



LA ROCHE POSAY  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

CeraVe  
DÉVELOPPÉ AVEC DES DERMATOLOGUES

# ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE

DES PLAIES AIGUËS,  
CHRONIQUES ET  
DES CICATRICES

ÉDITION 2021

Destiné exclusivement aux professionnels de santé



## GRUPE D'EXPERTS

Les patients porteurs de plaies ou de cicatrices consultent fréquemment leur dermatologue. Les motifs de consultation les plus fréquents sont le traitement de plaies chroniques (le plus souvent des ulcères de jambe ou la prise en charge de complications de leurs plaies en particulier au niveau de la peau péri-lésionnelle) mais également le traitement de la cicatrice de nombreuses plaies.

Dans le cadre de la prise en charge et en complément du traitement étiologique et local de la plaie, les dermatologues conseillent de recourir à des produits de dermo-cosmétiques (nettoyants, hydratants, maquillage, protections solaires) notamment adaptés à la peau autour des plaies, d'autant que cette peau est fragilisée par les exsudats et par les pansements utilisés.

D'autres professionnels de santé sont régulièrement confrontés à la prise en charge de plaies qu'elles soient aiguës (urgentistes, généralistes, chirurgiens, spécialistes des brûlés...) ou chroniques (médecins vasculaires, spécialistes de médecine physique et réadaptation, diabétologues, gériatres...).

Bien évidemment, les infirmiers(ères) interviennent quotidiennement et avec proximité sur tout type de plaies. Ils et elles sont l'indispensable relais auprès de nos patients, qui peuvent les solliciter pour un conseil en produits d'hygiène ou de soin...

Afin de faciliter l'accompagnement des patients porteurs de plaies, La Roche-Posay a réuni un groupe d'experts de la plaie à la fois multi-professionnel et multidisciplinaire reflétant la diversité de la prise en charge.

Ce groupe a analysé les dernières données scientifiques disponibles en matière d'utilisation des produits d'hygiène et de soins dermo-cosmétiques, en se focalisant sur les besoins des patients porteurs d'escarre, ulcères de jambe, plaies du pied diabétique, dermite du siège, plaies traumatiques ou chirurgicales, brûlures et cicatrices.

En s'appuyant sur cette analyse ce groupe a proposé des recommandations pratiques de soins dermo-cosmétiques spécialement adaptés pour accompagner les patients au cours du traitement de leur plaie ou de leur cicatrice afin d'améliorer leur confort, leur qualité de vie et l'observance de leur traitement.

Dr Sylvie Meaume, Dermatologue Gériatre - **Paris**

Dr Nathalie Faucher, Gériatre - **Paris**

Dr Christine Jurus, Médecin Vasculaire - **Lyon**

Dr Jean-Michel Amici, Dermatologue Chirurgien - **Bordeaux**

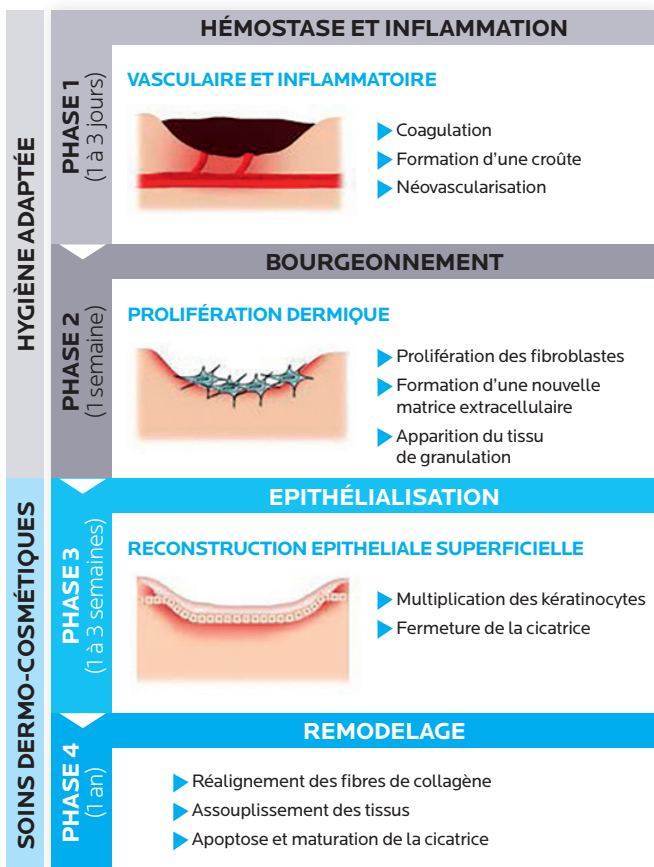
Pascal Vasseur, Infirmier Plaies et Cicatrisation - **Toulon**

Dr Jacques Martini, Diabétologue - **Toulouse**

# PHYSIOLOGIE DE LA CICATRISATION CUTANÉE

La cicatrisation est un processus physiologique fondamental inéluctable permettant de restaurer l'intégrité de la barrière cutanée.

Ce processus permet de reconstruire un néo-tissu aboutissant à une cicatrice. La cicatrisation se décompose en quatre phases successives.



# MICROBIOTE CUTANÉ RÔLE DANS LA CICATRISATION

Un **MICROBIOTE** est défini par un ensemble de micro-organismes (bactéries, levures, virus, ...) vivant dans un environnement donné : intestin, peau, bouche, ... Ainsi il n'existe pas un mais des microbiotes.

On appelle **MICROBIOME** l'ensemble des gènes codant pour un microbiote donné.

## UN MICROBIOTE SAIN EST DIVERSIFIÉ ET ÉQUILIBRÉ

Un microbiote cutané sain est composé de bactéries saprophytes variées et de bactéries pathogènes en quantité négligeable. L'ensemble des microorganismes du corps humain s'élève à près de 100 trillions pour un individu adulte et pèse près de 2 kilos. Chaque individu a un microbiote qui lui est propre et qui peut varier sous l'influence de multiples facteurs (hygiène de vie, alimentation, environnement, prise médicamenteuse, ...).

## LE MICROBIOTE CUTANÉ, UN RÔLE FONDAMENTAL

L'ensemble des ces communautés microbiennes complexes, vivant à la surface de la peau ont un rôle fondamental dans la protection et le contrôle de la fonction barrière.

### MICROBIOTE CUTANÉ ET CICATRISATION

Les lésions de la peau perturbent l'homéostasie cutanée des tissus et son microbiote. Plusieurs études ont démontré les **bénéfices des bactéries résidentes** sur la peau et les conséquences négatives potentielles de l'épuisement complet de la microflore cutanée.

Le microbiote induit une forme d'**immunité adaptative** qui associe la fonction antimicrobienne à la réparation des tissus. Les réponses immunitaires commensales participent ainsi à la **protection contre les agents pathogènes** et au **processus de cicatrisation**. La préservation du microbiote cutané apparaît donc comme essentielle à la cicatrisation.

1. The Cutaneous Microbiome and Wounds: New Molecular Targets to Promote Wound Healing. Taylor R. Johnson , Belinda I. Gómez, Matthew K. McIntyre , Michael A. Dubick, Robert J. Christy , Susannah E. Nicholson and David M. Burmeister. Int. J. Mol. Sci. 2018, 19, 2699

2. Non-classical immunity controls microbiota impact on skin immunity and tissue repair. Jonathan L. Linehan1, Oliver J. Harrison1, Seong-Ji Han1, Allyson L. Byrd1,2,3, Ivan Vujkovic-Cvijin1, Alejandro V. Villarino4, Shurjo K. Sen5, Jahangheer Shaik6, Margery Smelkinson7, Samira Tamoutounour1, Nicholas Collins1, Nicolas Bouladoux1,8, Amiran Dzutsev5, Stephan P. Rosshart9, Jesse H. Arubuckle10, Chung-Ru Wang11, Thomas M. Kristie10, Barbara Reherrmann9, Giorgio Trinchieri5, Jason M. Breckley12, John J. O'Shea4, and Yasmine Belkaid1,13. Cell. 2018 February 08; 172(4): 784–796.e18. doi:10.1016/j.cell.2017.12.033.

3. Microbiome dynamics of human epidermis following skin barrier disruption. Patrick LJM Zeeuwen1,2†, Jos Boekhorst1,3,4†, Ellen H van den Bogaard1,2, Heleen D de Koning1,2, Peter MC van de Kerkhof2, Delphine M Saultnier4, Iris I van Swam4, Sacha AFT van Hijum1,3,4, Michiel Kleerebezem4,5, Joost Schalkwijk1,2\*† and Harro M Timmerman4\*†. Zeeuwen et al. Genome Biology 2012, 13:R101

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

Maintenir ou garder la peau propre est fondamental pour son L'utilisation appropriée de produits dermo-cosmétiques permet Ce guide propose des soins dermo-cosmétiques adaptés aux

## POURQUOI UN PRODUIT NETTOYANT SANS SAVON ?

	HYGIÈNE
<b>pH</b> <b>pH BASIQUE</b> (8 à 12)	<b>SAVON</b>  Nettoyant sous forme solide ou liquide. C'est l'association d'un corps gras et d'une base (soude/potasse) qui donne les savons. <b>► pH basique (8 à 12)</b> <b>► Favorise le dessèchement de la peau</b> <i>Convient aux peaux normales</i>
<b>pH NEUTRE</b> (7)	<b>SAVON SURGRAS (pH 7-8)</b>  Savon enrichi en corps gras, existe sous forme solide (pain) ou liquide. <i>Convient aux peaux sèches</i>
<b>pH</b> <b>PHYSIOLOGIQUE</b> (5,5) <b>pH DE LA PEAU</b>	<b>SYNDET (SYNTHETIC DETERGENT)</b>  Nettoyant sans savon formulé à partir de tensio-actifs de synthèse, riche en corps gras, existe en crème ou en huile lavante. <b>► pH physiologique 5,5</b> <b>► Ne dessèche pas la peau</b> <i>Adapté aux peaux sous traitement en oncologie, peau sèche, atopie, prurit intense</i>

### LE SAVIEZ-VOUS ?

L'eau calcaire dessèche la peau et accélère la perte d'eau trans-épidermique.



"bon état".

de limiter, voire corriger le dessèchement induit par le nettoyage.  
plaies chroniques, aiguës et cicatrices.

## POURQUOI UN ÉMOLLIENT?

Un produit émollient est une préparation appliquée sur la peau dans le but de l'hydrater. On regroupe sous ce terme tous les produits cosmétiques destinés à lutter contre la peau sèche.

EAU

SOINS

### HYDRATATION

EMULSIONS H/E\*  
PEAU NORMALE ► LAIT

EMULSIONS H/E\*  
PEAU SÈCHE ► CRÈME

### NUTRITION

Existe en format baume, pommade ou stick

EMULSIONS H/E\*  
PEAU SÈCHE, ATOPIE, PRURIT INTENSE ► BAUME

### RÉPARATION

EMULSIONS E/H\*  
PEAU LÉSÉE ► BAUME/POMMADE

HUILE

\* Emulsion = mélange hétérogène de 2 liquides non miscibles  
H/E = huile dans eau - E/H = eau dans huile

# PEAUX SÈCHES

- ▶ Les peaux sèches manquent d'eau et de lipides ce qui altère leur fonction barrière.

## CLINIQUE

- | Toucher rêche
- | Manque de souplesse
- | Squames
- | Inconfort
- | Tiraillements
- | Démangeaisons
- | Irritations

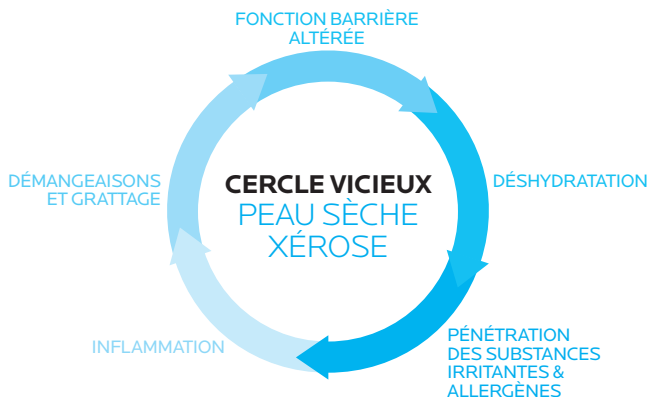


# XÉROSE

- ▶ État de sécheresse sévère :
  - | Peau anormalement sèche, squameuse
  - | Observée majoritairement sur les bras, les jambes et les zones de frottements

## CLINIQUE

- | Rougeurs
- | Rugosités
- | Desquamations
- | Prurit
- | Escoriations





# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

**Un nettoyant doux permet d'éviter de dessécher la peau et un relipidant de restaurer le film lipidique, améliorant ainsi le confort cutané du patient.**

### AU QUOTIDIEN

#### ▶ HYGIÈNE/NETTOYANT

- Douche quotidienne ou plus espacée à température tiède.
- Produit d'hygiène sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, type Syndet, huile lavante ou pain dermatologique sur l'ensemble du revêtement cutané, y compris le visage et le cuir chevelu.
- Bien sécher en tamponnant délicatement.
- Éviter de frotter pour ne pas induire d'irritations.

#### ▶ RELIPIDANT

- Appliquer sur la peau après la toilette.
- Utiliser un baume relipidant apaisant sur l'ensemble du revêtement cutané.

## CONSEILLER

- Garder les ongles courts pour éviter les lésions de grattage.
- Se laver à l'eau froide ou tiède.
- Appliquer un baume hydratant sur une peau encore humide.
- Espacer les bains, préférer la douche.

# ULCÈRE DE LA JAMBE

- ▶ Un ulcère de jambe est une plaie chronique, qui correspond à une effraction cutanée : l'ulcération atteint les couches profondes de la peau (derme), le délai de cicatrisation est supérieur à 6 semaines malgré un traitement bien conduit.
- ▶ L'ulcère de jambe est dans la très grande majorité des cas secondaire à une atteinte vasculaire : insuffisance veineuse, et/ou lymphatique, artériopathie oblitérante (= artérite), lésions capillaires ; toutes ces causes peuvent être associées entre elles, responsables d'un ulcère "mixte" (avec une prédominance veineuse ou artérielle).
- ▶ L'ulcère à prédominance veineuse, très fréquent, siège le plus souvent au tiers distal de la jambe, au dessus de la malléole interne. Dans le cas d'ulcères à prédominance artérielle, toutes les localisations sont possibles, avec une fréquence nette sur les extrémités pied et orteils.

AVANT

## Patients à risque d'ulcère :

En cas d'insuffisance veineuse chronique (primaire ou secondaire à une maladie post-thrombotique), atteinte de la peau avec dermite ocre, guêtre sclerodermiforme, atrophie blanche, zones cicatricielles d'anciens ulcères ; varices, œdème

En cas d'ulcère artériel : pied froid, peau dépilée, pouls non perçus

En cas d'atteinte capillaire : contexte HTA, traumatisme minime, fortes douleurs



PENDANT

## Plaie :

ulcère veineux, ulcère artériel, ulcère capillaire (= angiodermite nécrotique), ulcère mixte

## Peau péri-ulcéreuse :

dermite de stase, dermite d'irritation, eczéma, macération, inflammation...



APRÈS

## Cicatrice de l'ulcère et prévention des récurrences :

Importance de l'éducation thérapeutique pour favoriser l'observance (maintien compression, protection traumatismes etc.), y compris après cicatrisation.

Pour les ulcères à prédominance veineuse : compression au long cours, vérification régulière des téguments

Pour les ulcères à prédominance artérielle : contrôle échodoppler régulier, surveillance hémodynamique

En cas d'angiodermite nécrotique, maintien d'un bon équilibre tensionnel, protection des traumatismes



# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### AVANT

#### ▶ NETTOYANT

■ Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

■ **Conseils :** Bien rincer, sécher en tamponnant en insistant entre les orteils pour prévenir les surinfections mycosiques.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

■ Baume réparateur apaisant sans parfum.

■ **Conseils :** Appliquer par effleurage à chaque changement de pansement pour hydrater et éviter la formation des squames, prévenir le prurit.

### PENDANT

#### ▶ NETTOYANT

■ Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.

■ **Conseils :** laver la plaie abondamment à l'eau tiède et la peau péri-ulcéreuse à chaque changement de pansement, bien rincer, bien sécher.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

■ Pour la plaie : pansements techniques adaptés au volume d'exsudats.

■ **Conseils :** En cas de peau sèche squameuse : appliquer un baume relipidant apaisant sans parfum ou un kératolytique.

En cas de prurit : appliquer un baume hydratant.

En cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès, appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone péri-lésionnelle.

### APRÈS

#### ▶ NETTOYANT

■ Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

■ **Conseils :** Bien rincer, sécher en tamponnant en insistant entre les orteils pour prévenir les surinfections mycosiques.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

■ Appliquer un baume réparateur apaisant sans parfum en couche épaisse pour un effet protecteur après la toilette.

■ Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone péri-lésionnelle en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

■ **Conseils :** Surveiller la récurrence de la plaie.

En cas de plaie, consulter rapidement.

# PIED DIABÉTIQUE

- ▶ Le pied diabétique est défini par l'ensemble des anomalies trophiques du pied et reste surtout marqué par des ulcérations chroniques longues à cicatriser.
- ▶ Le facteur favorisante principal est la neuropathie marquée par une perte de la sensibilité et des déformations progressives. L'enjeu est la protection des tissus pour limiter le risque d'amputation.
- ▶ Importance de l'éducation thérapeutique pour favoriser la prévention : surveillance des pieds, chaussage adapté...

## HYPERKÉRATOSE

Conséquence des contraintes de pression. Son développement contribue à un effet de cisaillement des tissus sous-jacents à l'origine de l'ulcération. Sa récurrence et sa fragilité sont accentuées par la sécheresse cutanée du pied.



## ULCÈRE NEUROPATHIQUE

Conséquence de l'impact de la neuropathie sur la peau. Présent sur les zones d'hyperpression, il est secondaire à l'hyperkératose. L'ulcération est progressive et découverte principalement par un écoulement séro-sanguinolent ou une surinfection. Sa prise en charge impose une détartrage de la plaie et de la peau péri-lésionnelle et à la mise en décharge.



## PLAIE TRAUMATIQUE

Sa fréquence augmente avec l'apparition de troubles de la sensibilité thermo-algique. Les facteurs traumatiques sont multiples et souvent difficiles à identifier a posteriori, le principal étant le chaussage. La gravité de la plaie est expliquée par le maintien de façon prolongée de l'élément agressif en l'absence de signal d'alarme qu'est la douleur.



## ULCÈRE VASCULAIRE

Estimé à 15% des plaies du pied diabétique. L'ischémie tissulaire entraîne une fragilité cutanée importante et une vulnérabilité à des traumatismes minimes. Les causes de plaies les plus fréquentes, outre le chaussage, sont la chirurgie dite "de salle de bain" (soins de pédicurie réalisés par le patient dans de mauvaises conditions) et les plaies par frottement (coutures de chaussettes par exemple). L'absence de douleur masque la gravité de la plaie et entraîne un retard de prise en charge.



# SOIN DE PRÉVENTION

## EN PRATIQUE

### NETTOYANT

▮ Toilette et douche des 2 pieds avec un produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

▮ **Conseils :** Séchage des pieds et des espaces interorteils pour éviter la macération et le risque d'intertrigo mycosique. Examen systématique et exhaustif des 2 pieds au moins une fois par jour.

Solliciter un examen podologique au moins une fois par an.

Éviter les situations à risque de traumatisme (marche pieds nus).

Tester la température de l'eau avant d'asperger les pieds pour éviter les risques de brûlure.

### HYDRATANT

▮ Utiliser un baume relipidant sans urée 1 à 2 fois par jour pour limiter la sécheresse du pied.

▮ **Conseils :** Bien faire pénétrer la crème et ne pas appliquer de crème entre les orteils.

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### RÉPARATION ÉPIDERMIQUE

▮ Port d'orthèses plantaires avec répartition des charges pour prévenir la récurrence et application régulière d'un baume réparateur apaisant sans parfum.

▮ Appliquer un spray réparateur apaisant en zone péri-lésionnelle, en cas de zone trop sensible (hyperesthésie) au toucher ou difficile d'accès.

▮ **Conseils :** Privilégier la détergence de l'hyperkératose par le pédicure podologue.

### MAQUILLAGE

▮ Éviter le vernis à ongles qui peut masquer des pathologies des ongles.

# DERMITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE (DAI)

- ▶ Inflammation de l'épiderme accompagnée d'un érythème de la peau avec ou sans érosion, pouvant aller jusqu'à la dénudation de la peau liée à une exposition prolongée aux selles et/ou aux urines.
- ▶ Erythème qui évolue vers une dermite vernissée, rouge et des lésions multiples et confluentes.
- ▶ Localisation initiale : périnée, zone péri-génitale, fesses, pli inter-fessier, racines des cuisses avec respect des plis inguinaux puis en l'absence de traitement extension possible au bas du dos et partie inférieure de l'abdomen, faces antérieure et postérieure des cuisses.

## CATÉGORIE 0

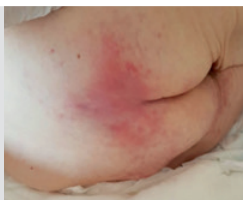
Patient à risque de DAI :  
Absence de rougeur, peau intacte.



## CATÉGORIE 1

Dermite légère :  
Rougeur\* mais peau intacte  
Erythème +/- œdème.

\*Attention sur peau sombre :  
aspect violacé, rouge foncé voire jaune.



## CATÉGORIE 2

Dermite modérée à sévère :  
Rougeur\* avec rupture de la peau  
Erythème +/- œdème.

\*Attention sur peau sombre :  
aspect violacé, rouge foncé voire jaune  
+/- vésicules, bulles, érosions  
+/- dénudation de la peau  
+/- colonisation par Candida Albicans  
(papules ou pustules blanchâtre à la  
périphérie : avis médical)



# SOINS DE PRÉVENTION

## EN PRATIQUE

### NETTOYANT

Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

**Conseils :** Nettoyer la peau avec de l'eau et un savon doux ou un syndet, bien rincer, sécher doucement en tamponnant. Changes fréquents et de bonne qualité.

### HYDRATANT / PROTECTEUR CUTANÉ

Si catégorie 0 : baume relipidant, sans parfum

Si catégorie 1 et 2 : protecteur cutané

**Conseils :** Appliquer en couche mince par effleurage à chaque change pour isoler la peau des irritants.

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### NETTOYANT

Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

**Conseils :** Laver la peau et les lésions avec de l'eau et un gel lavant, bien rincer, sécher doucement et précautionneusement. Changes fréquents et de bonne qualité.

### RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

Baume réparateur apaisant sans parfum.

**Conseils :** Appliquer en couche mince à chaque change. Prise en charge de la douleur associée.

# ESCARRES

- Lésion localisée de la peau et/ou des tissus mous sous-jacents en regard d'une saillie osseuse ou liée à un dispositif médical ou autre provoquée par une pression ou une combinaison de pression et de cisaillement.

**Stade 0** : Hyperhémie réactionnelle (peau intacte qui blanchit à la vitro pression). Réversible en moins de 24h, si mesures de prévention (lever de l'appui).



**Stade 1** : Érythème cutané sur une peau apparemment intacte mais ne disparaissant pas à la vitropression. Sur peau pigmentée, teinte violacée ou bleutée. Modifications de la température de la peau, de la consistance du tissu par rapport à la peau adjacente et apparition d'une douleur.



**Stade 2** : Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme se présentant comme une phlyctène ou une ulcération superficielle.



**Stade 3** : Perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique.



**Stade 4** : Perte de substance atteignant ou dépassant le fascia, pouvant impliquer l'os, une articulation, un muscle ou un tendon.





# SOINS DE PRÉVENTION

## EN PRATIQUE

### ▶ NETTOYANT

■ Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

■ **Conseils :** Rincer soigneusement et sécher doucement.

### ▶ HYDRATANT CUTANÉ

■ Baume relipidant restaurant le film hydrolipidique et formant une barrière protectrice contre les effluents.

■ **Conseils :** Effleurer avec des huiles hyper oxygénées.

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### ▶ NETTOYANT

■ Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.

■ **Conseils :** Douche possible, rincer soigneusement et sécher doucement la peau péri-lésionnelle.

### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

■ Pansements en fonction du stade de la plaie.

# PLAIES POST-OPÉRATOIRES

► Plaies suturées post-opératoires.

## GRADE 1

Plaie suturée du visage.  
Plaie suturée de membre.  
Peau péri-lésionnelle saine non lésée.



## GRADE 2

Plaie suturée péri-orificielle à proximité d'un gîte bactérien naturel.  
Plaie suturée des plis en zone de macération.



## GRADE 3

Plaie complexe :  
Lâchage de suture et nécrose du visage.  
Avis chirurgical recommandé.



Voir références bibliographiques p.28

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### GRADE 1

#### ▶ NETTOYANT

- Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum ou sérum physiologique.
- **Conseils :** L'usage d'un antiseptique (non recommandé) doit être évité ici pour limiter le risque de sensibilisation.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

- Pansement protecteur jusqu'au retrait des points puis utilisation d'un baume réparateur apaisant sans parfum après le retrait des points.
- Après retrait des points et cicatrisation complète, appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone péri-lésionnelle pour favoriser la réparation épidermique, et en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.
- **Conseils :** Masser 2 fois par jour pendant 10 minutes dès l'ablation des fils/agrafes, si non douloureux. Cf fiches auto-massage.

#### ▶ PHOTOPROTECTION

- En cas d'exposition à la lumière, appliquer une protection solaire avec un indice SPF50+.
- **Conseils :** Renouveler toutes les 2 heures.

### GRADE 2

#### ▶ NETTOYANT

- Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.  
Ou antiseptique et rinçage au sérum physiologique.  
Pansement de protection si besoin, jusqu'au retrait des points.
- **Conseils :** Éviter la macération. Dès amélioration, se référer au grade 1.

# PLAIES TRAUMATIQUES

- ▶ Selon leur origine, les plaies peuvent être contaminées par des souillures et des débris, dans ce cas elles ne peuvent pas être refermées tout de suite.
- ▶ Sont exclus morsure, piqure, griffure et plaie pénétrante qui nécessitent un avis médical ainsi que les coupures profondes, surtout si des tissus sous-jacents sont exposés.
- ▶ Sur avis médical, la vaccination antitétanique doit être vérifiée et un rappel fait si nécessaire.

## COUPURE

Coupure superficielle : les 2 bords sont proches et ne peuvent pas être écartés.  
Coupure profonde (plus de 0,5 cm de profondeur) : les 2 bords sont éloignés et la plaie est largement ouverte.  
En fonction de leur profondeur, des tendons, des muscles, des ligaments, des nerfs, des vaisseaux sanguins ou même l'os peuvent être touchés.



## DÉCHIRURE OU LACÉRATION

Causée par le cisaillement, par la friction ou par un traumatisme qui provoque la séparation de couches cutanées.  
Peut être superficielle (séparation de l'épiderme et du derme) ou profonde (séparation de l'épiderme et du derme des structures sous-jacentes) avec ou sans lambeau.



## DERMABRASION TRAUMATIQUE

Lésion aiguë de la peau étendue en surface (lésion peu profonde) qui ne dépasse pas l'hypoderme.  
Si la lésion dépasse l'hypoderme on parle d'avulsion cutanée.  
On l'observe quand le corps est traîné sur une surface rugueuse (accidents de la route, accidents de vélos ou motos sans protections, enfants dans les cours de récréation...).



# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### COUPURE

#### ▶ NETTOYANT

! Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.  
Utilisation possible d'antiseptique si la plaie est sale et consulter un médecin.

! **Conseils :** Ne pas utiliser de coton, des fibres pouvant rester dans la plaie. Préférer des compresses stériles.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

! Pansement jusqu'à fermeture de la plaie puis baume réparateur apaisant sans parfum sur la zone.

! Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone lésée après cicatrisation complète, en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

! **Conseils :** Conseiller du maquillage dans le cas d'une cicatrice au visage. Photoprotection en particulier sur le visage pendant 1 an.

### DÉCHIRURE OU LACÉRATION

#### ▶ NETTOYANT

! Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum, ou du sérum physiologique.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

! Pansement adapté pour cicatrisation : (Interface siliconé ou hydrocellulaire mince siliconé).

Si besoin repositionnement du lambeau.

! Baume réparateur apaisant sans parfum.

! Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone lésée après cicatrisation complète, en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

! **Conseils :** Ces déchirures ou lacérations surviennent chez les personnes âgées atteintes de dermatoporse. Protéger la peau des chocs directs tangentiels.

### DERMABRASION

#### ▶ NETTOYANT

! Laver abondamment à l'eau et au gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.  
L'eau oxygénée peut éventuellement aider à tarir une hémorragie mais doit être utilisée de manière exceptionnelle.

! **Conseils :** Ne pas frotter, ne pas utiliser de coton.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

! Pansement technique semi perméable et adhésif permettant la cicatrisation dirigée en milieu humide, indolore.

! Baume réparateur apaisant sans parfum.

! Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone lésée après cicatrisation complète, en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

# BRÛLURES

- ▶ La gravité de la brûlure dépend de plusieurs paramètres : sa localisation, sa topographie, sa profondeur, l'étendue de la surface endommagée et l'agent causal en question.
- ▶ La classification en degré se base essentiellement sur l'aspect des lésions.
- ▶ Une brûlure peut être bénigne, ou bien nécessiter de voir un médecin, éventuellement en urgence.
- ▶ Toute brûlure du 2<sup>ème</sup> ou du 3<sup>ème</sup> degré doit être médicalement surveillée.

## 1<sup>ER</sup> DEGRÉ

Les moins graves et les plus répandues. Seul l'épiderme est touché. Érythème douloureux qui cicatrise spontanément en quelques jours (coup de soleil par exemple).



## 2<sup>EME</sup> DEGRÉ

Selon le niveau d'atteinte du derme. Superficiel : phlyctène au sous-sol rouge, saignant au contact, douloureux, cicatrisation spontanée en 3 semaines en l'absence de surinfection. Profond: phlyctène au sous-sol rouge-blanc, moins douloureux, saignant peu au contact, phanères qui se détachent, atteinte vasculaire, destruction des cellules souches épidermiques. Impose une greffe de peau.



## 3<sup>EME</sup> DEGRÉ

Brûlures les plus graves, détruisent toute la peau (derme et épiderme), blanches (ou noires), dures, cartonnées, les phanères qui se détachent, insensibles, rétractiles, engaînant les membres. Prise en charge en service des brûlés.



# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### 1<sup>ER</sup> DEGRÉ

#### NETTOYANT

Produit d'hygiène (type SYNDET) sans parfum ni extrait de fruits et de plantes et au pH physiologique, proche de 5,5, huile lavante ou pain dermatologique.

**Conseils :** Ne pas frotter, sécher en tamponnant. Des compresses d'eau froide sur les brûlures au début peuvent servir à atténuer les douleurs.

#### RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

Baume réparateur apaisant sans parfum dès que la peau commence à desquamer.

Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone lésée, en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès (en alternative du baume).

**Conseils :** Appliquer 3 à 4 fois par jour.

#### PHOTOPROTECTION

En cas d'exposition à la lumière, appliquer une protection solaire avec un indice SPF50+.

**Conseils :** Pas d'exposition prolongée au soleil. Renouveler toutes les 2 heures.

### 2<sup>ÈME</sup> DEGRÉ

#### NETTOYANT

Comresse stérile pour protéger les phlyctènes en attendant leur ouverture par un médecin ou une infirmière.

Avant de découper les phlyctènes et également une fois les phlyctènes ouvertes : lavage à l'eau et gel lavant assainissant. Sécher en tamponnant la peau en périphérie, puis appliquer des pansements techniques jusqu'à cicatrisation ou greffe.

**Conseils :** Des antalgiques peuvent être donnés en pré-médication.

#### RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

Baume réparateur apaisant sans parfum dès cicatrisation complète, plusieurs fois par jour.

Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone lésée après cicatrisation complète, en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès (en alternative du baume).

**Conseils :** Protéger mécaniquement par des vêtements mais aussi une protection solaire.

# CICATRICES

► Cicatrices érythémateuses et télangiectasiques.

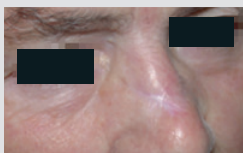
GRADE 1

Inflammation source de rougeur et risque d'hyperpigmentation post-inflammatoire.



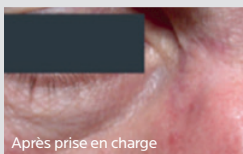
GRADE 2

Cicatrices achromiques :  
dépigmentées.



GRADE 3

Hypertrophie cicatricielle précoce.  
Excès de production de trousseaux  
de fibres de collagène.  
Défaut d'apoptose.



Voir références bibliographiques p.30



# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES

## EN PRATIQUE

### NETTOYANT

! Gel lavant assainissant au pH physiologique, proche de 5,5, sans parfum.

! **Conseils :** Bien sécher sans frotter, en tapotant, pour ne pas induire d'irritation.

### RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

! Baume réparateur apaisant, sans parfum.

! Appliquer un spray réparateur apaisant sur la zone péri-lésionnelle pour favoriser la réparation épidermique, et en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

! **Conseils :** Masser 2 fois par jour pendant 10 minutes.

### PHOTOPROTECTION

! En cas d'exposition à la lumière, appliquer une protection solaire avec un indice SPF50+.

! **Conseils :** Renouveler toutes les 2 heures.

### MAQUILLAGE

! Correcteur de teint sans parfum.

! **Conseils :** Appliquer après un soin hydratant. Déposer un goutte de correcteur sur le doigt et tapoter la zone à corriger.

# AUTOMASSAGE D'UNE CICATRICE



- ▶ L'automassage améliore la prise en charge de la cicatrice.
- ▶ L'automassage peut être réalisé dès l'ablation des fils et/ou des agrafes et avec autorisation d'un professionnel de santé.

## PRÉPARATION



Se laver les mains.



Laver la zone cicatricielle avec un produit gel lavant doux adapté aux peaux fragilisées. Bien sécher sans frotter mais en tapotant.

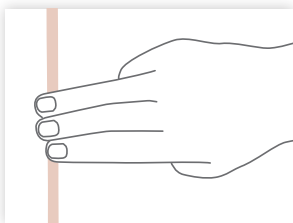


Appliquer un soin réparateur hydratant sans parfum 2 fois/jour avant le massage.



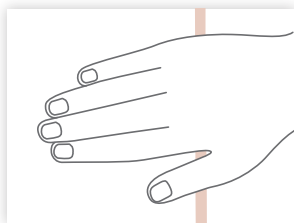
Appliquer une protection solaire avec un indice SPF 50+ après le massage.

## POSITIONNEMENT À ADOPTER AVANT DE PRATIQUER L'AUTOMASSAGE



### PETITE CICATRICE

Utiliser 2 ou 3 doigts sur la ligne cicatricielle.



### GRANDE CICATRICE

Utiliser la main entière pour mobiliser la cicatrice.

# RÉALISATION DE L'AUTOMASSAGE

Le massage doit être effectué sans écarter les berges.

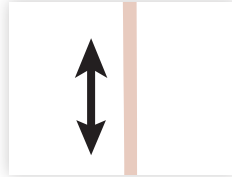
## ÉTAPE 1

- Appuyer sur la cicatrice puis faire des cercles.  
Les doigts ne doivent pas frotter la peau, c'est la peau qui bouge.



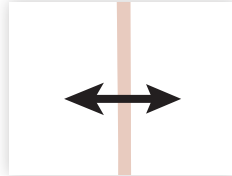
## ÉTAPE 2

- Faire la même chose avec des mouvements de haut en bas et de bas en haut.



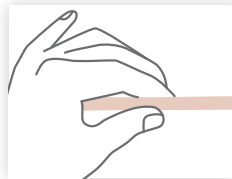
## ÉTAPE 3

- Continuer en faisant la même chose de gauche à droite et de droite à gauche.



## ÉTAPE 4

- Enfin, placer les doigts de chaque côté de la cicatrice. Soulever doucement pour tenter de décoller la peau des tissus et des muscles.



APRÈS 2 MOIS  
Et accord d'un  
professionnel de santé

## REMARQUES

- Éviter de faire glisser les doigts sur la cicatrice de façon excessive.
- La pression doit être dosée et augmentée progressivement.
- La pression exercée doit permettre de blanchir la peau.



10 minutes



2 / jour

# SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUES SANS PARFUM

## PRÉVENTION

### PEAUX SÈCHES

#### ▶ NETTOYANT

- > Pain dermatologique
- > Syndet ou huile, sans parfum, pH physiologique

#### ▶ HYDRATANT

- > Crème ou Baume relipidant

## RÉPARATION/ACCOMPAGNEMENT

### PEAUX FRAGILISÉES

#### ▶ NETTOYANT

- > Soluté physiologique sans rinçage
- > Gel lavant assainissant

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

- > Baume réparateur apaisant
- > Spray réparateur apaisant

## EN COMPLÉMENT

#### ▶ PHOTOPROTECTION

- > SPF50 + anti UVA-UVB

#### ▶ MAQUILLAGE

- > Teint correcteur

# CONSEILS PRATIQUES D'UTILISATION

## PRÉVENTION

### PEAUX SÈCHES

#### ▶ NETTOYANT

1 à 2 fois par jour sur peau mouillée, faire mousser puis rincer.

#### ▶ HYDRATANT

Visage : 1 à 2 applications par jour sur peau propre.

Corps : 1 application par jour sur peau préalablement nettoyée et séchée.

## RÉPARATION/ACCOMPAGNEMENT

### PEAUX FRAGILISÉES

#### ▶ NETTOYANT

Soluté : usage quotidien.

Gel lavant : 1 à 2 fois par jour sur peau mouillée, faire mousser puis rincer.

#### ▶ RÉPARATEUR ÉPIDERMIQUE

Baume : 2 applications par jour sur la zone fragilisée préalablement nettoyée. Texture adaptée au massage.

Spray : 2 applications par jour sur la zone fragilisée préalablement nettoyée en cas de zone trop douloureuse au toucher et/ou difficile d'accès.

## EN COMPLÉMENT

#### ▶ PHOTOPROTECTION

1 application toutes les 2 heures sur les zones exposées à la lumière.

#### ▶ MAQUILLAGE

Appliquer après le soin hydratant.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ULCÈRE DE LA JAMBE

Meaume S, Kerihuel JC, Fromantin I, Teot L. Workload and prévalence of open wounds in the community : French Vulnus initiative. *Revue J Wound Care* 2012 ; 21 : 62-73.

Maillard H, Dessart P. Les causes systémiques d'ulcères de jambes. *Journal des Plaies et Cicatrisation* 2015 ; 99.

La sclérothérapie (sclérose de varices des jambes).

Laser, radiofréquence et vapeur pour traiter les varices.

Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansements, juin 2006.

Gardon-Mollard C. La compression médicale. *Journal des Plaies et Cicatrisation* 2005 ; 51 : 6-11.

Bon usage des technologies de santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques ; Déc 2010.

Couturier P, Carpentier P, Bouchet J, Richaud C, Berger F, Franco A. Prise en charge et traitement des ulcères artériels. Base de connaissances.

Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) ; Avr 2006.

## PIED DIABÉTIQUE

Richard JL. Le pied diabétique : le point de vue du diabétologue. *Sang-Thrombose-Vaisseaux* 1995 ; 7 : 557-566.

La pandémie du diabète.

El Mezouar I, Ezzahra Abourazzak F, Tahiri L, Harzy T. La neuropathie de Charcot. *Revue Mar Rhum* 2015.

International Working Group on the Diabetic Foot. Groupe international de travail sur le pied diabétique 2011.

Grandpré L. L'utilisation du mono-filament et l'évaluation du risque de plaie du pied chez les patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes landais. *Human Health and Pathologie* 2013.

Hartemann-Heurtier A, Ha Van G, Jacqueminet S. Prise en charge du mal perforant plantaire. *Médecine thérapeutique / Endocrinologie* 2001 ; 3.

Lavigne JP, Richard JL, Sotto A. Nouvelles avancées dans les infections des plaies du pied chez le patient diabétique. *Revue francophone des laboratoires* 2011 ; 434 : 57-64.

Lavigne JP, Sotto A. Recommandations pour la bonne pratique du prélèvement microbiologie dans les infections cutanées et osseuses : à propos du pied diabétique. *Spectra biologie* 2007 ; 159 : 29-33.

Dépistage et prise en charge préventive des complications podologique chez le patient diabétique ; Sept 2014.

Martini J. Le pied diabétique : dépistage et prévention. *La revue de médecine interne* 2008 ; 29 : 260-263.

Hamoneta J, Verdié-Kesslera C, Davieta JC, Denesc E, NGuyenn Hoanga CL, Sallea JY, et al. Évaluation d'une prise en charge multidisciplinaire préventive et curative du pied diabétique. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2010 ; 53 : 306-318.

Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique par pédicure-podologue. Recommandation HAS juillet 2007.

Richard J, Vannereau D, Parer-Richard C, Jourdan N, Brunon A. Conseils aux patients diabétiques concernant leurs pieds. *Revue Journal des Plaies et Cicatrisation* 2004 ; 41 : 17-23.

Guide parcours de soins : Diabète type 2 de l'adulte. HAS Mars 2014.

Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?

Grandperret Vauthier S, Zimmermann C, Touvrety C, Meillet L, Tesser C, Schillo F, et al. Ulcères du pied diabétique : décharge et éducation thérapeutique. *Revue Journal des Plaies et Cicatrisation* 2015.

## DERMITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE (DAI)

Beckman D. A decade of research on Incontinence-associated Dermatitis (IAD) : evidence knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability*. 2017 feb ; 26(1) : 47-56

De Meyer D, Gabriel S, Kottner J, Van Damme N, Van Den Bussche K, Varheaghe S, Van Hecke A, Beckman D.

Outcome measurement instruments for erythema associated with incontinence-associated dermatitis : systematic review.

*J Adv Nurs*. 2019; 00 : 1-25

## ESCARRES

Lévy-Djebbour S. Résultats de l'enquête régionale de prévalence du risque d'escarre 2015. Analyse internationale. Prévention des escarres : pression, cisaillement, friction et microclimat en contexte. Document de consensus. Londres : Wounds International, 2010.

Kennedy KL. Kennedy Terminal Ulcer. *Skin & Wound Care* 1989 ; 2 : 44-45.

Fromantin I, Falcou MC, Baffie A, et al. Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. *J Wound Care* 2011 ; 20 : 330-334.

Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, et al. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer* 2009 ; 45 : 3237-3244.

Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010 ; 24 : 669-673.

NPUAP, EPUAP and PPPIA. Prevention and treatment of pressure ulcers ; 2014.

Moore ZE. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database syst rev*. 2013

Lupianez-Perez I. A cost minimization analysis of olive oil vs hyperoxygenated fatty acid treatment for the prevention of PU in primary healthcare. *Wound Repair Regen*. 2017

## PLAIES POST-OPÉRATOIRES

Amici JM, Chaussade V. *Ann Dermatol Vénereol*, How to optimize scarring in dermatologic surgery ? ; 2016 Dec ; 143 Suppl 2:S20-S25. doi: 10.1016/S0151-9638(18)30080-2.

## PLAIES TRAUMATIQUES

Benbow M. Assessment, prevention and management of skin tears. *Nurs Older People* ; 2017 April ; 28;29(4):31-39.

Humbert P, Dréno B, Krutmann J, Luger TA, Triller R, Meaume S, Seité S. Recommendation for managing cutaneous disorders associated with advancing age. *Clin Interv Aging* ; 2016 Feb ; 12;11:141-8.

Lefort H, Zanker C, Fromantin I, Claret PG, Douay B, Ganasia O, Le Conte P, Martinez M, Rothman C, Revol M, Valdenaire G et al. Prise en charges des plaies en structures d'urgence. *Revue francophone de Cicatrisation* ; 2018 ; 1 : 47-61.

Beckman D. & Van Tiggelen H. (2018) International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System – French version. Skin Integrity Research Group (SKINT), Ghent University. Available to download from [HYPERLINK "https://urldefense.com/v3/\\_http://www.skintghent.be\\_!!IY5JXqZAIQIs3ovTlTH8THbuVKTeXYr0I9hD3qYEoDN9wkrPh6hOoNjCokRWfGOTG\\_ avW5tuB9rRZ\\_WrQ5"](https://urldefense.com/v3/_http://www.skintghent.be_!!IY5JXqZAIQIs3ovTlTH8THbuVKTeXYr0I9hD3qYEoDN9wkrPh6hOoNjCokRWfGOTG_ avW5tuB9rRZ_WrQ5) www.skintghent.be

## BRÛLURES

Alsbjörn B, Gilbert P, Hartmann B, Kazmierski M, Monstrey S, Palao R. et al. Guidelines for the management of partial-thickness burns in a general hospital or community setting—recommendations of a European working party. *Burns* ; 2007 ; 33 : 155-60.

Arno AI, Gauglitz GG, Barret JP, Jeschke MG. New molecular medicine-based scar management strategies. *Burns* ; 2014 ; 539-5.

Due E, Rossen K, Sorensen LT, Kliem A, Karlsmark T, Haedersdal M. Effect of UV irradiation on cutaneous cicatrices: a randomized, controlled trial with clinical, skin reflectance, histological, immunohistochemical and biochemical evaluations. *Acta Derm Venereol* ; 2007 ; 87(1) : 27-32.

Monstrey S, Middelkoop E, Vranckx JJ, Bassetto F, Ziegler UE, Meaume S, Téot L. Update d'scar management practical guidelines : non-invasive and invasive measures. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014 Aug ; 67(8) : 1017-25.

O'Shaughnessy KD1, De La Garza M, Roy NK, Mustoe TA. Homeostasis of the epidermal barrier layer: a theory of how occlusion reduces hypertrophic scarring *Wound Repair Regen* ; 2009 Sep-Oct ; 17(5) : 700-8.

Zurada JM1, Kriegel D, Davis IC. Topical treatments for hypertrophic scars. *J Am Acad Dermatol* ; 2006 Dec ; 55(6) : 1024-3.

## CICATRICES

Amici JM Hypertrophie cicatricielle précoce post-chirurgicale de la région nasale : intérêt des injections de corticoïde retard. *Ann Dermatol Vénéréol* ; 2014 ; 141 : 7-13.

LA ROCHE POSAY  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE  
PRO

[www.laroche-posaypro.fr](http://www.laroche-posaypro.fr)

CeraVe  
DÉVELOPPÉ AVEC DES DERMATOLOGUES

LA ROCHE-POSAY  
S'ENGAGE



100% PAPIER  
RECYCLABLE