

LÉSIONS CUTANÉES

Une petite coupure ou un genou écorché – au quotidien, les accidents provoquant des petites ou grandes blessures sont vite arrivés et doivent être traités correctement. La cicatrisation et les moyens de guérison de la plaie dépendent notamment du type de lésion et de sa profondeur. Un conseil professionnel ainsi que le soin des blessures aiguës sont très recherchés, de même que les recommandations pour se constituer une pharmacie de ménage et de voyage.

<u>La peau</u>	<u>2</u>
<u>Plaies et cicatrisation</u>	<u>3</u>
<u>Traitement des lésions cutanées</u>	<u>5</u>
<u>Glossaire/ ouvrages spécialisés</u>	<u>8</u>

La peau

Avec une superficie de près de 1,6m², la peau est le plus grand organe du corps humain et le protège des influences extérieures. En tant qu'organe sensoriel, elle est sensible au toucher, à la douleur, à la chaleur et au froid. Elle joue aussi un rôle important dans la régulation de la température corporelle et prévient les importantes pertes d'eau. Quand la barrière cutanée n'est pas intacte, les fonctions de la peau peuvent être perturbées et des germes et autres corps étrangers peuvent pénétrer, ce qui provoque des douleurs et des dysfonctionnements métaboliques pouvant aller jusqu'à la nécrose ou même à la mort. La peau est divisée en trois couches, l'épiderme (couche superficielle), le derme (ou corium) et l'hypoderme (couche la plus profonde). L'épiderme et le derme forment ce que l'on appelle le cutis. Suivant la partie du corps, l'épaisseur de la peau peut considérablement varier.

L'ÉPIDERME

L'épiderme, qui n'est pas vascularisé, est constitué d'un épithélium stratifié (à plusieurs couches) pavimenteux. On distingue encore cinq couches en allant de l'extérieur vers l'intérieur :

- **Couche cornée (stratum corneum)**: cellules kératinisées mortes qui se détachent de la surface de la peau sous forme de petites squames.
- **Couche claire (stratum lucidum)**: constituée de cellules dépourvues de noyau et réfringentes, la couche claire ne se forme que dans les zones épaisses de l'épiderme (paume de la main, plante des pieds).
- **Couche granuleuse (stratum granulosum)**: cellules aplaties avec des granules très réfringents de kératohyaline (précurseur de la kératine). C'est ici que commence le processus de kératinisation.
- **Couche épineuse (stratum spinosum)**: quatre à huit couches de cellules, reliées par des extensions cytoplasmiques en forme d'épines.
- **Couche basale (stratum basale)**: contient des cellules capables de produire de la mélanine (mélanocytes). C'est ici qu'à lieu la régénération de l'épiderme.

LE DERME

Le derme est plus épais que l'épiderme. Il est formé de tissu conjonctif qui est stocké dans les cheveux, les glandes sébacées, différentes sortes de glandes sudoripares, différents types de terminaisons nerveuses, les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques. La couche la plus superficielle du derme est appelée papillaire – en effet, les protubérances du derme, les papilles dermiques, pénètrent dans la couche germinative de l'épiderme, assurant une bonne jonction entre les deux couches et un

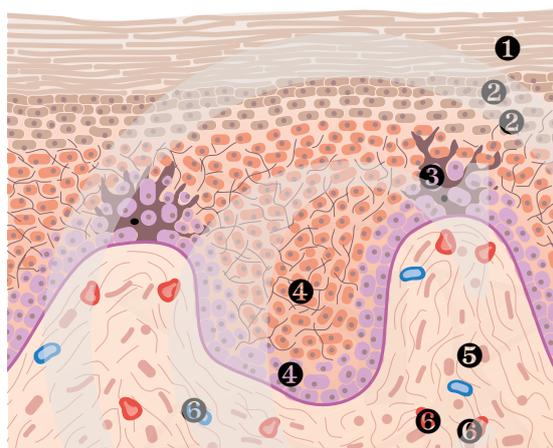
échange optimal de nutriments. La membrane basale forme l'interface entre l'épiderme et le derme. Elle est perméable aux nutriments qui passent des vaisseaux sanguins du derme à l'épiderme non vascularisé. Ce sont surtout les couches de cellules basales et épineuses qui ont besoin de nutriments pour assurer le renouvellement cellulaire dans l'épiderme. Les cellules se renouvellent tous les 27 à 30 jours. Par ailleurs, c'est aussi là qu'est formé le pigment foncé appelé mélanine.

Le tissu conjonctif est essentiellement formé de fibres collagènes et élastiques. Les fibres collagènes contiennent du collagène, une protéine qui assure une bonne fermeté. Les fibres élastiques, elles, contiennent de l'élastine. Cette structure du tissu conjonctif donne à la peau sa fermeté et son élasticité.

L'HYPODERME

L'hypoderme est constitué d'un tissu conjonctif lâche qui abrite des cellules adipeuses. Leur taille varie d'une zone du corps à l'autre et dépend essentiellement de l'alimentation. Les bourrelets de graisse forment une isolation thermique non négligeable et une protection mécanique contre les pressions. En plus, les cellules du tissu de l'hypoderme servent de réservoir d'eau et de nutriments.

Les couches de l'épiderme



- 1 Couche cornée (stratum corneum)
- 2 Couche granuleuse (stratum granulosum)
- 3 Cellule pigmentaire dendritique (mélanocyte)
- 4 Couche germinative (stratum germinativum)
- 5 Papille dermique
- 6 Vaisseaux capillaires

Source: support didactique Droguiste CFC, cahier K, Careum, p. 12

Plaies et cicatrisation

Une incision violente ou une lésion de la peau ou d'une muqueuse provoque une plaie. Si l'on part de la cause de la blessure, on peut catégoriser les lésions comme suit: traumatique, iatrogène et chronique. Les lésions traumatiques résultent d'actions mécaniques soudaines et violentes, de brûlures, de gelures, de courant électrique, de rayons ionisants ou de produits chimiques corrosifs. Parmi les plaies iatrogènes, il y a notamment les plaies chirurgicales et d'autres lésions cutanées provoquées par des actes thérapeutiques ou diagnostiques. Une plaie devient chronique quand aucune tendance à la guérison n'apparaît après plusieurs semaines. Les plaies chroniques résultent souvent d'une mauvaise circulation sanguine, notamment suite à une maladie préexistante, comme le diabète. Ce dossier spécialisé ne va pas porter sur les plaies iatrogènes et chroniques, ni sur les problèmes cutanés et les plaies en résultant qui apparaissent comme symptômes d'accompagnement de maladies préexistantes ou provoqués par l'âge ou des traitements.

LES PLAIES TRAUMATIQUES

La diversité des plaies traumatiques est importante et varie considérablement en ce qui concerne la profondeur et la taille de la plaie, de la forme du bord de la plaie ainsi que d'éventuelles lésions d'autres tissus ou organes.

LÉSIONS MÉCANIQUES

Les écorchures, les coupures, les piqûres, les déchirures, les égratignures, les griffures, les contusions, les blessures par balle, les morsures ainsi que les ampoules ou l'ablation d'une partie du corps font partie de cette catégorie. Les plaies ouvertes, comme les écorchures, peuvent n'être que superficielles, mais elles peuvent aussi toucher des structures plus profondes, comme des nerfs, des muscles, d'autres organes, des tendons ou des os. En cas de plaies contuses, la peau reste intacte mais les structures au-dessous, comme les vaisseaux sanguins ou les nerfs, sont atteintes et peuvent être détruites.

- **Ecorchures:** en cas d'écorchure, seule la couche superficielle de la peau, à savoir l'épiderme, est atteinte. Le derme et l'hypoderme sont intacts. Les saignements en forme de points résultent de la déchirure des capillaires sanguins dans la couche papillaire. Pouvant mettre à nu les terminaisons nerveuses situées là, ces plaies peuvent être très douloureuses.
- **Coupures, déchirures, entailles et autres plaies ouvertes:** les coupures font partie des blessures domestiques les plus fréquentes. Leurs bords sont lisses et légèrement écartés. Elles saignent beaucoup et, comme le sang élimine la saleté et les agents pathogènes hors de la plaie, elles s'infectent rarement. La perte de tissu est aussi limitée. En cas de déchirures, d'entailles et d'autres plaies ouvertes, les bords sont déchirés et (parfois) très écartés. Elles saignent aussi abondamment,

mais le risque d'infection est plus élevé qu'en cas de coupure. Les griffures font partie des déchirures superficielles.

- **Morsures:** dans ce cas, l'action des dents provoque une déchirure, une blessure profonde ou une contusion. Lorsque les dents sont pointues, comme celles des chats, on ne voit souvent que de petites entailles. Mais elles peuvent cacher d'importantes blessures. Si les dents sont moins pointues, comme celles des chevaux, les lésions sont souvent contuses. En raison des nombreux germes contenus dans la salive, les morsures présentent toujours un risque d'infection et devraient donc être traitées par un médecin, qui pourra aussi vérifier le vaccin contre le tétanos. En cas de morsure de serpent, surtout ceux qui sont venimeux, la priorité n'est pas à la plaie mais au traitement de l'empoisonnement.

LÉSIONS THERMIQUES

Une chaleur ou un froid extrême peut provoquer des lésions thermiques. Si la température qui agit sur la peau dépasse 56°C, les protéines commencent à se dégrader, ce qui peut provoquer une lésion des tissus. En cas de température très basse, la circulation sanguine diminue, ce qui peut provoquer des nécroses. La gravité de la lésion cutanée dépend essentiellement de la durée et de l'intensité de l'action thermique. Les blessures provoquées par un courant électrique font aussi partie des lésions dues à la chaleur. Outre des troubles dans la transmission des influx nerveux dans le cœur et les nerfs, l'électrocution provoque aussi une profonde destruction des tissus. Les plaies varient en fonction de la tension et de la force du courant.

- **Electrocution par courant basse tension (< 1000 V):** des petites brûlures rondes se forment aux points d'entrée et de sortie du courant.
- **Electrocution par courant haute tension (> 1000 V):** brûlures graves.
- **Accident dû à la foudre:** traces d'éclair sur la peau, brûlures du 3^e degré et graves blessures concomitantes.

LÉSIONS CHIMIQUES

Les blessures provoquées par des acides ou des solutions alcalines présentent un aspect semblable à celui des brûlures. La gravité de la blessure dépend de la substance en cause, du pH, de la concentration et de la durée du contact avec la substance. Les acides, comme l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique ou l'acide nitrique, provoquent une nécrose de coagulation dense et sèche, qui est précisément limitée à la zone de la blessure. Les solutions alcalines provoquent, elles, une nécrose de liquéfaction en ramollissant et liquéfiant justement la peau. Se forme ensuite une croûte d'aspect huileux et vitreux sous laquelle il y a généralement une profonde lésion tissulaire.

LÉSIONS PAR RAYONNEMENT

Les rayons ultraviolets (rayons UV) et infrarouges, la lumière visible et les champs électromagnétiques font partie des rayons

PLAIES ET CICATRISATION

non ionisants. En revanche, les rayons X (radiographie), les rayons alpha, bêta et gamma ainsi que les rayonnements neutroniques sont des rayons ionisants.

Lorsqu'un rayon ionisant atteint une cellule, l'énergie du rayonnement est absorbée par les molécules de la cellule. Il en résulte la formation de radicaux, qui réagissent ensuite avec d'autres molécules cellulaires, ce qui peut, directement ou indirectement, endommager la cellule. Normalement, la cellule peut réparer ce genre de lésion. Mais si ce n'est pas le cas, il y a alors apoptose. Or si la réparation est insuffisante ou imparfaite, il peut ensuite y avoir formation de cellules génétiquement modifiées qui peuvent aussi se multiplier. De hautes doses de rayonnements, comme lors de la chimiothérapie, provoquent d'importantes lésions et il y a nécrose quand les cellules meurent de manière incontrôlée.

CICATRISATIONS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

On distingue deux sortes de cicatrisation. Lorsque la plaie est récente (max. 6 h), sans signe d'infection et avec des bords bien nets (par ex. coupure), la cicatrisation primaire peut évoluer sans problème. Elle se termine après environ dix jours avec une cicatrice en forme de trait. C'est aussi le cas lors de plaies chirurgicales. Toutes les autres lésions nécessitent une cicatrisation secondaire. Dans ce cas, le trou de la plaie est comblé par du tissu de granulation, ce qui provoque la formation d'une cicatrice. Les deux types de cicatrisation se déroulent en trois phases.

LES PHASES DE LA CICATRISATION

PHASE EXSUDATIVE

Durant la phase exsudative (phase d'inflammation/de nettoyage), les particules de saleté, les débris de cellules ou les bactéries présentes sont évacués. Pour minimiser les pertes de sang, il se produit une vasoconstriction temporaire des vaisseaux touchés et une activation du système de coagulation. Un réseau de fibrine se forme en l'espace de 24 heures, qui sert de matrice au tissu de granulation. Dès que l'hémostase se produit, des médiateurs chimiques provoquent une vasodilatation. Grâce à l'augmentation de la circulation sanguine dans la zone de la plaie, des érythrocytes, des leucocytes et des thrombocytes peuvent arriver. Ce qui provoque les symptômes d'inflammation classiques de chaleur (calor) et de rougeur (rubor). Comme plus de plasma sort de l'interstitium, il y a aussi formation d'un œdème, et donc apparition des deux autres caractéristiques de l'inflammation, le gonflement (tumor) et la douleur (dolor). La défense immunitaire cellulaire commence alors avec l'arrivée de

granulocytes neutrophiles et de macrophages qui phagocytent le matériel étranger au corps, les débris cellulaires et les germes. En plus de l'immunité non spécifique, la défense immunitaire spécifique (lymphocytes B et T) est aussi activée. Cette phase se termine après trois jours.

PHASE DE GRANULATION

Durant la phase de granulation (ou de prolifération), les fibroblastes construisent dans le réseau de fibrine une structure dans laquelle les cellules peuvent s'installer. Les fibroblastes forment eux-mêmes du collagène qui donne sa fermeté au tissu de granulation. L'angiogenèse assure alors une bonne vascularisation de la plaie. Ce qui permet de répondre aux besoins accrus du métabolisme. Les capillaires et le tissu conjonctif nouvellement formés sont encore très sensibles et doivent être protégés par un pansement adapté. La phase de granulation débute le quatrième jour, au plus tôt, et peut durer 14 jours.

PHASE DE RÉGÉNÉRATION

Durant la phase de régénération (ou d'épithélialisation), le tissu de granulation perd de l'eau et les vaisseaux se reforment. Il y a alors formation d'un tissu cicatriciel. Pour ce faire, les cellules épithéliales migrent du bord de la plaie sur le tissu de granulation encore humide et se divisent jusqu'à ce qu'une couche de cellules épaisses soit formée et que la plaie soit fermée. La phase de régénération commence dès le quatrième jour et peut durer jusqu'à trois semaines. Mais l'entière résistance à la traction/au déchirement n'est atteinte qu'après huit semaines. La transformation définitive du tissu cicatriciel peut durer des mois, voire des années.

TRIAGE – QUAND CONSULTER UN MÉDECIN?

Une plaie nécessite une surveillance médicale quand:

- _ les saignements sont importants,
- _ une coupure est profonde ou mesure plus de 1 cm,
- _ des corps étrangers sont profondément enfoncés dans la plaie,
- _ ses bords sont déchiquetés,
- _ des troubles sensoriels ou une perte de mobilité apparaissent,
- _ une infection survient durant la cicatrisation,
- _ elle se nécrose,
- _ il s'agit d'une morsure,
- _ elle touche le visage,
- _ il s'agit de brûlures importantes.

Selon le degré de salissure de la plaie et sa profondeur, il faut contrôler si le vaccin du tétanos est toujours valable.

Traitement des lésions cutanées

Le soin d'une plaie doit être adapté au type de blessure et à sa profondeur, à l'éventuelle présence d'impuretés ou d'infection ainsi qu'à la phase de cicatrisation. Il existe des systèmes de classification spéciaux qui aident à déterminer le degré de sévérité d'une plaie.

CLASSIFICATION DES PLAIES

EN FONCTION DE LA PROFONDEUR ANATOMIQUE

L'illustration ci-dessous montre les différents degrés de profondeur d'une plaie. Il y a cicatrisation secondaire dès le degré II. Le tissu détruit est donc remplacé par du tissu cicatriciel et la fonctionnalité initiale n'est pas rétablie. Une plaie ne peut donc pas s'améliorer et passer du degré III au degré II, car la fonction ne peut jamais être rétablie. Les plaies chroniques sont classées dans le degré IV et sont du ressort d'un médecin.

SELON LE SYSTÈME DES COULEURS

Pour classer leurs pansements, de nombreux fabricants utilisent le système de classification avec trois couleurs. La plaie est donc jugée en fonction de sa couleur:

- **Rouge:** tissu de granulation sain, propre ou tissu d'épithéliation allant de rose clair à rouge foncé. Dans ce cas, il convient de maintenir la plaie humide et de protéger sa surface.
- **Jaune:** plaie en phase de nettoyage ou recouverte de saletés. Un traitement de nettoyage des plaies peut alors aider.
- **Noir:** une plaie nécrosée peut être noire et sèche mais aussi

brune, comme du cuir, ou brun-jaune et humide. Un tel cas nécessite un traitement médical, un débridement (ou parage) de la plaie s'impose.

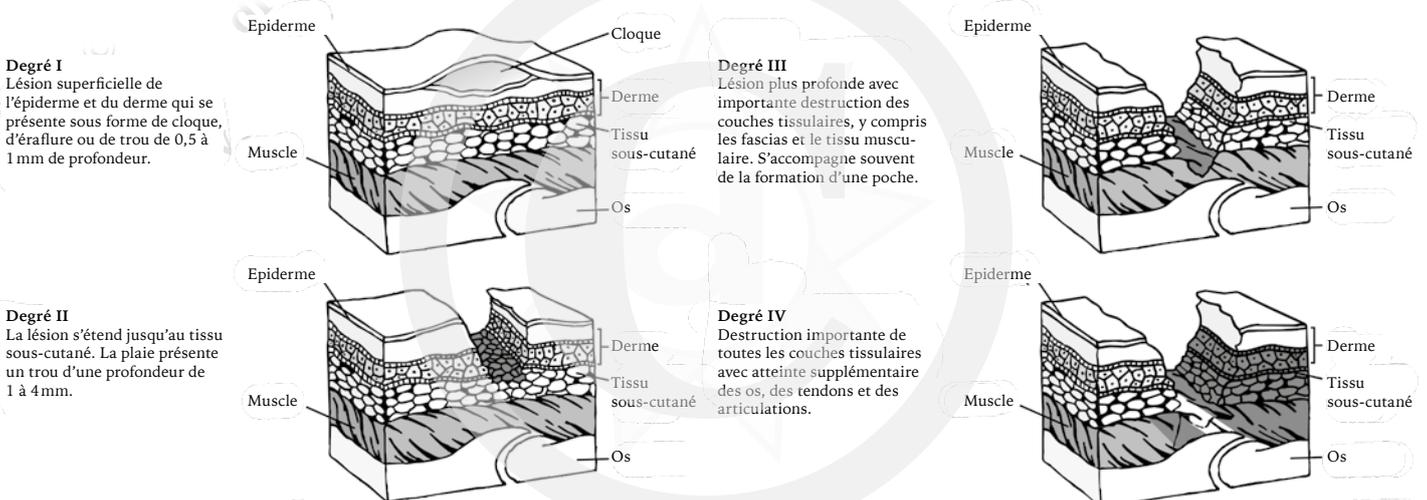
NETTOYAGE DE LA PLAIE

Un nettoyage attentif de la plaie permet de juger de l'ampleur de la lésion. Pour ce faire, on peut utiliser des solutions de rinçage des plaies et des antiseptiques.

RINÇAGE DE LA PLAIE

Pour réduire au maximum le risque d'infection, il faut rincer les plaies récentes ainsi que les plaies en phase exsudative lors du changement de pansement. Durant les phases de granulation et d'épithéliation, il faudrait en revanche y renoncer pour que la plaie reste tranquille et que le nouveau tissu ne soit pas détruit. Les solutions de rinçage des plaies doivent être stériles, chauffables, atraumatiques, non résorbables et ne pas irriter la peau. L'idéal, ce sont les solutions sans conservateurs, comme les solutions isotoniques de Ringer ou les solutions salines physiologiques. Les solutions qui contiennent des conservateurs se conservent cependant plus longtemps. Les solutions de rinçage des plaies servent uniquement à soutenir la prévention des infections et ne sont donc pas autorisées pour le traitement antiseptique des plaies infectées. Bien que l'eau du robinet ne soit pas exempte de germes, utiliser en urgence de l'eau potable pour rincer la plaie présente des risques d'infection plus élevés que l'eau du robinet.

Classification des plaies selon la profondeur anatomique



Source: Vasel-Biergens / Probst, Wundversorgung für die Pflege, 2^e édition 2011, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, p. 57

TRAITEMENT DES LÉSIONS CUTANÉES

Les bains de plaies ne sont plus pratiqués car ils présentent des risques d'hygiène. En effet, ils n'éliminent ni les germes, ni le pus ni l'exsudat de la plaie, qui se retrouvent toujours dans la plaie. Le débridement des plaies chroniques est du ressort du médecin.

ANTISEPTIQUES

On utilise des antiseptiques pour prévenir les infections et traiter les plaies infectées. Il ne faudrait pas les utiliser au-delà de 14 jours. S'il n'y a pas d'amélioration passé ce délai, il faudrait revoir le traitement. Les antiseptiques ne s'appliquent qu'en surface, par vaporisation ou tamponnement. Suivant leur composition, ils peuvent être bactéricides ou bactériostatiques, fongicides ou fongistatiques ainsi que virucides. Dans l'idéal, ils agissent contre un large spectre de germes, ont une longue durée d'action, ne provoquent pas de résistances, sont incolores, non toxiques, indolores, non allergènes ou exempts d'allergènes et n'inhibent pas la cicatrisation. Les produits à appliquer en tamponnant ne devraient pas contenir de principes actifs ou d'excipients non résorbables. Les principes actifs utilisés sont l'octénidine, le polyhexanide, la chlorhexidine ainsi que les produits à base de PVP-iodé.

TRAITEMENT TRADITIONNEL (SEC) ET MODERNE DES PLAIES

Le choix du traitement (sec ou humide) dépend du type de la plaie. Parmi les pansements traditionnels, on peut citer les compresses de gaze ou en non-tissé, les pansements adhésifs, les compresses absorbantes ainsi que les gazes imprégnées. Ils recouvrent la plaie et la protègent des germes et des influences mécaniques. Ils peuvent absorber beaucoup d'exsudat et de sang, ce qui peut toutefois dessécher la plaie et entraîner la formation de croûtes. On considère aujourd'hui que cela n'est pas souhaitable, puisque, durant la phase de régénération, les macrophages importants pour le nettoyage de la plaie se trouvent justement sur les bords de la plaie. Durant la phase de granulation, les nouvelles cellules épithéliales ne peuvent pas aller sur la plaie sèche pour la fermer. Le changement de pansement perturbe aussi la cicatrisation lorsque la plaie est sèche car les capillaires et les fibres de fibrine poussent dans le pansement. La plaie est donc rouverte à chaque changement de pansement, ce qui est douloureux et prolonge le processus de cicatrisation. Ces pansements conventionnels sont cependant le produit de choix pour les premiers soins ainsi que pour les plaies non infectées qui font l'objet d'une cicatrisation primaire, notamment les coupures. Pour les coupures superficielles, on utilise volontiers des sutures cutanées adhésives, car elles préviennent l'écartement des bords de la plaie. Il est

important de les appliquer sur une peau sèche et transversalement à la plaie.

Pour éviter que le pansement n'adhère à la plaie, on peut appliquer des gazes enduites de carbogel hydrophobe (par ex. de la paraffine épaisse), d'une émulsion huile dans eau ou d'hydrocolloïdes. Certains produits sont aussi imprégnés d'une solution antiseptique. Nous n'approfondirons pas plus le traitement sec des plaies dans ce dossier spécialisé.

La limite entre traitement traditionnel des plaies et traitement moderne est assez floue. Le traitement moderne, hydroactif, vise, grâce à des pansements adaptés, à maintenir la plaie humide et donc à créer les conditions optimales pour la cicatrisation. Il prévient le dessèchement de la plaie et la formation de croûtes qui prolongent le processus de cicatrisation et, en recourant à des mesures d'hygiène appropriées, préserve la plaie des infections. Il faut souligner que le traitement humide des plaies garantit les échanges gazeux: il y a donc assez d'oxygène qui arrive à la plaie et la vapeur d'eau peut s'évaporer. Il n'y a donc pas formation d'une poche humide, comme sous une épaisse couche de pommade, où la chaleur stagne dans l'air bloqué et l'exsudat s'accumule puisqu'il ne peut pas s'écouler. Ce qui favorise la prolifération des germes.

TRAITEMENT EN FONCTION DES PHASES

Le traitement des plaies se fait en fonction des phases de la cicatrisation.

PLAIES QUI EXSUDENT

Durant la phase de nettoyage, le pansement absorbe et retient le sang et l'exsudat, avec les débris de cellules et les germes qui sont éliminés quand on change le pansement. Cela soutient les mécanismes de nettoyage du corps et réduit les risques d'infection. Parallèlement, le pansement protège la plaie des influences extérieures et ses bords de toute macération. Et comme la plaie n'est pas entièrement sèche, les anticorps, les interférons et les facteurs de croissance contenus dans l'exsudat peuvent rester en contact avec la surface de la plaie. Durant cette phase, priorité aux pansements qui ont une capacité d'absorption supérieure à celle des pansements conventionnels.

PLAIES QUI GRANULENT

Durant la phase de granulation, la plaie devrait d'abord se reposer. Durant cette période, le pansement devrait toujours empêcher le dessèchement de la plaie, tout en absorbant l'exsudat excédentaire et, si nécessaire, apporter de l'humidité. Le climat humide prévient l'adhésion de la surface de la plaie au

pansement. Quand la granulation se passe bien, il faudrait éviter de changer de pansement tous les jours car plus le pansement reste sur la plaie, mieux elle guérit.

PLAIES EN PHASE D'ÉPITHÉLIALISATION

Durant la phase d'épithélialisation, le pansement doit protéger le tissu nouvellement formé et sensible des influences extérieures. A ce stade, les sécrétions d'exsudat sont minimales et une nouvelle couche de peau se forme à partir des bords de la plaie. La plaie est de couleur rose clair à blanche. Pour que les cellules épithéliales puissent se déplacer à ce stade, il est important de maintenir la plaie humide. Il ne faut donc pas utiliser un pansement absorbant car il pourrait dessécher la plaie. Il faut aussi s'assurer que la plaie n'adhère pas au pansement, faute de quoi le nouvel épithélium risque d'être arraché lors du changement de pansement.

Pour éviter la formation d'une cicatrice importante, il peut être judicieux d'appliquer un gel cicatrisant sur la plaie fermée.

SÉLECTION DE PANSEMENTS POUR LE TRAITEMENT DES PLAIES CUTANÉES

Pansement mousse en polyuréthane à pores fins/pansement hydropolymère/pansement membrane polymère: ces pansements sont adaptés aux plaies qui produisent beaucoup ou énormément d'exsudat. Mais ils existent en versions allégées, conçues pour les plaies qui exsudent moins ou peu. Ils sont fabriqués à partir de mousse de polyuréthane à pores fins qui absorbe les sécrétions de la plaie, y compris les débris cellulaires et les bactéries. Ils gonflent alors, ce qui comble les petites irrégularités de la plaie et fait office de rembourrage. Sous la pression, ces pansements peuvent rejeter une partie du liquide, mais l'exsudat visqueux n'est pratiquement jamais absorbé.

Pansement hydrocolloïde, pansement hydrocolloïde-like et pansements hydroactifs: tous ces pansements sont conçus pour les plaies qui exsudent peu à moyennement.

– **Pansement hydrocolloïde:** des substances hydrophiles, comme la pectine, des dérivés de cellulose ou la gélatine, sont intégrées dans une matrice hydrofuge et, selon le produit, le bord est formé d'un non-tissé adhérent ou d'un film transparent. Un gel se forme lorsque l'exsudat entre en contact avec le pansement. Ce gel ressemble à du pus et ne doit pas être confondu avec lui. Cette cloque, visible sous le pansement, grandit progressivement. Le pansement doit être changé quand sa taille dépasse celle de la plaie. La formation de gel peut provoquer une macération des bords de la plaie. A l'application, les pansements hydrocolloïdes devraient donc dépasser de 2 à 3 cm les bords de la plaie. En automédication, ces produits sont sur-

tout proposés pour les ampoules, les callosités et les boutons de fièvre, mais il en existe aussi pour les éraflures.

- **Pansement hydrocolloïde-like:** dans la plupart des produits, des particules superabsorbantes de polyacrylate sont intégrées dans une matrice en hydropolymère. Mais il existe aussi des produits à base de carboxyméthylcellulose fabriqués avec la technologie hydrogel. Ces pansements absorbent les sécrétions de la plaie et ne les rejettent pas sous la pression. Ces produits fins et souples offrent un bon confort. Contrairement aux pansements hydrocolloïdaux, ces produits ne forment pas de gel jaune ressemblant au pus.
- **Pansement hydroactif:** une compresse absorbante en matière acrylique est nichée entre deux feuilles adhésives transparentes semi-perméables. La feuille en contact avec la plaie est perforée pour que l'exsudat puisse être absorbé. La transparence du pansement permet d'observer la plaie.

Hydrogel: les hydrogels contiennent beaucoup d'eau et conviennent donc bien pour maintenir l'humidité de la plaie. Mais ils ne peuvent guère absorber d'exsudat, raison pour laquelle ils ne conviennent qu'aux plaies sèches. On les trouve sous forme de gel en tube ou sous forme de patches hydrogel.

Alginate: les alginate sont disponibles sous forme de compresses et de tampons. Ils sont constitués d'algues brunes (acides alginiques), de calcium et d'oligo-éléments comme le zinc et le manganèse. Dès que l'exsudat entre en contact avec le pansement, un échange d'ions se fait: les alginate cèdent des ions de calcium et reçoivent des ions sodium – or le calcium a un effet hémostatique. En absorbant l'exsudat, les alginate gonflent comme un gel. Les alginate s'utilisent surtout pour les plaies à forte ou moyenne exsudation ainsi que pour les plaies profondes et infectées (qui nécessitent un suivi médical).

GLOSSAIRE/ OUVRAGES SPÉCIALISÉS

CORIUM derme

CUTIS épiderme et derme

DÉBRIDEMENT D'UNE PLAIE nettoyage ou parage de la plaie pour favoriser la cicatrisation; retrait des restes fibreux et nécrotiques de la plaie par un médecin ou un autre professionnel spécialisé. Le processus peut être chirurgical, mécanique, enzymatique ou autolytique.

EXSUDAT liquide qui s'écoule des vaisseaux lors d'une inflammation et qui est plus ou moins trouble en fonction de sa concentration en protéines et en cellules (protéines plasmatiques, par ex. leucocytes ou érythrocytes)

IATROGÈNE se dit d'un trouble ou d'une maladie provoquée par un acte médical

MACÉRATION DU BORD DE LA PLAIE ramollissement du bord de la plaie et de la zone atteinte

NÉCROSE mort d'un tissu organique, conséquence ultime d'un trouble métabolique local, par ex. suite à un manque d'oxygène, et dont la cause peut être chimique, physique ou traumatique

SOLUTION DE RINGER liquide à base d'une solution saline physiologique avec d'autres électrolytes comme le sodium, le potassium et le calcium. Sa composition est comparable à celle du plasma sanguin et du liquide extracellulaire. S'utilise pour les perfusions ainsi que comme solution de rinçage pour les plaies.

TÉTANOS maladie mortelle provoquée par des bactéries présentes partout dans l'environnement

SOURCES ET OUVRAGES SPÉCIALISÉS

- Support de cours Droguiste CFC, cahier K, Careum, Zurich, 2014
- Kerstin Protz, Moderne Wundversorgung, 9^e édition 2019, Elsevier GmbH
- Anette Vasel-Biergans, Wiltrud Probst, Wundversorgung in der Pflege, 2^e édition, 2011, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
- Office fédéral de la santé publique, Rayonnement, radioactivité et son, www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/strahlung-radioaktivitaet-schall.html#-346655499 [24.5.2020]
- Bundesamt für Strahlenschutz, www.bfs.de/DE/themen/ion/wirkung/einfuehrung/einfuehrung.html [24.5.2020]
- Deutsche Apotheker Zeitung, www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-17-2018/zwischen-traditionell-und-hydroaktiv [25.5.2020]
- Roche Lexikon der Medizin, 5^e édition, www.roche.de/lexikon/index.htm?userInput=Suche%2520im%2520Roche%2520Lexikon&loc=www.roche.de [9.6.2020]
- Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen <https://kssg.guidelines.ch/guideline/617> [22.6.2020]
- InfoVac, Informationsplattform für Impfungen, www.infovac.ch/de/impfungen/nach-krankheiten-geordnet/tetanus [22.6.2020]
- www.pharmawiki.ch [22.6.2020]

IMPRESSUM

Ce dossier spécialisé est un supplément thématique de l'éditeur au magazine spécialisé *Wirkstoff/vitamine*.

© 2020 – Association suisse des droguistes (ASD), 2502 Bienne.

Tous droits réservés. Reproduction et diffusion, aussi sous forme électronique, uniquement avec l'autorisation explicite de l'ASD.

Editeur et maison d'édition: Association suisse des droguistes, Rue de Nidau 15, 2502 Bienne, Téléphone 032 328 50 30, Fax 032 328 50 41, info@drogistenverband.ch, www.drogistenverband.ch. **Direction** Frank Storrer.

Rédaction Lukas Fuhrer. **Auteurs** Dr phil. nat. Anita Finger Weber.

Contrôle scientifique service scientifique de l'ASD.

Layout Claudia Luginbühl. **Traduction** Claudia Spätig, Marie-Noëlle Hofmann.

Vente d'annonces Tamara Freiburghaus,

inserate@drogistenverband.ch.

Impression W. Gassmann SA, Bienne.

printed in
switzerland