MAI 2020

PRATIQUES EXEMPLAIRES DE L'ISPSCC: INTÉGRITÉ CUTANÉE DES PATIENTS EN SOINS CRITIQUES

Avec emphase particulière pour les patients en soins critiques atteints de la COVID-19

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE CANADA

+1 888-739-5072

office@nswoc.ca

www.nswoc.ca

REMERCIEMENTS

Publié par: ISPSCC
Panel d'experts:

Kimberly LeBlanc, PhD, IA, ISPSC, PSCC (C), IIWCC, présidente de l'Institut d'enseignement en plaies, stomies et continence, Ottawa, ON

Corey Heerschap, MScCH, BScN, IA, ISPSC, PSCC (C), IIWCC, PhD (étudiant), infirmier clinicien spécialisé en plaies et stomies, Royal Victoria Regional Health Centre, Barrie, ON

Julia Bresnai-Harris, BN, IA, ISPSC, TVN, infirmière en viabilité tissulaire, Imperial College Healthcare NHS Trust, Londres, Royaume-Uni

Britney Butt, MCISc-WH, BScN, IA, ISPSC, PSCC (C), infirmière clinicienne spécialisée en plaies et stomies, North York General Hospital, North York, ON

Valerie Chaplain BScN, IA, ISPSC, PSCC(C), infirmière clinicienne spécialisée en plaies et stomies, Hôpital Montfort, Ottawa, ON

Dr Lorne Wiesenfeld, MDCM, FRCPC, vice-doyen, Formation médicale postdoctorale, Université d'Ottawa, Ottawa, ON.

Ce document devrait être cité de la façon suivante:

LeBlanc K, Heerschap C, Bresnai-Harris J, Butt B, Chaplain V, Wiesenfeld, L. 2020. Pratiques exemplaires de l'ISPSCC: intégrité cutanée des patients en soins critiques avec emphase particulière pour les patients en soins critiques atteints de la COVID-19. ISPSCC. Disponible au: www.nswoc.ca

Avertissement: Les professionnels de la santé peuvent télécharger et reproduire ce document à des fins éducatives. Le document ne peut pas être utilisé pour promouvoir les ventes d'appareils médicaux et ne peut pas être acheté ou vendu.

Réviseurs:

Nicole Pitcher, IA, BScN, MCISc-WH, ISPSC
Nevart Hotakorzian, IA, BScN, ISPSC
Erin Rajhathy, IA, BScN, MCISc, ISPSC, PSCC(C)
Samantha Holloway, IA, MSc in Wound Healing and Tissue Repair

TABLE DES MATIÈRES

Contexte....4
Déchirures Cutanées....5
Facteurs de risque des déchirures cutanées....5
Prévention et traitement des déchirures cutanées....6
Lésion cutanée associée aux adhésifs médicaux (LCAAM)....7
Facteurs de risque des lésions cutanées associées aux adhésifs médicaux....8
Prévention et traitement des lésions cutanées associées aux adhésifs médicaux....8
Les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH)....9
Facteurs de risque pour les dommages cutanés associés à l'humidité....10
Prévention et traitement des dommages cutanés associés à l'humidité....10
Différences entre la dermatite d'incontinence et les lésions de pression stade 1,2 et lésion des tissus profonds....11
Lésion de pression (LP)....12
Lésion de pression associée aux équipements médicaux....13
Prévention et prise en charge des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant....14
Facteurs de risque des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant....14
Prévention et de prise en charge des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant....15
Facteurs de risque pour le développement de lésions de pression associées aux équipements médicaux chez les individus alités ou en fauteuil roulant....15
Prévention et de prise en charge des lésions de pression associées aux équipements médicaux chez les individus alités ou en fauteuil roulant....16
Patuents COVID-19 nécessitant un positionnement en pronation: Considérations spéciales....17
Stratégies de prévention pour les patients nécessitant un positionnement en pronation – Protection de la figure....19
Considérations spéciales pour le maintien de l'intégrité de la peau chez les patients qui reçoivent des fortes doses de vasopresseurs....20
Messages cliniques clés....21
Références....22

CONTEXTE

L’objectif de ce document est de fournir aux professionnels de la santé des recommandations pour la prévention et la gestion des problèmes d'intégrité de la peau fréquemment rencontrés chez les patients en soins critiques. Dans le contexte actuel de pandémie à la COVID-19 il est important que les professionnels de la santé soient au courant des principales altérations cutanées chez les patients en soins critiques. Les problèmes cutanés fréquemment rencontrés incluent: déchirures cutanées (DCs), Dommages cutanées associés à l’humidité (DCAH), lésion cutanée associée aux adhésifs médicaux (LCAAM), lésions de pressions (LPs) et lésions associées aux équipements médicaux (LAEM).

La pandémie de coronavirus (COVID-19), signalée pour la première fois en Chine fin 2019, est une maladie virale qui, dans certains cas, peut être fatale.[1] Des centaines de milliers de décès ont été signalés dans le monde, mais on estime que 80% des personnes infectées se rétabliront sans nécessiter de traitement particulier. [1,2] Bien que la plupart des personnes présentent des symptômes bénins et se rétablissent sans complications, environ 20% des personnes infectées développeront des problèmes respiratoires. Les personnes souffrant de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les personnes âgées semblent être plus à risque de développer de graves complications respiratoires en raison du COVID-19.[1] Alors que les problèmes d'intégrité de la peau sont connus pour avoir un impact sur les patients gravement malades, la COVID-19 a entraîné une augmentation spectaculaire du nombre de patients cliniquement malades dans le monde, mettant à l’avant plan l'importance des pratiques pour le maintien de l’intégrité cutanée.

Comme pour les autres infections virales, les symptômes associés à COVID-19 incluent: fièvre, toux, essoufflement et fatigue. Il existe également des symptômes moins courants associés à COVID-19 tel que: myalgie, congestion nasale, perte de goût et / ou d'odeur, douleurs abdominales, diarrhée et éruptions cutanées.[3]

Pour certaines personnes, l’infection vitale peut présenter un exanthème (éruption cutanée diffuse) souvent accompagné de symptômes systémiques (fièvre, maux de tête), d’un urticaire aigu d’apparition soudaine, de vésicules croûtées (similaires à celles de la varicelle), d’éruption maculo-papullaire (morbilliforme), de livedo réticulé ou d’éruptions pétéchiales.[4,5]

Les enfants sont souvent asymptomatiques, cependant, des évidences sont en émergences indiquant que les enfants pourraient présenter des problèmes cutanés variés.[5]

DÉCHIRURES CUTANÉES

Les déchirures cutanées sont des « plaies traumatiques causées par des forces mécaniques, y compris le retrait des adhésifs. La gravité peut varier selon la profondeur (sans s'étendre au-delà de la couche sous-cutanée).[6] La classification est basée sur l'ampleur de la perte du « lambeau cutané».[7] Le lambeau d'une déchirures cutanées est défini comme une partie de la peau (épiderme / derme) qui s'est involontairement séparée (partiellement ou entièrement) de son emplacement d'origine en raison du cisaillement, de la friction et / ou d'une force contondante. Ce concept ne doit pas être confondu avec un tissu qui est intentionnellement détaché de son site d'origine à des fins thérapeutiques - par ex. greffe de peau chirurgicale. [8] Chez les personnes dont la peau est fragilisée, moins de force est requise pour provoquer une blessure traumatique, ce qui signifie que le risque de déchirures cutanées est accru.[7] Les déchirures cutanées sont classées par type.[6]

Classification des déchirures cutanées

Type 1: Sans perte tissulaire	Type 2: Perte tissulaire partielle	Type 3: Perte tissulaire totale
Déchirure linéaire ou en lambeau qui peut être repositionnée pour recouvrir le lit de la plaie	Perte partielle du lambeau qui ne peut pas être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie	Perte totale du lambeau exposant le lit de la plaie en entier

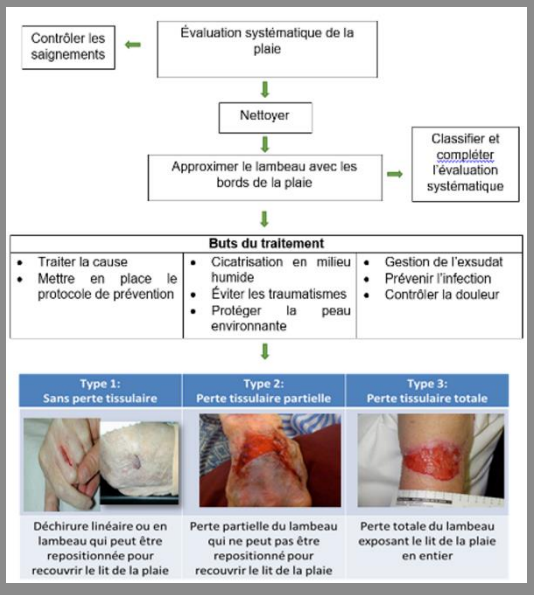
Chaplain et al, 2017, Version anglophone originale: Le Blanc et al, 2013

Facteurs de risque des déchirures cutanées (DC) [6]

- Antécédents de déchirure cutanée
- Atrophie cutanée et autres changements cutanés associés au vieillissement
- Assistance pour soins personnels
- Œdème périphérique
- Utilisation d'adhésifs médicaux
- Co-morbidités multiples
- Antécédents de chutes

Prévention et traitement des déchirures cutanées (DC) [6,7]

- **Prévention**
  - o Protéger des traumatismes
    - Évitez d'utiliser des produits adhésifs sur une peau fragile. Sélectionnez le type d'adhésif en fonction des besoins cliniques.
    - Créer un environnement sécuritaire grâce à l'utilisation des vêtements ou des dispositifs de protection qui couvrent les membres; initier un protocole de prévention des chutes pour en réduire le risque ainsi que les traumatismes contondants associés.
    - Fournir une protection contre les traumatismes lors des soins quotidiens de base et les blessures auto-infligées (ongles courts).
    - Assurer des techniques de transfert et de levage appropriées pour éviter le cisaillement et la friction.
    - Fournir suffisamment de personnel qualifié pour éviter les frottements et les cisaillements lors du repositionnement.
    - Capitonner les ridelles du lit ou autres objets pouvant entraîner un traumatisme contondant.
    - Ne pas ajouter de nouveaux risques de traumatisme.
  - o Appliquer une crème hydratante hypoallergénique 1 à 2 fois par jour selon le type de crème hydratante.
  - o Encourager une hydratation orale et un apport nutritionnel adéquat
  - o Les gens ayant un poids extrêmes (bariatrie ou cachexie) nécessitent des soins supplémentaires pour éviter les déchirures cutanées.
  - o Minimiser les bains.
- **Traitement**
  - o Les déchirures cutanées sont des plaies aiguës qui peuvent cicatriser par première intention.
  - o Traditionnellement, les plaies qui cicatrisent par première intention présentent des sutures ou des agrafes.
    - Étant donné la fragilité des peaux âgées, les sutures et les agrafes ne sont pas des options acceptables, et d'autres méthodes sont nécessaires.
  - o Il est reconnu que l'œdème au membre inférieur contribue à retarder la cicatrisation des plaies, quelle que soit l'étiologie de celle-ci.
    - Lorsque des déchirures cutanées se produisent sur le membre inférieur, le risque et la cause d'un œdème périphérique potentiel doivent être évalués
  - o Choisir un pansement qui:
    - Permet de diminuer les traumatismes
    - Procure un milieu de cicatrisation humide
    - Permet de gérer la douleur



LÉSION CUTANÉE ASSOCIÉE AUX ADHÉSIFS MÉDICAUX (LCAAM)

Une lésion cutanée associée à un adhésif médical (LCAAM) est un dommage cutané résultant de l'exposition à des dispositifs médicaux adhésifs ou des produits médicaux adhésifs. Il s'agit d'une altération de l'intégrité cutanée dans laquelle un érythème et / ou d'autres altérations cutanées telles que déchirures cutanées, érosion, bulles ou vésicules persistent pendant 30 minutes ou plus après le retrait d'un adhésif.[9]

Lésion cutanée associée à un adhésif médical [6,9]		
Mécanique	**Arrachement cutané (épidermique)** Retrait mécanique d'une ou plusieurs couches de la couche cornée se produisant après le retrait du ruban adhésif ou du pansement; les lésions sont souvent superficielles et de forme irrégulière et la peau peut sembler brillante; les lésions ouvertes peuvent être accompagnées d'érythème et de formation de phlyctènes.	
	Lésion de tension ou phlyctène Lésion (séparation de l'épiderme du derme) causée par le cisaillement suite à la distension de la peau sous un ruban adhésif ou un pansement peu flexible, malgré leur application adéquate ou lorsqu'une articulation ou autre région mobile est couverte par un tel produit.	
	Déchirure cutanée Les déchirures cutanées sont des « plaies traumatiques causées par des forces mécaniques, y compris le retrait des adhésifs. La gravité peut varier selon la profondeur (sans s'étendre au-delà de la couche sous-cutanée).	
Dermatite	**Dermatite de contact irritative** La dermatite de contact irritative est une inflammation cutanée déclenchée par une exposition à un irritant externe à ne pas confondre avec une dermatite allergique.	
	Dermatite de contact allergique La dermatite de contacte allergique est une réponse inflammatoire à médiation immunitaire. Présentation similaire à la dermatite de contact irritative,	
Autre	**Macération** Surhydratation de la peau sous un produit adhésif.	
	Folliculite Inflammation des follicules pileux pouvant être associée à l'utilisation d'adhésifs.	

Facteurs de risque des lésions cutanées associées aux adhésifs médicaux (LCAAM)[9]

- L'utilisation d'adhésifs médicaux
- Peaux fragiles et à risque de présenter DC (voir ci-dessus)
- Utilisation répétée d'adhésifs sur un même site
- Allergie ou sensibilité aux produits adhésifs
- Croissance des poils dans la zone où les adhésifs sont appliqués
- Humidité emprisonnée sous un adhésif
- Mauvaise application ou mauvais retrait de l'adhésif

Prévention et traitement des lésions cutanées associées aux adhésifs médicaux (LCAAM) [6,7,9]

- Encourager et surveiller le maintien d'une nutrition et une hydratation adéquates.
- Évitez d'utiliser des produits adhésifs sur la peau fragile.
- Appliquer et retirer avec délicatesse
- Sensibiliser les professionnels de la santé, les usagers et les familles à l'importance d'une bonne utilisation des adhésifs dans TOUS les établissements de santé
- Sélectionner les produits en fonction des besoins cliniques
- Couper les poils
- Peau propre et sèche avant application d'adhésif
- Barrière protectrice cutanée liquide, à considérer
- Laisser la barrière protectrice sécher avant d'appliquer l'adhésif
- Évitez d'utiliser des agents qui augmentent les capacités adhésives
- Évitez d'utiliser des produits avec une forte adhésion en combinaison avec des dispositifs fournissant de la chaleur.
- Dans la mesure du possible, utilisez les produits les moins adhésifs
- Retirez lentement le ruban adhésif / le pansement adhésif en le maintenant à l'horizontal et près de la peau.
- Retirez dans le sens de la pousse des poils.
- Soutenir la peau au niveau de la ligne de retrait lorsque l'adhésif est retiré

LES DOMMAGES CUTANÉS ASSOCIÉS À L'HUMIDITÉ (DCAH)

Les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) résultent d'une exposition prolongée de la peau à l'humidité et qui par la suite devient trop hydratée ou érodée. L'humidité peut se présenter sous forme d'eau, de transpiration, d'urine et / ou de matières fécales, d'exsudat, de salive et / ou de mucus.[10,11] Les lésions cutanées associées à l'humidité se présentent souvent sous la forme d'une inflammation cutanée avec ou sans dégradation de celle-ci. [10,11] Il existe cinq différents types de dommages cutanés associés à l'humidité : Dermatite d'incontinence (DI), dermatite intertrigineuse (intertrigo), et DCAH périlésionnelle (incluant péri-tubulaire/drain and péri-fistulaire). [10] Ce document se concentrera sur la DI et l'intertrigo car ce sont les problèmes de peau liés au DCAH que l'on trouve le plus chez les patients gravement malades.

Dommages cutanés associés à l'humidité [10,11]		
Dermatite d'incontinence (DI)	La DI est une dermatite liée à l'exposition prolongée de la peau à l'urine ou aux selles	
Dermatite intertrigineuse (intertrigo)	L'intertrigo est une inflammation des plis cutanés, résultant de l'humidité, emprisonné dans ceux-ci.	
DCAH périlésionnel (incluant péri-tubulaire/drain et péri-fistulaire)	DCAH périlésionnel résulte d'une exposition prolongée à l'exsudat de la plaie	

Facteurs de risque pour les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) [10,11]

- Les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) sont causés par une exposition prolongée à diverses sources d'humidité et à leur composition, par exemple:
    - Urine ou selles
    - Transpiration
    - Exsudat
    - Mucus
    - Salive

Prévention et traitement des dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH) [10,11]

- Maintenir un plan de traitement structuré de soins de la peau.
- Assurer une nutrition et une hydratation adéquates et réduire la pression sur la peau pour favoriser la perfusion.
- Évaluer régulièrement le risque du patient pour les Dis.
- Fournir des alternatives à l'utilisation d'une toilette tels que des commodes au chevet et des urinoirs; minimiser l'incontinence avec des horaires programmés de séances aux toilettes.
- **Protection de la peau et gestion de l'humidité:**
    - Protégez la peau dénudée à l'aide de barrières en pâte OU de poudre de pectine suivie d'une pâte / crème barrière pour absorber le drainage et fournir une barrière contre les agents irritants.
    - Pour minimiser le piégeage de l'humidité et de la chaleur, considérer l'utilisation de culottes d'incontinence lorsqu'en dehors du lit et des piqués lorsqu'au lit.
    - Envisager l'utilisation d'appareils pour l'incontinence intraitable (faire affaire avec des ressources spécialisées ex., stomo -ISPSC)
    - Utiliser des produits pour la peau qui nettoient, hydratent et protègent.
    - Envisager des dispositifs externes (condoms urinaires, sacs collecteurs urinaires et fécales) avant les dispositifs de gestion interne.
- Réévaluer le plan de traitement et apporter des modifications si aucune amélioration.
- Envisager un traitement médicamenteux pour contrôler la diarrhée non infectieuse.
- Traiter les infections fongiques avec de la poudre ou de la crème antifongique, les infections bactériennes avec un antibiotique spécifique à l'organisme en cause et une dermatite allergique avec de la cortisone topique et des antihistaminiques oraux.

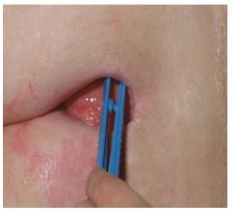
- **Pour la dermatite intertrigineuse:**
  - Nettoyer avec un produit à pH équilibré (5.5)
  - Nettoyage en douceur, sans frotter
  - Utiliser des débarbouillettes douces
  - Assécher sans frotter ou avec séchoir à cheveux (Réglage : air frais)
  - Empêcher le frottement peau contre peau
  - Réduire la chaleur et l'humidité dans les plis
  - Des produits textiles sont disponibles avec / sans argent pour aider avec la gestion des plis cutanés
  - Les textiles sont conçus pour gérer l'humidité, les odeurs et l'inflammation dans les plis cutanés et autres zones de contact peau à peau. Le textile améliore les symptômes associés à l'intertrigo tels que:
    - Macération
    - Inflammation
    - Prurit
    - Érythème
    - Lésions satellites

Différences entre la dermatite d'incontinence et les lésions de pression stade 1,2 et lésion des tissus profonds. [10,11]

	Dermatite d'incontinence		**Lésions de pression**		
	Catégorie 1	**Catégorie 2**	**Stade 1**	**Stade 2**	**Lésion tissus profonds**
Cause	Exposition à l'urine-selles		Exposition à la pression ou à la pression et au cisaillement.		
Localisation	Zone en contact avec l'urine et / ou les selles ou plis cutanés où l'urine et / ou les selles peuvent s'accumuler.		Habituellement au-dessus d'une proéminence osseuse ou une zone soumise à une pression externe (ex: dispositif médical)		
Forme	Bords irréguliers, diffus		Bords distincts, généralement au-dessus d'une saillie osseuse ou sous un dispositif médical		
Profondeur	Peau intacte	Perte superficielle (partielle) de la peau	Peau intacte	Perte superficielle (partielle) de la peau	Inconnue, pourrait être une peau intacte ou plaie d'épaisseur partielle, étendue des dommages inconnue.
Nécrose	Perte superficielle (partielle) de la peau		Perte superficielle (partielle) de la peau		Pas toujours de signe de nécrose visible, mais nécrose sous-cutanée possible

LÉSIONS DE PRESSION (LP)

"Une lésion de pression est définie comme une lésion circonscrite de la peau et / ou des tissus sous-jacents, résultant d'une pression ou d'une pression associée à un cisaillement. Les lésions de pression surviennent généralement au-dessus d'une saillie osseuse, mais peuvent également être attribuables à des équipements médicaux."[12]

Stade des lésions de pression [12]	**Description** [12]	
Stade 1	• Érythème qui ne blanchit pas sur une peau intacte • Persiste au-delà de 30 minutes • Se résout normalement en 24h, suite à l'élimination de la pression.	
Stade 2	• Épiderme fissuré, possibilité de phlyctènes séreuses intactes ou ouvertes • Plaie d'épaisseur partielle/superficielle • Peu d'exsudat • Touche l'épiderme et / ou le derme • Douleur • Normalement absence de tissus dévitalisés au lit de la plaie qui est superficielle	
Stade 3	• Plaie d'épaisseur totale • Dommages ou nécrose des tissus sous-cutanés produisant des débris tels tissus dévitalisés humides ou secs • Les dommages peuvent s'étendre jusqu'au fascia sans le traverser • Plaie profonde avec exsudat • Parfois peu de douleur • Cicatrisation sur plusieurs semaines ou mois	
Stade 4	• Plaie d'épaisseur totale avec destruction importante des tissus • Nécrose tissulaire s'étendant aux muscles, os et autres structures profondes • Possible espaces sous-jacents: sous-minage et sinus • Risques d'infection/septicémie/ostéomyélite • Présente parfois un danger pour la vie • Cicatrisation en plusieurs mois	

Lésion des tissus profonds	• Zone localisée de la peau, décolorée violacée ou marron. L'épiderme peut être intact ou brisé ou présenter des phlyctènes remplies de sang en raison de dommages aux tissus mous sous-jacents dus à la pression et / ou au cisaillement. • Des tissus douloureux, fermes ou mous, spongieux, plus chauds ou plus froids que les tissus adjacents peuvent précéder l'apparition de la décoloration. • Les lésions des tissus profonds peuvent être difficiles à détecter chez les personnes à la peau foncée • L'évolution peut inclure une fine phlyctène sur un lit de plaie foncé/sombre • La plaie peut évoluer davantage et se recouvrir d'une fine escarre. • L'évolution peut atteindre et exposer rapidement des tissus plus profonds, même avec un traitement optimal.	
Inclassable/ Indéterminé	• Ulcération nécrotique avec escarre ou tissu fibrineux jaune • Soit humide ou sèche • Le stade est déterminé une fois que les tissus nécrotiques sont débridés • La plaie sera plus grande une fois la nécrose éliminée	

Lésion de pression associée aux équipements médicaux[12]

- Ce sont des lésions de pression résultant de l'utilisation d'appareils conçus et appliqués à des fins diagnostiques ou thérapeutiques
- Les lésions de pression qui en résultent prennent généralement la forme de l'appareil en cause.
- Quiconque doit utiliser un appareil médical court un risque de développer une lésion de pression associée à celui-ci.

Lésion de pression des muqueuses[12,13]

Les lésions de pression des muqueuses sont habituellement causées par un dispositif médical utilisé au site de la blessure. Les lésions de pression des muqueuses ne reçoivent pas de stade en raison de différences histologiques entre ce type de tissu et la peau.

Prévention et prise en charge des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant[12,13]

Il est bien reconnu que les personnes qui sont alitées et / ou limitées à l'utilisation de la chaise (y compris le fauteuil roulant) en raison d'une maladie grave ou chronique courent un risque accru de LPs, DCs, DCAH, LCAAM ou de lésion de pression attribuable aux équipements médicaux.[6,9,10,11,12,13] De nombreuses personnes atteintes de la COVID-19 éprouvent une faiblesse profonde entraînant un besoin de passer plus de temps au lit et / ou au fauteuil, ou une aggravation d'une affection préexistante.

Facteurs de risque des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant[12,13]

- Les personnes avec des déficits sensoriels, de l'incontinence, nécessitant une assistance pour les activités de la vie quotidienne, présentant une mobilité altérée, une nutrition compromise ou encore qui sont exposées à des forces de pression et / ou de cisaillement supplémentaires sont à plus grands risques de développer des lésions de pression.
- Une approche structurée d'évaluation des risques de lésion de pression, conformément à la politique de l'établissement, devrait être mise en œuvre.

Prévention et de prise en charge des lésions de pression chez les individus alités ou en fauteuil roulant [12,13]

- Diminution et redistribution de la pression
  - Redistribution de la pression (immersion et enveloppement) et/ou dispositifs actifs (pression alternée)
  - Réduire la durée de la pression et du cisaillement
  - Repositionner selon les besoins particuliers de chaque personne
  - Utiliser de façon prophylactique un pansement en mousse multicouche en silicone souple sur les protubérances osseuses
- Mettre en place un plan de soins pour le maintien de l'intégrité cutanée:
  - Maintenir la peau hydratée
  - Nettoyer la peau rapidement après des souillures
  - Évitez d'utiliser des savons et des nettoyants alcalins
  - Utiliser un produit barrière pour se protéger de l'humidité excessive
  - Utiliser des produits d'incontinence avec grande capacité d'absorption lorsque cela est indiqué.
  - Envisagez d'utiliser des textiles à faible coefficient de frottement pour les personnes à risque de lésions de pression
- Optimiser l'apport nutritionnel
- Considération spéciales pour les talons
  - Dégager les talons du matelas par des oreillers placés dans le sens de la longueur de la jambe, sous les mollets ou avec des dispositifs de décharge des talons selon les zones atteintes.
  - Pansements en mousse multicouches prophylactiques selon la politique institutionnelle
  - Surveillez les talons à chaque quart de travail
  - Sélection du pansement selon l'évaluation du lit de la plaie et l'emplacement de celle-ci.
    - Veuillez noter qu'il n'est pas recommandé de débrider l'escarre noire qui se trouve au talon lorsqu'elle est sèche, intacte et sans signe d'infection. Les pansements qui maintiennent un environnement humide comme les mousses hydrocellulaires peuvent favoriser le débridement autolytique ce qui est une forme de débridement. De l'équipement de mise en décharge ou l'élévation du talon doit être envisagé (RNAO, 2016).

Facteurs de risque pour le développement de lésions de pression associées aux équipements médicaux chez les individus alités ou en fauteuil roulant[12,13]

- Lors de l'évaluation ou des soins considérer l'impact des équipements médicaux en utilisation pour cet individu.

Prévention et de prise en charge des lésions de pression associées aux équipements médicaux chez les individus alités ou en fauteuil roulant [12,13]

- Soins de routine
  - Enseigner au personnel soignant l'utilisation adéquate des équipements et la prévention des atteintes cutanées.
  - Choisir la bonne taille de dispositif(s) médical(aux) pour l'individu
  - Garder la peau propre et sèche sous un dispositif médical.
  - Inspecter la peau sous et autour de l'appareil au moins quotidiennement (si ce n'est pas médicalement contre-indiqué)
  - Pansement prophylactique comme interface dans les zones à haut risque (ex: arrête nasale, canule de trachéotomie)
  - Éviter d'accumuler des produits un par-dessus l'autre, cet excès d'épaisseur peut augmenter la pression sur un site
  - Changer ou repositionner le dispositif médical si possible (repositionner à intervalles réguliers)
    - Alterner entre le masque à oxygène et les lunettes nasales
    - Alternance des sites des sondes d'oxymétrie
    - Faire pivoter latéralement le tube endotrachéal (sans changer sa profondeur dans les voies respiratoires)
  - Retirer et replacer les équipements, si possible
    - Évitez de positionner le patient directement sur des dispositifs médicaux
    - Retirer le collier cervical rigide dès que possible et le remplacer par un collier plus souple
    - Retirer les bassins de lit dès que possible
    - Éviter de placer les équipements médicaux sur des sites ayant déjà présentés des lésions de pression OU directement sous la peau de la personne.
    - Fixez les tubes loin de la peau
- Pansements prophylactiques
  - Lorsqu'il est médicalement contre-indiqué d'ajuster ou de déplacer un dispositif thérapeutique
    - Envisagez d'utiliser un pansement prophylactique comme interface entre l'appareil et la peau.
  - Pansement prophylactique comme interface dans les zones à haut risque (ex: arrête nasale, canule de trachéotomie)
  - Changer régulièrement les pansements en contact avec les dispositifs médicaux et les tubes pour absorber l'humidité de ces zones.
- Mettre des attelles ou offrir des supports aux équipements médicaux
  - Suspendre les tubes NG et autres tubes à la surface de la peau au moyen d'attelles,
  - Soutenir le tube endotrachéal avec une serviette sous le menton
  - Offrir un support aux équipements médicaux pour diminuer la pression et le cisaillement.
- Observer avec vigilance l'œdème sous le (s) appareil (s) et du potentiel de dégradation de la peau associé.
- Choix de pansement selon les caractéristiques du lit de la plaie et le site de celle-ci.

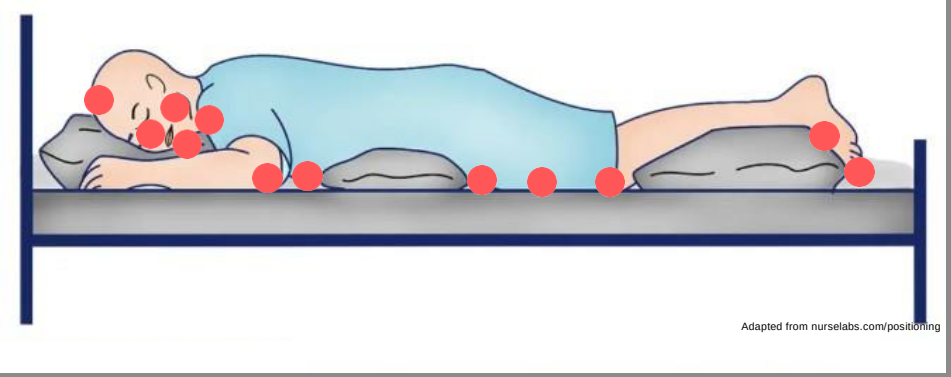
PATIENTS COVID-19 NÉCESSITANT UN POSITIONNEMENT EN PRONATION: CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

Les évidences actuelles suggèrent que les personnes souffrant d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), y compris celui résultant de la COVID-19, ont une réponse favorable lors d'un positionnement en décubitus ventral. Il a été démontré que la pronation pendant au moins 18 heures par jour diminue la mortalité chez les patients atteints de SDRA en augmentant le volume pulmonaire expiratoire final, en augmentant l'expansion de la paroi thoracique, en diminuant le shunt alvéolaire et en améliorant le volume courant.[14] Le positionnement en pronation présente de nombreux défis liés à l'intégrité de la peau et à la prévention des plaies. Un risque accru d'atteintes cutanées sous la forme de LPs, DCs, DCAH, LCAAM. [15]. En 2015, dans une revue Cochrane, il est noté que les patients placés en décubitus ventral présentent un risque 37% plus élevé de développer lésion de pression.[16] La pronation accompagnée d'une ventilation augmente les risques de lésions tissulaires et en particulier de lésions de pression à la bouche et la figure. Une stratégie de prévention doit être envisagée pour réduire ces risques.[17]

Stratégies de prévention pour les Patients nécessitant un positionnement en pronation[18,19]

- Si un lit spécialement conçu pour le positionnement en décubitus ventral n'est pas disponible, assurez-vous que le patient se trouve sur une surface de redistribution de la pression. Suivez les instructions du fabricant pour tous les dispositifs de positionnement.
- Des oreillers, des coussins inclinés et d'autres appareils peuvent être nécessaires pour décharger la pression des zones à haut risque.
- S'assurer qu'une évaluation complète de la peau est complétée et documentée dans le dossier clinique, envisager des photographies en série des lésions cutanées, conformément à la politique de l'établissement, avant de placer le patient en pronation et pendant le repositionnement.

Sites de points de pression

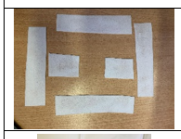


Stratégies de prévention [12,18,19]	
Zones à risque	
Figure /Tête	• Protégez la figure avec une barrière protectrice liquide pour la peau (ne pas utiliser de vaporisateur autour des yeux et près de la bande de fixation d'une trachéostomie). • Envelopper la partie du tube endotrachéal reposant au niveau des dents avec de la mousse à base de silicone. • Utiliser des attaches pour le tube endotrachéal pour éviter de créer des points de pression sur le visage avec les dispositifs de stabilisation. Utiliser les dispositifs de stabilisation avec une extrême prudence lorsque le patient est en pronation. • Appliquer des morceaux de pansement en mousse à base de silicone sur le front, les joues, le coin des lèvres, le menton et sous le nez. • Appliquer des pansements prophylactiques en mousse de silicone souple sur les points de pression du visage et de la tête. • Faire une décharge de la pression à la tête, au visage et aux oreilles. Tenir compte de la densité de la mousse, de de son épaisseur, de l'angle du visage et du positionnement du tube endotrachéal. • Envisager l'utilisation d'un dispositif de redistribution de la pression. • Changer la position de la tête toutes les 2 heures ou selon les besoins des patients, vérifier la politique de l'établissement pour savoir si un professionnel formé pour des soins aux voies respiratoires doit être au chevet pour les changements de position. • Maintenir les soins oculaires appropriés, utiliser un onguent lubrifiant ophtalmique selon les indications du fabricant, envisager de maintenir les paupières fermées à l'aide d'un ruban de silicone. Si le ruban de silicone n'est pas disponible, envisagez de couvrir les yeux avec des gazes et de placer un ruban sur celles-ci. • Assurer des soins bucco-dentaires appropriés.
Torse	• Appliquer des pansements prophylactiques en mousse multicouche de silicone souple aux points de pression. • Considérer l'utilisation d'équipement de redistribution de la pression tel que les dispositifs de gel • Placer les électrodes sur le dos lors de la pronation. • Videz les sacs de stomie et surveillez la stomie pour des signes de traumatisme liés à la pression. Une mise en décharge de la pression autour de la stomie pourrait être nécessaire. • Fixer tous les équipements médicaux sans toucher à la peau, protéger la peau environnante avec des pansements prophylactiques. • Assurez-vous qu'il n'y ait pas de dispositifs non sécurisés sous le torse, créer des espaces pour les tubes avec des aides au positionnement.
Coudes	• Appliquer des pansements prophylactiques en mousse multicouche de silicone souple aux points de pression.
Genoux	• Appliquer des pansements prophylactiques en mousse multicouche de silicone souple aux points de pression.
Jambes	• Appliquer des pansements prophylactiques en mousse multicouche de silicone souple aux points de pression.
Face dorsale des pieds	• Appliquer des pansements prophylactiques en mousse multicouche de silicone souple aux points de pression. • Retirer les dispositifs de fixation et aligner le cathéter urinaire / le dispositif de gestion des matières fécales vers le pied du lit.
Poitrine	• Dégager de la pression et protéger.
Région génitale Équipement médicaux	• Dégager de la pression et protéger. • Protéger contre l'érosion urétrale par le cathéter à demeure, éliminer la tension, assurer le bon positionnement du pénis, fournir les soins de routine du cathéter conformément à la politique locale. • S'assurer que les dispositifs de stabilisation du cathéter urinaire sont retirés avant de placer en pronation. • Porter une attention particulière aux dispositifs médicaux, assurez-vous que les dispositifs sont changés de place régulièrement et assurez-vous que les dispositifs ne provoquent pas de pression. • Choisir la bonne taille de dispositif (s) médical (s) pour l'individu. • Inspectez la peau sous et autour de l'appareil à chaque quart de travail. • Appliquer des pansements de mousse de silicone sous l'appareil, au besoin. • Repositionner les appareils (si possible). • Évitez les couches épaisses de pansements prophylactiques sous les appareils car cela peut augmenter la pression. • Évitez de placer les appareils dans des zones de lésion de pression antérieures ou existantes, ou directement sous la personne.

Stratégies de prévention pour les patients nécessitant un positionnement en pronation – Protection de la figure

(adapté avec la permission de Imperial College Health NHS Trust)

Des lésions de pression ont été signalées au front, au menton, aux os zygomatiques (pommettes), à la mandibule (mâchoire) et aux commissures (coins de la bouche). Avant de positionner en pronation, considérer changer le dispositif de fixation du tube endotrachéal pour des attaches souples (rubans) par un clinicien compétent. Les voies aériennes à haut risque doivent toujours être gérées par un anesthésiste ou un médecin formé pour les voies aériennes.

	Action	Justification
	Suggérer de changer la fixation du tube endotrachéal pour des rubans de stabilisation en tissu, si en accord avec la politique en place. Utilisez un manchon en mousse pour couvrir le tube endotrachéal. Couvrir également les attaches avec un manchon en mousse.	Les dispositifs en plastique contribuent aux lésions associées à la pression. Si des dispositifs de fixations sont utilisés, il faut le faire avec précaution et la peau doit être inspectée régulièrement. Pour empêcher les bandes de couper dans la peau des lèvres et du cou
	Hydrater et protéger la peau: Appliquer une crème hydratante sur le visage en particulier, les joues, le front, le menton, la mâchoire, sur le côté de la bouche. (Ne pas appliquer sur les yeux /paupières)	Pour protéger de l'humidité, de la friction et des adhésifs
	Découper une mousse de transfert avec silicone souple 15 x 20 selon le modèle suivant.	Pour couvrir les zones à risque du visage. Le silicone souple adhère à la peau mais ne «colle» pas Le pansement de mousse de transfert évacue l'humidité et aide à protéger
	Appliquez les bandes les plus longues sur le front, sur le menton (d'une mâchoire à l'autre) et bilatéralement d'une tempe à l'articulation de la mâchoire.	Pour protéger la proéminence osseuse / les points de pression
	Appliquer des rectangles plus petits pour couvrir les joues.	Pour protéger la proéminence osseuse / les points de pression
	Nettoyer, appliquer du lubrifiant pour les yeux et s'assurer que la paupière est fermée La gaze peut être appliquée sur la paupière fermée et fixée doucement avec du ruban adhésif. Assurez-vous que le ruban n'est pas appliqué directement sur la paupière La gaze doit être soulevée régulièrement pour vérifier la position des paupières et la dilatation / réponse de la pupille	Pour prévenir les traumatismes aux yeux Pour éviter le traumatisme du ruban adhésif directement sur la paupière Pour permettre l'évaluation du patient et s'assurer que l'œil n'est pas exposé
	Appliquer des gazes supplémentaires de 10 x 10 cm sous du ruban du tube endotrachéal et des pansements mousse aux coins des lèvres / sur la peau intacte.	Pour prévenir la lésion de pression des muqueuses et absorber la salive Pourrait être changé régulièrement
Tous les pansements faciaux / gaze / mousse doivent être retirés lors du repositionnement en décubitus dorsal. Ré-installer les dispositifs de fixation du tube endotrachéal lors retour au positionnement en décubitus dorsal. Référer toutes les altérations de la peau du visage à un spécialiste des soins des plaies.		

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES POUR LE MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ DE LA PEAU CHEZ LES PATIENTS QUI REÇOIVENT DES FORTES DOSES DE VASOPRESSEURS

Les agents vasopresseurs appartiennent à une puissante classe de médicaments entraînant une vasoconstriction (ex. norépinephrine). Ils sont fréquemment administrés à des patients en soins intensifs pour augmenter la pression artérielle systémique en produisant une vasoconstriction. En conséquence, les fluides des extrémités se déplace vers la zone centrale et la pression augmente.[20] Un effet secondaire indésirable de cette vasoconstriction est le changement cutané des mains, des pieds, de la zone sacrale, des oreilles et du bout du nez. [21] Les dommages sur la zone sacrale et du talon peuvent présenter une couleur violet foncé, ressemblant à une LTP avec ou sans bulles. Alors que les dommages aux mains, aux oreilles, au nez et aux pieds / orteils peuvent se présenter sous la forme d'une décoloration violet foncé à noir mal délimitée. Le degré de lésion tissulaire dépendra de l'état général du patient, des comorbidités et de la durée d'utilisation du vasopresseur.[21] Il ne faut pas oublier que les vasopresseurs sont des médicaments qui sauvent des vies et que les lésions cutanées qui y sont associées sont souvent inévitables.[21]

Trucs pour la gestion des lésions cutanées associées aux vasopresseurs [21]

- Consulter l'équipe de soins pour maximiser l'hydratation
- La septicémie peut contribuer aux problèmes de coagulation et doit être exclue
- Faire une décharge de la pression des zones affectées lorsque cela est possible, en se souvenant que le poids de la literie sur les orteils peut aggraver la pression
- Envisager d'installer une botte de décharge du talon et un matelas de redistribution de pression approprié lorsque cela est indiqué
- Effectuer des soins de la peau optimum conformément à la politique interne
- Protéger les zones de phlyctènes, envisager l'aspiration de celles-ci si indiqué et conformément à la politique locale
- Inspecter la peau et documenter à chaque quart de travail et au besoin

MESSAGES CLINIQUES CLÉS

La COVID-19 est une maladie émergente; l'ampleur de son impact sur l'intégrité de la peau est encore inconnue et de nouvelles données émergent constamment.

Les professionnels de la santé doivent connaître et mettre en œuvre des plans de prévention et de gestion des problèmes cutanés courants chez les patients atteints de la COVID-19, notamment les déchirures cutanées (DCs), les dommages cutanés associées à l'humidité (DCAH), les lésions cutanées associées aux adhésifs médicaux (LCAAM), les lésions de pression (LPs) et les lésions de pression associées aux équipements médicaux.

La nécessité de placer les patients avec une infection sévère à la COVID-19 en décubitus ventral, pose des défis sans précédents dans le maintien de l'intégrité de la peau et des soins supplémentaires sont nécessaires pour empêcher les altérations de celle-ci.

NURSES SPECIALIZED IN
WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE
CANADA

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN
PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE
CANADA

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 87 [Internet]. 2020 Apr 16 [cited 2020 Apr 29]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200416-sitrep-87-covid-19.pdf?sfvrsn=9523115a_2
2. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [Internet]. 2020 May 4 [cited 2020 May 4]. Available from https://coronavirus.jhu.edu/map.html
3. Tay, YL. Oakely A. COVID-19 and dermatology patients. DermNet NZ [Internet] 2020 April 20 [cited 2020 April 17]. Available from https://dermnetnz.org/topics/covid-19/
4. Casas CG, Català A, Hernández GC, Rodríguez-Jiménez P, Nieto DF, Lario AR, Fernández IN, Ruiz-Villaverde R, Falkenhain D, Velasco ML, García-Gavín J, Baniandrés O, González-Cruz C, Morillas-Lahuerta V, Cubiró X, Nart IF, Selda-Enriquez G, Romaní J, Fustà-Novell X, Melian-Olivera A, Riesco MR, Burgos-Blasco P, Ortigosa JS, Rodriguez MF, García-Doval I. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: A rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br J Dermatol [Internet]. 2020 April 29 [cited 2020 Apr 29]. Available from https://doi.org/10.1111/bjd.19163 Epub ahead of print.
5. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: A first perspective. J Eur Acad Dermatol Venereol. [Internet]. 2020 Mar 26 [cited Apr 29]. 2020;34(5):e212-e213. Available from: doi:10.1111/jdv.16387
6. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: An overview. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;45(6):540-542.
7. LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a new classification system for skin tears. Adv Skin Wound Care. 2013;26(6):263-265.
8. Van Tiggelen H, LeBlanc K, Campbell K, Woo K, Baranoski S, Chang YY, Dunk Am, Gloeckner M, Hevia H, Holloway S, Idensohn P, Karadağ A, Koren E, Kottner J, Langemo D, Ousey K, Pokorná A, Romanelli M, Santos VLCG, Smet S, Tariq G, Van den Bussche K, Van Hecke A, Verhaeghe S, Vuagnat H, Williams A, Beeckman D. Standardizing the classification of skin tears: Validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. Br J Dermatol [Internet]. 2019 Oct 12 [cited 2020 Apr 29]. Available from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjd.18604 Epub ahead of print.
9. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: State of the science consensus statements for the assessment, prevention and management of adhesives related skin injury. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(4):365-380.
10. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, Kennedy-Evans K, Logan S, Ratliff CR. Moisture-associated skin damage: Overview and pathophysiology. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011;38(3):233-241

RÉFÉRENCES

11. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentao D, Coyer F, Domansky R, Gray M, Hevia H, Junkin J, Katadag A, Kotter J, Arnold-Long M, McNichol L, Meaume S, Nix D, Sabasse M, Sanada H, Yu O, Voegeli D, Wang L. Wounds International [Internet]. 2015. [cited Apr 28]. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. Available from: https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward
12. European Pressure Ulcer Advisory Panel., National Pressure Injury Advisory Panel. Pan Pacific Pressure Injury Alliance; Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Haesler, E. (ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA. 2019.
13. Gefen A, Alves P, Ciprandi G, Cyer F, Milne CT, Ousey K, Ohura N, Waters N, Worsley P. Device related pressure ulcers: SECURE prevention. J Wound Care [Internet]. 2020;29(Sup2a):S1-S52. Available from: https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1
14. Papazian L, Aubron C, Brochard L, Chiche J, Combes A, Dreyfuss D, Forel J, Guérin C, Jaber S, Mekontso-Dessap A, Mercat A, Richard J, Roux D, Vieillard-Baron A, Faure H. Formal guidelines: Management of acute respiratory distress syndrome. Ann Intensive Care [Internet]. 2019;9(1):69. Available from: https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-019-0540-9
15. Kim R., Mullins K. Preventing Facial Pressure Ulcers in Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(4):427-429.
16. Bloomfield R, Noble DW, Sudlow A. Prone position for acute respiratory failure in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015, Issue 11. Art. No.: CD008095. DOI: 10.1002/14651858.CD008095.pub2. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464920/
17. Ghelichkhani P, Esmaeili M. Prone Position in Management of Covid-19 Patients: A commentary. Arch Acad Emerg Med. 2020 Apr 11;48(1): 48.
18. Jackson ME, Verano JX, Fry JE, Rodriguez AP, Russian C. Skin preparation process for the prevention of skin breakdown in patients who are intubated and treated with RotoProne. Respiratory Care. 2012 Feb;57(2):311-314. DOI: 10.4187/respcare.01235. Available from: https://europepmc.org/article/med/21762558
19. Capasso V, Cox J, Cuddigan J, Delmore B, Tescher A, Solmos S. NPIAP. 2020. Retrieved April 25, 2020, from https://npiap.com/page/COVID-19Resources
20. Cox J. Pressure ulcer development and vasopressor agents in adult critical care patients: A literature review. Ostomy Wound Manage. 2013;59(4):50-54, 56-60.
21. Downie, F. Vasopressor Skin Damage during COVID-19. Wounds International Webinar. April 30, 2020. https://tvntv.co.uk/skin-integrity/vasopressor-skin-damage-during-covid-19/

+1 888-739-5072
office@nswoc.ca
www.nswoc.ca