de protection Hydrater la peau Avoir les ongles coupés courts	Hygiène de la peau : eau tiède, nettoyants sans savon au pH neutre, hydratation de la peau Éviter les pansements, bandes ou autres produits fortement adhésifs Éviter les ongles longs/les bijoux

évaporation, tandis que les émoullients contenant des substances supplémentaires connues sous le nom d'humectants (par exemple, l'urée) fonctionnent différemment en attirant l'humidité de manière active depuis le derme vers l'épiderme et en compensant le faible niveau d'agents hydratants naturels de la peau (Wounds UK, 2015).

Le choix du patient est un facteur vital, tout comme la disponibilité et le coût, à prendre en considération pour le traitement émoullient et pour le choix des produits à utiliser. Par exemple, les pommades contiennent plus d'huile que les crèmes émoullientes, ce qui peut les rendre plus efficaces, mais elles sont plus grasses et peuvent être plus difficiles à nettoyer. Cependant, les émoullients contenant des humectants produisent des effets de réhydratation similaires mais sont moins « lourds » et plus acceptables sur le plan cosmétique pour les patients et peuvent améliorer la qualité de vie des patients et leur observation du traitement (Wounds UK, 2015).

La toilette du patient doit être prise en compte, des produits émoullients et des produits à pH neutre devant être utilisés pour remplacer le savon, le cas échéant. La fréquence des toilettes doit être limitée dans la mesure du possible (cependant, le choix du patient doit à nouveau être pris en considération). La température de l'eau ne doit pas être trop élevée ; la peau du patient doit être séchée en la tapotant délicatement (sans frotter) à l'aide d'une serviette ou d'un linge doux et non abrasif pour la peau.

Le programme de prévention des déchirures cutanées doit aussi comprendre des éléments plus généraux et tenir compte de la santé générale du patient, comme l'optimisation de sa nutrition et de son hydratation. Les patients dont le poids se situe dans les extrêmes (bariatrique, cachectique ou excessivement mince) nécessitent des soins supplémentaires pour éviter des déchirures cutanées. Les problèmes de polymédication doivent être pris en considération, le cas échéant, et faire l'objet d'une attention particulière.

Les patients souffrant de démence ou de problèmes de santé mentale (par exemple, lorsque l'agressivité est un problème), dont la peau est fragile/âgée et qui présentent un risque de déchirures cutanées, doivent également faire l'objet de mesures supplémentaires afin d'éviter les déchirures cutanées, dans la mesure du possible.

Encadré 4 | Check-list de soins autonomes destinée aux patients présentant un risque de déchirures cutanées (adaptation d'après Wounds UK, 2015)

- Ai-je bénéficié d'un programme de soins cutanés personnalisé ?
- Est-ce que j'utilise un émoullient tous les jours ?
- Ai-je une alimentation saine et est-ce que je bois suffisamment d'eau ?
- Suis-je suffisamment actif/active et mobile ?
- Ai-je envisagé de porter des vêtements susceptibles de protéger ma peau (manches longues, protège-tibias ou bandages tubulaires) ?
- Ai-je fait en sorte que mon environnement soit aussi sûr que possible (éclairage adéquat, absence d'obstacle et rembourrage des meubles, par exemple) ?
- Est-ce que je porte des chaussures adéquates/confortables pour éviter les chutes ?

Dans certaines régions du monde, il est possible, en établissement hospitalier, que les patients désorientés et agités soient immobilisés pour les empêcher de bouger. L'utilisation de ces appareils de contention doit être interdite, tout particulièrement en ce qui concerne les déchirures cutanées. Il est à noter que les appareils de contention ne sont pas utilisés dans de nombreuses régions du monde.

Il convient d'inciter les patients dont la mobilité pose problème à se mobiliser activement dans la mesure du possible, d'envisager l'utilisation de dispositifs d'assistance et d'évaluer les facteurs de risque associés (voir la section « Environnement de soins » ci-dessous). Il est nécessaire de développer un programme de prévention des chutes et de le mettre en œuvre chez les patients à risque.

AUTONOMIE DES PATIENTS

Dans la mesure du possible, il convient d'encourager les patients capables de le faire à réaliser leurs soins de manière autonome, y compris l'application de produits émollients et hydratants, le cas échéant. Ces soins peuvent être intégrés au sein des activités quotidiennes du patient.

La sensibilisation des patients aux déchirures cutanées et à l'état général de leur peau peut être bénéfique, ainsi que le fait de les encourager à surveiller leur propre peau pour détecter tout changement. Les patients doivent également être encouragés à prendre conscience des risques et à être attentifs à leur environnement, afin d'éviter toute blessure auto-infligée sur une peau fragile (voir la section « Environnement médical » ci-dessous).

Les patients concernés peuvent recevoir une check-list de soins à réaliser en toute autonomie afin de surveiller l'état de leur peau et leur bien-être général (voir encadré 4, p. 17).

ENVIRONNEMENT MÉDICAL

Il convient de prendre en considération, dans le cadre des soins, les patients qui risquent de subir des déchirures cutanées, afin de minimiser le risque de traumatisme potentiel. Celle-ci doit inclure des facteurs tels que :

- Éviter les frottements et les cisaillements et veiller à employer des techniques de manipulation adéquates et des dispositifs tels que les lève-personnes et les alaises de positionnement, le cas échéant.
- Rembourrer les équipements et les meubles si nécessaire ou conformément au protocole.
- Assurer un environnement général sûr, par exemple, s'assurer de la présence d'un éclairage approprié et retirer tout obstacle manuel, tout particulièrement pour les patients souffrant de problèmes de vue ou ayant des problèmes cognitifs.
- Évaluer le risque de chutes, le cas échéant.
- Mettre en œuvre le protocole de dépistage et de prévention du délire ou de la confusion.
- Encourager l'utilisation de dispositifs ou de vêtements protecteurs, tels que les protège-tibias, les manches longues et/ou les bandages/tricots tubulaires, lorsque cela est nécessaire.
- Éviter les ongles longs ou les bijoux au contact du patient.

FORMATION DU SOIGNANT

La formation et la prise de conscience sont fondamentales pour la prévention des déchirures cutanées et il est nécessaire que les soignants soient informés et conscients des facteurs de risque et sachent comment les limiter chez leurs patients.

Il est important de souligner que les soignants impliqués ne doivent pas uniquement comprendre le personnel infirmier et les assistants médicaux mais tous les membres de l'équipe de soins pluridisciplinaire (par exemple, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes et autres spécialistes). Une approche pluridisciplinaire des soins est primordiale.

Pour cela, les soignants doivent prendre conscience des risques pratiques (voir la section « Environnement de soins » ci-dessus), être informés de l'importance de l'état de santé général de la peau, être conscients des facteurs de risque chez les patients dont la peau est âgée/fragile, et limiter les risques autant que possible. Il est important d'impliquer l'utilisateur et le personnel soignant dans toutes les activités d'information et d'écouter leurs commentaires.

Conclusions et futur

Bien que la question des déchirures cutanées ait fait l'objet d'une attention accrue au cours des dernières années, il existe encore des lacunes en termes de connaissances et de sensibilisation, ainsi que des domaines nécessitant des recherches plus approfondies ; c'est le cas de la collecte de données de prévalence qui revêt une grande importance pour les études à venir.

La principale conclusion du groupe est qu'il est nécessaire de normaliser la terminologie de façon à faciliter l'identification correcte et la prise en charge ultérieure, mais aussi de développer un système de classification validé et normalisé visant à favoriser les bonnes pratiques dès les premières étapes de soins.

Bien que certaines déchirures cutanées soient inévitables, la prévention doit, si possible, prévaloir. Pour ce faire, il convient de renforcer la vigilance, la sensibilisation et la formation des soignants, d'encourager les soins autonomes et la sensibilisation de tous les patients concernés ainsi que l'implication du personnel soignant.

Lors de l'apparition d'une déchirure cutanée, la prise en charge de la lésion doit reposer sur le choix de produits adéquats, en évitant tout traumatisme supplémentaire de la peau et en tenant compte de la fragilité du pourtour de la plaie dans tous les processus de prise de décision.

L'effet des déchirures cutanées sur la qualité de vie du patient n'est pas entièrement connu ; il est nécessaire de poursuivre les recherches pour mieux connaître les expériences et les perspectives des patients. Les déchirures cutanées peuvent provoquer des douleurs et des complications susceptibles de retarder leur cicatrisation. Le cas échéant, leur prévention et leur prise en charge méritent la plus grande attention.

Annexe : Bonnes pratiques recommandées par l'ISTAP mises à jour en 2018

DÉCLARATION 1

La formation de déchirures cutanées est due à différents facteurs intrinsèques et extrinsèques, dont certains restent à déterminer.

DÉCLARATION 2

Altérant la capacité de la peau à résister au cisaillement, à la friction et/ou aux traumatismes contondants, les déchirures cutanées sont plus fréquentes chez les individus très jeunes ou très âgés mais sans s'y limiter.

DÉCLARATION 3

Le risque de déchirures cutanées est plus élevé chez les individus présentant une activité physique, une mobilité ou des fonctions sensorielles et cognitives réduites, ainsi que des comorbidités ou des problèmes de polymédication.

DÉCLARATION 4

Les facteurs de risque de déchirures cutanées doivent être évalués pour tous les individus, dans le contexte de leur environnement.

DÉCLARATION 5

Une approche interdisciplinaire et collaborative, incluant le patient, le personnel soignant et la famille, doit être adoptée dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des déchirures cutanées.

DÉCLARATION 6

Il est nécessaire d'évaluer et de documenter régulièrement les déchirures cutanées selon un système normalisé au niveau international.

DÉCLARATION 7

Le traitement des déchirures cutanées doit reposer sur des principes de soins des plaies basés sur des preuves.

DÉCLARATION 8

Les patients, les familles, le personnel soignant et les prestataires de soins doivent être informés sur la prévention et la prise en charge des déchirures cutanées.

DÉCLARATION 9

Toutes les déchirures cutanées ne peuvent être évitées.

DÉCLARATION 10

Il est nécessaire de poursuivre les recherches pour approfondir les connaissances scientifiques et déterminer les bonnes pratiques en matière de prévision, de prévention, d'évaluation, de traitement et de documentation des déchirures cutanées.

Références

- Acton C, Dunwoody G (2008) The use of medical grade honey in clinical practice. *British J Nursing* 17(20): S38-44
- Amaral AFS, Pulido KC, Santos VLCCG (2012) Prevalence of skin tears among hospitalized patients with cancer. *Rev Esc Enferm*. Available online at: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nsp/en_07.pdf (accessed 18.12.2017)
- Amaya R (2015) Safety and efficacy of active leptospermum honey in neonatal and paediatric wound debridement. *Journal of Wound Care* 24(3): 95-103
- Butcher M (2012) PHMB: an effective antimicrobial in wound bioburden management. *Br J Nurs* 21(12): S16-21
- Carville K, Leslie G, Osseiran-Moisson R et al (2014) The effectiveness of a twice-daily skin-moisturising regimen for reducing the incidence of skin tears. *Int Wound J* 11: 446-53
- Carville C, Lewin G (1998) Caring in the community: a prevalence study. *Prim Intent* 6: 54-62
- Carville K, Lewin G, Newall N et al (2007) STAR: a consensus for skin tear classification. *Prim Intent* 15(1): 18-28
- Carville K, Smith J (2004) A report on the effectiveness of comprehensive wound assessment and documentation in the community. *Prim Intent* 12(1): 41-9
- Chaiken N (2010) Pressure ulceration and the use of Active Leptospermum honey for debridement and healing. *Ostomy Wound Manage* 56(5): 12-4
- Chang YY, Carville K, Tay AC (2016) The prevalence of skin tears in the acute care setting in Singapore. *Int Wound J* 13(5): 977-83
- Clothier A (2014) Assessing and managing skin tears in older people. *Nurse Prescribing* 12(6): 278-82
- Holmes RF, Davidson MW, Thompson BJ, Kelechi TJ (2013) Skin tears: care and management of the older adult at home. *Home Healthcare Nurse* 31(2): 90-101
- Hsu M, Chang S (2010) A study on skin tear prevalence and related risk factors among inpatients. *Tzu Chi Nurs J* 9(4):84-95
- Johnson C, Katzman M (2015) Managing skin tears with MEDIHONEY. *Ostomy Wound Manage* 61(6): 8-9
- Koyano K, Nakagami G, Iizaka, S, et al (2016). Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long-term medical facility in Japan. *Int Wound J* 13(2):189-97
- LeBlanc K (2017) Skin tear prevalence, incidence and associated risk factors in the long-term care population. Available online at: <http://hdl.handle.net/1974/22678> (accessed 26.01.2018)
- LeBlanc K, Baranoski S (2011) Skin tears- State of the science: Consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Advances in Skin & Wound Care* 24(9): 2-15
- LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D et al (2013) International Skin Tear Advisory Panel: A tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears using a Simplified Classification System. *Adv Skin Wound Care* 26(10): 459-76
- LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D et al (2016) The art of dressing selection: a consensus statement on skin tears and best practice. *Adv Skin Wound Care* 29(1): 32-46
- LeBlanc K, Baranoski S, Langemo D et al (2014) A descriptive cross sectional international study to explore current practices in the assessment, prevention and treatment of Skin Tears. *Int Wound J* 11(4), 424-9
- LeBlanc K, Christensen D, Orsted HL, Keast DH (2008) Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada* 6(1):14-32
- LeBlanc K, Christensen D, Cook J et al (2013) Prevalence of skin tears in a long-term care facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 40(6): 580-4
- Lindsay E, White R, eds (2007). *Leg Ulcers and Problems of the Lower Limb - An Holistic Approach*. Wounds, Aberdeen
- Maida V, Ennis M, Corban J (2012) Wound outcomes in patients with advanced illness. *Int Wound J* 9(6): 683-92
- Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J (1991) The epidemiology of skin tears in the institutionalised elderly. *Journal of American Geriatric Society* 39; 6: 591-5
- McErlean BS (2004) Skin tear prevalence and management at one hospital. *The Australian Journal of Wound Management* 12(2):83-8
- McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M (2013) Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. *Orthop Nurse* 32(5): 267-81
- Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (2013) Drug safety warning: Aqueous cream may cause skin irritation. MHRA. <http://www.gov.uk/drug-safety-update/aqueous-cream-may-cause-skin-irritation> (accessed 21.01.2017)
- Moncrieff G, Van Onselen J, Young T (2015) The role of emollients in maintaining skin integrity. *Wounds UK* 11(1): 68-74
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2015) Tacrolimus and pimecrolimus for atopic eczema (TA82) Quick reference guide. NICE, London. Available online at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta82> (accessed 20.12.2017)
- Nursing Times (2003) The management of skin tears. Available online at: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/wound-care/the-management-of-skin-tears/205615.article> (accessed 01.03.2018)
- Payne RL, Martin ML (1993) Defining and classifying skin tears: need for a common language. *Ost Wound Manage* 39(5): 16-20, 2
- Rayner R, Carville K, Leslie G, Roberts P (2015) A review of patients and skin characteristics associated with skin tears. *J Wound Care* 24(9): 406-14
- Sanada H, Nakagami G, Koyano Y et al (2015) Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int* 15(8): 1058-63
- Santamaria N, Carville K, Prentice J (2009) Woundswest: identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. *EWMA J* 9(3):13-8
- Sibbald RG, Leaper DJ, Queen D (2011) Iodine Made Easy. *Wounds International* 2(2). Available online at: http://www.woundsinternational.com/media/issues/417/files/content_9860.pdf (accessed 18.12.2017)
- Skiveren J, Wahlers B, Bermark S (2017) Prevalence of skin tears in the extremities among elderly residents at a nursing home in Denmark. *J Wound Care* 26(Sup2): S32-6
- Stephen Haynes J, Carville K (2011) Skin Tears Made Easy. *Wounds International* 2(4): 1-6
- Strazzieri K, Picolo G, Gonçalves T, Gouveia Santos VL (2017) Incidence of skin tears and risk factors: A systematic literature review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44(1): 29-33
- Voegeli D (2007) Factors that exacerbate skin breakdown and ulceration, In: *Skin Breakdown, the silent epidemic*. Smith and Nephew Foundation. Hull.
- Woo K, Sear K, Almost J et al (2015) Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health settings in Ontario using administrative data. *Int Wound J* 1: 24-30
- World Health Organization (2010) International Classification of Diseases. Available online at: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (accessed 18.12.2017)
- Wounds International (2017) Quick Guide: Managing skin tears in practice. Available online at: <http://www.woundsinternational.com/quick-guides/view/managing-skin-tears-in-practice> (accessed 18.12.2017)
- Wounds UK (2012) Care of the older person's skin: Best practice statement (2nd edition). Available online at: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10649.pdf (accessed 18.12.2017)
- Wounds UK (2015) All Wales Guidance for the prevention and management of skin tears. Available online at: http://www.welshwoundnetwork.org/files/8314/4403/4358/content_11623.pdf (accessed 18.12.2017)
- Wounds UK (2017) Findings from a multidisciplinary focus group meeting to discuss the issue of medical adhesive-related skin injury (MARS) in the UK: the way forward. Available online at: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/findings-from-a-multidisciplinary-focus-group-meeting-to-discuss-the-issue-of-medical-adhesive-related-skin-injury-marsi-in-the-uk-the-way-forward> (accessed 9.2.2017)

CONSENSUS INTERNATIONAL

Publication de Wounds International
www.woundsinternational.com