

# Soins de la peau pour la protection et le traitement de la dermatite associée à l'incontinence (DAI) visant à minimiser la susceptibilité au développement de lésions de pression (LP)

## RÉSUMÉ

Ce manuscrit résume un concept clinique important, avoir un protocole de soins de la peau pour protéger et traiter la peau contre la dermatite associée à l'incontinence (DAI) afin de prévenir et de minimiser l'association DAI sur le développement ultérieur des lésions de pression (LP).

La protection de la peau pour tous les tons de peau est impérative afin de protéger la peau contre les présentations tardives exagérées de DAI.

**Mots clés** DAI, dermatite associée à l'incontinence, protection de la peau DAI, lésions de pression

**Référence** Smart H & Sibbald RG. Skin care for the protection and treatment of incontinence associated dermatitis (IAD) to minimise susceptibility for pressure injury (PI) development. WCET® Journal 2020;40(4):40-44

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.4.40-44>

## INTRODUCTION

Préserver la fonction barrière de la peau est un rôle de pratique clinique important que l'on retrouve souvent dans le domaine de la pratique infirmière. La dermatite associée à l'incontinence (DAI) cause souvent un inconfort intense aux patients et a tendance à se développer rapidement chez les personnes à peau blanche et plus tard, mais sous une forme exagérée, chez les personnes dont les tons de peau sont plus foncés ; cela est dû au fait que les premiers indices visuels cliniques sont masqués et non identifiés. En utilisant des données probantes de la littérature et des exemples cliniques, les auteurs mettront en évidence la pâte d'oxyde de zinc comme option de soins dans le cadre clinique en raison de sa disponibilité et de son coût relativement pas.

### Hiske Smart\*

RN, MA (Nur), Hons BSocSc (Nur), PGDip (WHTR – Royaume-Uni), IIWCC (Can)

Infirmière gestionnaire et infirmière clinicienne experte – Unité de soins des plaies et d'oxygénothérapie hyperbarique, Hôpital universitaire du roi Hamad, Royaume de Bahreïn

Secrétaire générale – World Union of Wound Healing Societies

E-mail [hisksmart@gmail.com](mailto:hisksmart@gmail.com)

### R. Gary Sibbald

BScMd, MEd, DSC (Hon), FRCPC (Med)(Derm), FAAD, MAPWCA, JM  
Professeur de médecine et de santé publique, Université de Toronto  
Directeur de l'International Interprofessional Wound Care Course (IIWCC) & Masters of Science Community Health (Prévention et soins des plaies), Dalla Lana School of Public Health

Co-rédacteur en chef, *Advances in Skin and Wound Care*

Chef de projet ECHO Ontario, Skin & Wound

Investigateur, Institute Better Health, Trillium Health Partners

\*Auteur correspondant

## DERMATITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE (DAI)

La DAI est l'une des quatre étiologies incluses dans la catégorie de dermatite associée à l'humidité (DAH). La DAI a été définie dans la littérature comme une « forme de dermatite de contact irritante qui se développe à la suite d'une exposition chronique à l'urine ou aux selles liquides »<sup>1-3</sup>. Il y a lieu de croire que l'étiologie résulte d'une exposition prolongée de la peau à l'urine ou aux selles liquides (souvent ensemble) entraînant la transformation du pH acide normal de la peau en un pH alcalin.<sup>1-6</sup> Dès que le « manteau acide » de la peau est fragilisé, la peau peut subir une réponse inflammatoire (érythème) à l'humidité de l'urine et/ou des selles et la barrière cutanée peut être compromise<sup>1-6</sup>.

L'apparence de la peau rouge (érythème) est différente en fonction de la pigmentation naturelle de la peau<sup>5</sup>. Sur une peau brune ou noire, l'érythème peut ne pas paraître rouge mais être d'un ton plus foncé que la peau environnante, ce qui complique le diagnostic lorsque la peau est examinée (Figure 1). La prévention des lésions cutanées est toujours préférable au traitement, mais les lésions cutanées précoces sont souvent plus difficiles à détecter sur les peaux plus foncées<sup>5</sup>, retardant les interventions.

## LÉSIONS DE PRESSION (LP) ASSOCIÉES UNE DAI.

La littérature soutient une association entre la DAI et la formation de lésions de pression (LP), bien que l'étiologie diffère entre les deux<sup>7-11</sup>. Lachenbruch et al.<sup>8</sup> ont analysé 176 689 patients et constaté que 92 889 personnes souffrant d'incontinence avaient une incidence de LP de 16.3 % par rapport aux personnes continentes (n=83,800) avec une incidence de 4.1 %. La DAI a été associée à une incidence de LP plus élevée que prévu par le score de l'échelle de risque de Braden à lui-seul. Gray et Giuliano<sup>9</sup> ont évalué 5342 patients, dont 2492 (46.6 %) étaient incontinents

d'urine. Ils ont conclu que 21.3 % de la DAI pouvaient être associée à une mycose secondaire, à l'immobilité et à une incidence accrue de LP sacrées<sup>9</sup>.

Sur le plan clinique, les LP apparaissent sur des proéminences osseuses distinctes avec des bords distincts<sup>10</sup>. La DAI, par contre, a un aspect plus diffus qui peut être présent dans la région périnéale et se diffuser sur la zone du fessier, provoquant une dermatite distincte sur la peau en contact prolongé avec le contenu d'incontinence<sup>2,3,5,10</sup>. Lorsqu'elles coexistent, le patron diffus de la DAI demeure sous une forme

exagérée<sup>8,9</sup> (Figure 2). McNichol et ses collègues<sup>4</sup> ont résumé la littérature sur l'importance de traiter la DAI agressivement dans le but de réduire le développement ultérieur de LP.

Un autre soutien de cette association DAI/LP est documenté dans le Comité consultatif des ulcères de pression européen, le Comité consultatif des lésions de pression national, et la directive concernant les lésions de pression de l'Alliance sur les lésions de pression pan-pacifique les plus récents<sup>10</sup>. Trois directives sont essentielles à la pratique en ce qui concerne la coexistence de la DAI et des LP. L'un d'entre eux concerne

Différence dans la présentation clinique de l'érythème en fonction du taux de mélatonine de la peau		
	Présentation superficielle avec ou sans implication fongique	Présentation clinique d'une DAI et d'une LP coexistant, quel que soit celle qui est apparu en premier
Peau jaune		
Peau jaune	 Avec une présence fongique	
Peau noire		

Figure 1. Présentation clinique d'un érythème et d'une DAI coexistant avec une LP observée avec des tons de peau plus foncée (Tableau et photos © Smart & Sibbald)



Lésions de pression clairement visibles sur trois proéminences osseuses principales – sacrum et deux tubérosités ischiatiques	Lésions de pression combinées au dommage causé par l'humidité liée à l'incontinence (DAI) avec des proéminences osseuses masquées par un dommage cutané supplémentaire
	

Figure 2. IP seules et coexistant avec une DAI chez des personnes de peau plus foncée (Tableau et photos © Smart & Sibbald)

la perte de la capacité de protection inerte de la peau avec l'énoncé : « Les dommages cutanés associés à l'humidité peuvent compromettre la fonction barrière de l'épiderme et donc prédisposer les tissus aux lésions de pression »<sup>10(p.21)</sup>. L'autre concerne la capacité de la peau à tolérer des forces supplémentaires si elle est compromise par l'humidité superficielle : « L'humidité superficielle de la peau combinée à une pression et/ou un cisaillement peut accroître l'incidence des lésions de pression »<sup>10(p.86)</sup>.

Un autre énoncé, qui peut sembler contradictoire par nature, déconseille également une peau ultra-sèche déshydratée ou squameuse comme facteur de risque de dégradation de la peau en cas de contact avec un contenu d'incontinence :

*Bien que la recherche liant directement l'hydratation de la peau à une réduction de l'incidence des lésions de pression fasse défaut, une étude épidémiologique chez des personnes hospitalisées à mobilité réduite (n=286) a noté que la peau sèche était un facteur de risque significatif et indépendant de lésions de pression dans une analyse multivariée 21 (pronostic de niveau 3). L'application régulière d'une crème hydratante dans le cadre d'un régime d'hygiène cutanée est suggérée pour favoriser l'hydratation de la peau et prévenir d'autres affections cutanées indésirables, y compris une peau sèche et des déchirures cutanées*<sup>10(p.86)</sup>.

### FONCTION BARRIÈRE ET STRATÉGIES D'INTERVENTION DE PROTECTION CUTANÉE

La solution consiste à garder la peau bien hydratée pour maintenir le gradient de protection de l'humidité de la peau<sup>4,8,12,13</sup>. Chez les personnes à peau blanche, ce gradient de protection de l'unité d'humidité est trois fois plus faible que chez les personnes à peau plus foncée (ratio 2:6)<sup>12</sup>. Ceci explique le risque de sécheresse de la peau comme facteur de dommages dus à l'humidité causés par les enzymes des selles et de l'urée urinaire qui se produisent beaucoup plus rapidement chez les personnes à la peau blanche que chez les personnes à la peau plus foncée. La qualité de la couche cornée est également importante car elle est la plus fine aux deux extrémités opposées de la fourchette d'âges (bébés<sup>13</sup> et personnes âgées s<sup>14</sup>). Une intervention précoce pour traiter la cause de l'incontinence est nécessaire conjointement à un protocole de soins de la peau pour protéger, maintenir et rétablir la barrière cutanée<sup>4-8,11</sup>.

Dans la pratique clinique, il est essentiel de sensibiliser le personnel infirmier et les professionnels non médicaux et inclure la famille impliquée dans les soins de la personne dans l'utilisation de produits appropriés pour le nettoyage de la peau. Les outils éducatifs sont des moyens faciles de résumer les points clés et de fournir au soignant des renseignements sur les

<b>ACT</b> ©Ayello & Sibbald 2016		
<b>A</b>	Assess (Evaluer)	Compétence d'évaluation présente pour une évaluation correcte de la peau Approche proactive avec un timing correct
<b>C</b>	Clean (Nettoyer)	Nettoyage directement après une incidence d'incontinence Maintenir l'équilibre pH en utilisant le produit correct Exactitude procédurale dans la prévention des microtraumatismes cutanés
<b>T</b>	Treat (Traiter)	Identifier la cause de l'incontinence Protéger la peau vulnérable de l'humidité avant qu'une lésion ne se produise Eviter la présence de dispositifs supplémentaires pouvant entraîner un traumatisme Utiliser des produits appropriés et disponibles correctement Le timing de l'application des produits est critique

Figure 3. Outil clinique guidant les soins de la peau en présence d'une DLI



éléments essentiels des soins. L'un de ces outils éducatifs dans les soins de la peau DAI consiste à utiliser le code mnémotechnique ACT pour guider le clinicien dans une approche globale des soins de la peau<sup>4</sup> (Figure 3).

### Options en matière de soins de la peau

Le nettoyage de la peau après des épisodes d'incontinence a un niveau de preuves B2 en tant qu'intervention efficace pour éliminer les débris de surface résiduels des selles ou de l'urine sur la peau<sup>10</sup>. Les savons neutres ou les produits surgras<sup>15</sup> sont préférables aux savons ordinaires qui sont trop alcalins (pH 9–10). Ce pH extrême perturbe le manteau acide de la peau ou endommage les protéines structurelles présentes dans la peau. Un bon rinçage et un tapotement doux de la peau pour la sécher ajoutent une valeur supplémentaire à la protection de la peau, car il évite les frottements ou les massages vigoureux qui peuvent micro-endommager la peau et les sous-structures<sup>10,11</sup>.

### Utilisation de barrières cutanées

Le facteur hydratant naturel de la peau est dû à des humectants intégrés qui maintiennent la teneur en humidité de la surface de la peau à 10 % pour une peau intacte<sup>14</sup>. Les produits qui n'altèrent pas le pH (car les bactéries se prolifèrent dans un environnement alcalin<sup>10</sup>) et constituent une barrière contre l'incontinence sont préférables et impératifs pour obtenir de meilleurs résultats en termes de réparation cutanée<sup>4-8,16,17</sup>. Les hydratants fréquemment utilisés dans les protocoles de protection cutanée peuvent être sous forme humectante ou émoulliente. Les humectants existent sous plusieurs formes pouvant contenir des acrylates formant un film liquide, des céramides, de l'urée, de l'acide lactique ou de la glycérine, dans le but de lier l'eau à la surface de la peau<sup>16,17</sup>. Ceci peut provoquer des brûlures et des picotements locaux lorsque l'eau est extraite des couches plus profondes. S'ils sont appliqués après le lavage ou le bain alors que la peau est encore humide (en 2 à 3 minutes), ce problème peut être évité<sup>16</sup>. Les émoullissants, par contre, peuvent être appliqués à tout moment ; ils évitent les pertes insensibles d'humidité de la surface de la peau<sup>18</sup>. Comme la peau endommagée par la DAI peut être douloureuse, les produits qui ne piquent pas ou ne brûlent pas lors de l'application peuvent être préférables pour répondre aux inquiétudes centrées sur le patient en matière de gestion de la douleur.

### L'oxyde de zinc comme exemple d'émoullient dans les soins préventifs de la DAI

L'oxyde de zinc est une barrière améliorée qui empêche les bactéries, les irritants de contact (p. ex. les selles, l'urine) et les allergènes de pénétrer dans la peau. Dans les préparations de pommade à l'oxyde de zinc, l'oxyde de zinc est associé à la vaseline car ceci crée une barrière rigide assurant une adhérence et une protection supplémentaires de la peau. Il risque moins de se ramollir ou de migrer de la peau vers une plaie plus profonde coexistante dans cette même zone qu'avec la base de vaseline seule<sup>18</sup>.

La revue de Cochrane en 2016 sur la prévention et le traitement de la DAI chez des adultes<sup>17</sup> a cité plusieurs essais sur une pommade de zinc qui a évité ou réussi à traiter la DAI. Il n'est pas toujours nécessaire d'enlever les pommades à l'oxyde de zinc si la surface est propre et elles peuvent être laissées pour remplir les espaces. L'utilisation d'un abaisse-langue propre

pour répartir uniformément la préparation d'oxyde de zinc minimise la résistance au frottement sur la peau qui se produit souvent lors de l'application. Il est bien établi que l'application topique de zinc sur la peau contribue à renforcer les systèmes de défense locaux de la peau contre une infection superficielle, tout en augmentant la migration de l'épithélium pour couvrir rapidement les petites lésions dans la zone<sup>18</sup>. Depuis la création du pansement en pâte d'oxyde de zinc pour les ulcères veineux par le dermatologue allemand Unna en 1895, il existe des preuves suffisantes de son effet bénéfique sur la cicatrisation de la peau, et aucun effet systémique indésirable n'a été documenté<sup>16</sup>. Bien que d'autres études robustes soient nécessaires, les préparations à base de pâte de zinc s'avèrent être des protecteurs cutanés efficaces<sup>17</sup> et sont suffisamment sûres pour être utilisées sur les bébés<sup>13</sup>.

D'un point de vue pratique, une barrière à l'oxyde de zinc peut être appliquée facilement sur une peau sans érythème ou en cas de légères rougeurs à l'aide d'une main gantée ou d'un abaisse-langue. En présence d'érosions (perte d'épiderme superficiel avec une base épidermique par opposition à une base dermique ou plus profonde) ou de papules satellites ou de pustules indiquant une candidose, un antifongique topique serait alors nécessaire comme première couche. L'agent antifongique peut être appliqué en premier sur la peau comme traitement, suivi d'une application de la couche protectrice d'oxyde de zinc comme deuxième couche. Ceci pose souvent un défi de pratique car l'application en présence d'humidité est difficile. En étendant la pommade au zinc sur un support (de la gaze ordinaire ou de la gaze imprégnée si possible), puis en appliquant ce support à l'envers sur la zone comme dernière couche, ce problème peut être évité. Si l'oxyde de zinc s'estompe entre les épisodes d'incontinence, une autre couche peut être appliquée une ou deux fois par jour. En cas d'épisodes d'incontinence répétés, le nettoyage de la peau, son séchage en douceur en tapotant, et l'application de la pommade barrière doivent être répétés à chaque fois épisode d'incontinence<sup>10,11</sup>.

## CONCLUSION

Une peau saine doit être intacte et avoir une teneur en humidité de la couche cornée de 10 %. L'incontinence des selles et de l'urine peut compromettre cette barrière chez les personnes à la peau blanche et plus foncée tout en augmentant leur susceptibilité à développer une DAI et une de LP. La protection cutanée pour tous les tons de peau est impérative pour protéger la peau plus foncée contre les présentations tardives exagérées de DAI. La pommade à l'oxyde de zinc constitue une barrière cutanée idéale fondée sur des données probantes et facilement disponible même dans les environnements disposant de ressources limitées. L'application et l'utilisation appropriées de cette pommade présentent des preuves suffisantes<sup>10</sup> pour l'incorporer à des stratégies de protection cutanée afin de prévenir et de traiter ce problème cutané courant, en particulier dans les populations jeunes et vieillissantes qui ont des problèmes d'incontinence.

## CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les deux auteurs ont reçu une subvention à caractère éducatif de Calmoseptine pour enseigner le cours WoundPedia à Manille, aux Philippines.

## RÉFÉRENCES

1. Black JM, Gray M, Bliss DZ, et al. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(4):359–70.
2. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(1):45–54.
3. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011;38(3):233–41.
4. McNichol LL, Ayello EA, Phearman LA, Pezzella PA, Culver EA. Incontinence-associated dermatitis: state of the science and knowledge translation. *Adv Skin and Wound Care* 2018;31(11):502–513.
5. Ayello EA, Sibbald RG, Quiambao PCH, Razor B. Introducing a moisture-associated skin assessment photo guide for brown pigmented skin. *WCET J* 2014;34(2):18–25.
6. Beekman D. A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viabil* 2017;26:47–56.
7. Bateman SD, Roberts S. Moisture lesions and associated pressure ulcers: getting the dressing regimen right. *Wounds UK* 2013;9(2):97–102.
8. Lachenbruch C, Ribbie D, Emmons K, Van Gilder C. Pressure ulcer risk in the incontinent patient: analysis of incontinence and hospital-acquired pressure ulcers from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016;43(3):235–41.
9. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis. *JWOCN* 2018;45(1):63–67.
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed). EPUAP/NPIAP. PPIA:2019.
11. Park KH, Kim KS. Effect of a structured skin care regimen on patients with fecal incontinence: a comparison cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014;41(2):161–167.
12. De Farias PT, Azambuja AP, Horimoto AR, et al. A population-based study of the stratum corneum moisture. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2016;9:79–87. doi:10.2147/CCID.S88485
13. Shin HT. Diagnosis and management of diaper dermatitis. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(2):367–382.
14. Sopher R, Gefen A. Effects of skin wrinkles, age and wetness on mechanical loads in the stratum corneum as related to skin lesions. *Med Biol Eng Comput* 2011;49(1):97–105.
15. Bou J, Segovia G, Verdu S, Nolasco B, Rueda L, Perejamo M. The effectiveness of a hyper oxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care* 2005;14(3):117–21.
16. Schuren J, Becker A, Sibbald RG. A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M™ Cavilon™ no-sting barrier film). *Int Wound* 2005;2:230–238.
17. Beekman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, Gray M, Woodward S, Fader M, Van den Bussche K, Van Hecke A, De Meyer D, Verhaeghe S. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database System Rev* 2016;11. Art. No: CD011627.
18. Lansdown AB, Mirastschijski U, Stubbs N, Scanlon E, Agren MS. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects. *Wound Repair Regen* 2007;15(1):2–16.