

Utilisation de feuilles de protection hydrocolloïdes pour protéger la peau du contact direct avec les sécrétions corporelles

RÉSUMÉ

Les feuilles de protection hydrocolloïdes fournissent un environnement humide favorable à la cicatrisation des plaies et agissent comme une barrière contre les bactéries exogènes. Elles n'adhèrent pas à la plaie, mais uniquement à la peau périphérique, et peuvent fournir un environnement de cicatrisation plus rapide, en conservant intacte la peau nouvellement cicatrisée et en empêchant la dégradation des tissus. Les feuilles de protection hydrocolloïdes ne traumatisent pas la peau lorsqu'elles sont retirées, ce qui réduit la douleur, et nécessitent moins de changements de pansements car elles peuvent être laissées en place plusieurs jours d'affilée. Elles existent en différentes tailles et peuvent être découpées sur mesure pour s'adapter à la plaie. Leur utilisation peut également réduire le coût des soins, la durée du séjour à l'hôpital et la quantité de soins prodigués par les infirmières et infirmiers des services de soins intensifs. Les trois études de cas présentées dans cet article décrivent la manière dont les infirmières et infirmiers stomathérapeutes ont abordé la prise en charge de la peau dénudée à l'aide de feuilles de protection hydrocolloïdes sur la peau péristomiale, les fesses et les régions périnéales.

Mots clés hydrocolloïde, feuille de protection, LCAH, DAI, dénudé

Pour les références Tan NM et al. Use of hydrocolloid protective sheets to protect skin against direct contact from body secretions. WCET® Journal 2021;41(4):18-21

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.41.4.18-21>

Soumis le 26 avril 2021, Accepté le 18 juillet 2021

INTRODUCTION

Les LCAH (lésions cutanées associées à l'humidité) sont causées par une exposition prolongée à différentes sources d'humidité. Il s'agit de la transpiration, de l'émission d'urine, de l'émission de matières fécales, de l'exsudat de la plaie, du mucus, de la salive, d'autres sécrétions et de leur contenu. Lorsque l'humidité excessive, y compris son contenu chimique et les facteurs mécaniques tels que la friction et la présence d'organismes pathogènes, entraîne une inflammation de la peau, avec ou sans érosion ou infection cutanée secondaire, il s'agit d'une LCAH¹.

Nur Madalinah Tan* ET, RN, WOCNC Singapour

Infirmière spécialisée en soins colorectaux, Changi General Hospital, 2, Simei Street 3, Singapore 529889

Courriel Madalinah_tan@cgh.com.sg

Josephine Ong RN

Infirmière spécialisée en soins colorectaux, Changi General Hospital (Singapour)

Feng Ying RN

Infirmière spécialisée en hépatopancréatobiliaire, Changi General Hospital (Singapour)

Ong Ling ET, RN

Wound Healing Society Singapore, infirmière spécialisée en soins des plaies, Changi General Hospital (Singapour)

Catherine Loo ET, RN

Infirmière spécialisée en soins des plaies, Changi General Hospital (Singapour)

*Auteur correspondant

La dermatite associée à l'incontinence (DAI) est une forme courante de LCAH. La DAI est un type de dermatite irritante que l'on retrouve chez les patients souffrant d'incontinence fécale et/ou urinaire. Elle est également connue sous le nom de dermatite périnéale ou d'érythème fessier. Elle est parfois associée à des bulles, une érosion ou une infection cutanée secondaire^{2,3}.

Le prolapsus stomial, où l'intestin se télescope à travers la stomie, est une complication postopératoire fréquente et est souvent associé aux colostomies à boucle. Les raisons courantes du prolapsus stomial sont la technique chirurgicale, l'obésité, l'augmentation de la pression abdominale et la création de la stomie à l'extérieur du muscle droit de l'abdomen. Les stomies avec prolapsus peuvent contribuer à des fuites autour de la stomie, entraînant une irritation cutanée importante ou une DAI^{4,5}.

L'exposition persistante à de grandes quantités d'humidité entraîne le ramollissement, le gonflement et le plissement de la peau^{1,3}. Cela endommagera la peau et réduira la fonction de barrière cutanée, entraînant une érosion cutanée, ce qui provoquera chez le patient des douleurs, des traumatismes, un stress émotionnel et des contraintes financières^{1,4,6}. Les patients déclarent généralement ressentir des douleurs, des brûlures ou des démangeaisons en raison des lésions cutanées ; cela peut également impliquer des visites fréquentes chez les infirmières et infirmiers ou des séjours prolongés à l'hôpital. Les activités de la vie quotidienne peuvent également être affectées, et il peut y avoir des contraintes financières dues à l'impossibilité de travailler et au coût élevé des dépenses et des déplacements⁶.

Les principes généraux de prévention et de traitement des LCAH et de la DAI consistent à utiliser un protocole structuré de soins de la peau utilisant des produits permettant d'éliminer

l'excès d'humidité de la peau, et donc de protéger la peau des infections et de gérer la source d'humidité³. Ainsi, les patients présentant un risque élevé de développer des LCAH et DAI ont besoin que les complications soient réduites lorsqu'ils présentent des symptômes par la surveillance régulière de la zone de la plaie pour détecter les changements de l'état de la peau, par la gestion de l'exsudat avec des pansements appropriés pour une absorption adéquate et l'application d'une barrière cutanée ou un protecteur cutané sur la peau péristomiale / péri-lésionnelle lorsque cela est approprié^{1,2,7,8}. La prise en charge des prolapsus stomiaux est basée sur l'évaluation individuelle du patient et comprend souvent la réduction locale du prolapsus, la révision chirurgicale, la réévaluation de l'appareil de stomie pour l'adapter à la taille et à la forme de la stomie, et l'utilisation d'une ceinture de soutien pour hernie comprenant une sangle de prolapsus⁴.

Les feuilles de protection hydrocolloïdes contiennent de la CMC (carboxyméthyl-cellulose), de la pectine ou de la gélatine combinée à un adhésif et à des agents collants appliqués sur un support en mousse de polyuréthane ou en film pour créer une feuille absorbante et autocollante⁹. Cela fournit une barrière bactérienne et virale occlusive, réduisant le risque d'infection croisée, abaissant le pH de la plaie, réduisant la prolifération bactérienne, maintenant l'humidité au niveau du lit de la plaie, améliorant l'épithélisation et réduisant les niveaux de douleur, et empêchant la dessiccation du lit de la plaie, fournissant ainsi un environnement de cicatrisation humide⁹.

Les feuilles de protection hydrocolloïdes peuvent être utilisées sur un large éventail de plaies à exsudation faible à modérée et sur une variété de formes et de tailles de plaies. Elles sont simples à appliquer et peuvent être utilisées sous la plaque de stomie ou directement sur la peau dénudée dans les régions périnéale, de l'aîne et sacrale. Elles absorbent l'humidité, ce qui minimise le risque de dénudation de la peau, réduisant ainsi le contact avec les effluents et permettant à la peau de guérir en cas de problème cutané antérieur. Elles sont également bonnes pour les peaux qui présentent des irritations et des allergies⁹. Ces feuilles existent en deux tailles dans mon organisation et ne doivent pas être utilisées de manière prolongée. Elles peuvent également être utilisés sur d'autres éléments comme les anneaux de barrière et la poudre pour stomie.

Les feuilles peuvent être utilisées en complément d'une méthode de protection de la peau en croûte ou en couches qui utilise également une poudre de barrière cutanée et un spray de barrière cutanée. La poudre de barrière cutanée aide à absorber l'humidité et à assécher la plaie, tout en assurant l'étanchéité. Le spray de barrière cutanée est ensuite utilisé pour sceller la poudre à la peau avant que les feuilles de protection ne soient placées par-dessus. Cette action doit être répétée trois fois pour être efficace. Cette méthode a été enseignée dans le programme WOCN et transmise aux pairs⁴.

ETUDE DE CAS

Étude de cas 1

Aperçu du patient

Un homme chinois de 61 ans a subi une laparotomie de relookage, un lavage, une décompression de l'intestin grêle et la création d'une iléocolostomie à double barillet le 11 février 2019. Le patient et sa femme ont appris à gérer le changement de la plaque pendant son séjour à l'hôpital et ses visites ambulatoires à l'infirmière spécialisée en soins colorectaux. Il a également eu deux visites à domicile pour s'assurer de sa compétence en matière de soins de stomie.

De juillet à octobre 2019, le patient a consulté en ambulatoire pour une prolapsus stomial (prolapsus de la boucle distale d'environ 10 cm, prolapsus de la boucle proximale d'environ 3 cm) qui était réductible au niveau de la peau. Il a été conseillé au patient d'utiliser une ceinture de soutien pour hernie afin de réduire la fréquence des incidents de prolapsus de la stomie. La peau péristomiale était toujours intacte.

Le programme opératif à long terme prévoyait une inversion de la stomie en octobre, mais lors de sa visite chez le chirurgien, on a remarqué que l'appareil de stomie fuyait manifestement depuis un certain temps. Le patient a été réorienté vers l'infirmière spécialisée en soins colorectaux pour une révision de l'appareil qui fuit et le traitement de la peau dénudée avant son opération.

Problèmes

Lors de l'examen, le patient utilisait un système à deux pièces mal ajusté et des fuites importantes ont été observées. Pourtant, bien que le patient ait signalé des fuites fréquentes, il a dit qu'il était capable de les gérer. Cependant, lors de l'évaluation, on a constaté qu'elle était plus grave que celle décrite. Il a déclaré qu'il n'avait pas pu changer son appareil rapidement car il n'avait pas apporté d'appareil de rechange lors de sa visite à la clinique (Figure 1).



Figure 1. Étude de cas 1: Jour 1, 1er octobre 2019 (photos@Madalinah 2020)

Soins infirmiers

Lors de sa première visite, la peau a été nettoyée avec un nettoyant cutané sans rinçage afin de rétablir l'équilibre du pH de la peau. La stomie a été réduite pour soulager la tension et faciliter la mise en place et la gestion de la poche. Une poudre de stomie a été appliquée pour absorber l'humidité et un spray de barrière cutanée a été utilisé pour une meilleure protection de la peau. Le patient a exprimé qu'il était à l'aise avec l'utilisation d'un système à deux pièces, malgré le fait qu'il ait été informé que la bride en plastique pouvait blesser sa stomie. Une barrière cutanée protectrice a été appliquée sur la peau dénudée en assurant une marge de 1/3 au-dessus et 2/3 au-dessous de l'abdomen. Il a été conseillé au patient de continuer à utiliser la ceinture de soutien pour hernie. Le quatrième jour, des signes d'épithélisation de la peau ont été observés (Figure 2). Au jour 8, la peau était entièrement épithélialisée (Figure 3).



Figure 2. Étude de cas 1: Jour 4, 4 octobre 2019 (photos@Madalinah 2020)



Figure 3. Étude de cas 1: Jour 8, 8 octobre 2019 (photos@Madalinah 2020)

Étude de cas 2

Aperçu du patient

Une femme de 70 ans a été admise pour une DAI avec une peau dénudée sur la partie inférieure de sa fesse droite, de la zone périnéale à la grande lèvre bilatérale. Elle n'était pas communicative ; son fils était son principal aidant. La patiente était alitée, alimentée par sonde nasogastrique et avait un cathéter à demeure.

Problèmes

La patiente a été adressée le 24 septembre 2019 (jour 1). Lors de l'évaluation, il a été noté qu'il y avait des cicatrices guéries dues à des épisodes précédents d'intégrité cutanée altérée. À ce moment-là, le tissu était érythémateux et suintant et la température de sa peau était chaude au toucher (Figure 4). On a observé que la patiente était larmoyante et agitée.



Figure 4. Étude de cas 2: Jour 1, 24 septembre 2019 (photos@Ong Ling/Catherine 2020)

Soins infirmiers

Du sérum physiologique à 0,9% a été utilisé pour nettoyer la plaie ; de la poudre pour stomie et un spray de barrière cutanée ont été utilisés pour protéger la peau par la méthode des croûtes et une feuille de protection hydrocolloïde a ensuite été utilisée pour protéger la peau. Il a été recommandé aux infirmières du service de continuer à laver la zone vaginale à chaque changement de couche pour une bonne hygiène périnéale et pour assurer un retournement fréquent afin de décharger la pression. Un nettoyage de la peau a été effectué au niveau des fesses et des zones périnéales à l'aide d'un nettoyant cutané sans rinçage, d'un encroûtement avec de la poudre pour stomie et d'un spray de barrière cutanée. Une feuille de protection hydrocolloïde a été appliquée sur l'aîne bilatérale, la grande lèvre bilatérale et la zone périnéale. Le 27 septembre (jour 3), une épithélisation de la peau a été observée, et la température de la peau était fraîche au toucher (Figure 5). Une nouvelle amélioration a pu être constatée le sixième jour (Figure 6) ; la patiente a pu quitter l'hôpital le 4 octobre, une fois que la peau s'est entièrement épithélialisée.

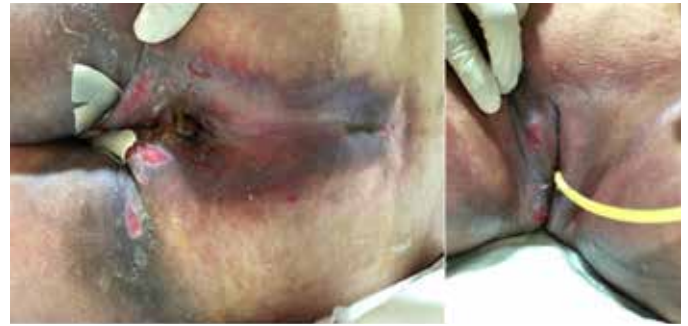


Figure 5. Étude de cas 2: Jour 3, 27 septembre 2019 (photos@Ong Ling/Catherine 2020)



Figure 6. Étude de cas 2: Jour 6, 30 septembre 2019 (photos@Ong Ling/Catherine 2020)

Étude de cas 3

Aperçu du patient

La patiente était une femme chinoise de 86 ans avec des antécédents médicaux d'hypertension, d'hyperlipidémie et de cataractes ; sa femme de service était la principale aidante à domicile. Elle avait subi une appendicectomie laparoscopique et une résection antérieure ultra basse assistée par robotique et une iléostomie défonctionnelle créée en mai 2018. Elle était prévue pour une admission élective planifiée pour une inversion de Hartmann par laparoscopie le 24 février 2019; cependant, la patiente avait des selles aqueuses et non sanglantes 3 à 4 fois par jour 2 semaines avant l'admission.

Problèmes

Lors de l'évaluation en ambulatoire, on a noté un érythème important sur l'abdomen gauche ; la peau était également suintante et dénudée, l'appareillage de stomie était renforcé par un pansement Tegaderm™, et la patiente portait également des couches. La peau ressemblait à un mélange de dermatite de contact et d'infection fongique (Figure 7).



Figure 7. Étude de cas 3: Jour 1, 10 février 2019 (photos@Madalinah 2020)

Soins infirmiers

Les infirmières stomathérapeutes ont recommandé de cesser d'utiliser les couches et le Tegaderm™, et de nettoyer la peau avec un nettoyant cutané sans rinçage, de l'enduire avec de la

povidone iodée, de la protéger avec de la poudre pour stomie et un spray de barrière cutanée par la méthode des croûtes. Une feuille d'hydrocolloïde protectrice a été découpée à la taille et à la forme de la stomie et placée autour de la stomie pour protéger la peau péristomiale immédiate (Figure 7).

Le 15 février 2019 (jour 5), la patiente est retournée en ambulatoire externe pour un examen ; on a observé que la peau avait séché avec des croûtes, qu'elle était fraîche au toucher et qu'elle ne suintait pas. Une feuille hydrocolloïde protectrice a été réappliquée après le protocole de soins cutanés décrit ci-dessus (Figure 8). Le 22 février 2019 (jour 12), la peau de la patiente avait cicatrisé de manière significative, seul un léger érythème étant présent, sans aucun signe de cicatrices antérieures au sein du tissu cicatrisé (Figure 9). Pendant le reste de son admission, la feuille hydrocolloïde protectrice devait protéger la peau péristomiale. La patiente est sortie le 24 février 2019 et un feuille de protection a encore été utilisée pour protéger la peau jusqu'à son admission élective.



Figure 8. Étude de cas 3: Jour 5, 15 février 2019 (photos@Madalinah 2020)



Figure 9. Étude de cas 3: Jour 12, 22 février 2019 (photos@Madalinah 2020)

CONCLUSION

Le maintien de l'intégrité de la peau constitue la base du succès à long terme de la réadaptation des patients souffrant de problèmes cutanés. L'utilisation de barrières cutanées hydrocolloïdes fournit un environnement humide qui permet aux enzymes du corps d'améliorer la cicatrisation car elles ne collent pas à la peau. Les auteurs ont connu des expériences positives en les utilisant, comme le montrent les trois études de cas partagées ici, mais ils n'y sont pas favorables dans le cas de plaies présentant un exsudat important ou des trajets sinusoidaux, ou en cas d'infection. Deux tailles sont disponibles dans notre hôpital et elles sont auto-adhésives, ce qui les rend faciles à utiliser pour différentes zones du corps. Cependant, les bords peuvent se recourber ou rouler ; c'est pourquoi les auteurs utilisent du ruban microporeux comme renfort. La fréquence des changements peut varier de 3 à 7 jours en fonction de la quantité d'exsudat et des directives des

fabricants. Avec une utilisation continue pour des patients sélectionnés, les auteurs sont sûrs que l'on obtiendra un résultat positif montrant des bénéfices similaires.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, Kennedy-Evans KL, Logan S, Ratliff CR. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J WOCN* 2011 May-Jun;38(3):233-41. doi:10.1097/WON.0b013e318215f798.
2. Yates A. Incontinence-associated dermatitis 1: risk factors for skin damage. *Nursing Times* 2020;116:3,46-50.
3. Ousey K, O'Connor L. Incontinence-associated dermatitis made easy. London: Wounds UK; 2017. Available from: www.wounds-uk.com
4. Pitman. Stoma complications. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, editors. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society core curriculum ostomy management*. China: Wolters Kluwer; 2016. p. 191-200.
5. Colwell JC, Ratcliff CR, Goldberg M, et al. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J WOCN* 2011;38(5):541-53. 6. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. Practice implications from the WCET® International Ostomy Guideline 2020. *Adv Skin Wound Care* 2021;34:293-300. doi:10.1097/01.ASW.0000742888.02025.d6
7. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, Beele H, Ciprandi G, Coyer F, et al. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group (SKINT)*, Ghent University; 2017. Available from: <https://users.ugent.be/~dibeeckm/globiadnl/nlv1.0.pdf>
8. Zulkowski K. Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries, and skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(8):372-38.
9. Ousey K, Cook L, Young T, Fowler A. Hydrocolloids in practice made easy. *Wounds UK* 2012;8(1):1-6.