INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

Outil d'aide à la décision – Mai 2023

SOINS DE PLAIES

PLAIE CHIRURGICALE

Pour plus de détails cliquez sur les mots soulignés

Cet outil d'aide à la décision s'adresse principalement aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Ce document a été conçu sur la base de recommandations cliniques élaborées par l'INESSS à l'aide d'une démarche systématique et soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens de différentes spécialités et expertises. Le contenu de cet outil exclut les nouveau-nés et les jeunes enfants. Des outils guidant **l'évaluation de la plaie et détermination du potentiel de guérison** et la prise de décision d'un **plan de traitement optimal selon l'étiologie de la plaie, l'apport vasculaire et le risque infectieux, le type de tissu et la qualité de l'exsudat** ainsi qu'un aide-mémoire sur les **particularités des pansements** sont aussi disponibles. Pour obtenir plus de détails, consulter la section Publications du site **inesss.qc.ca**.

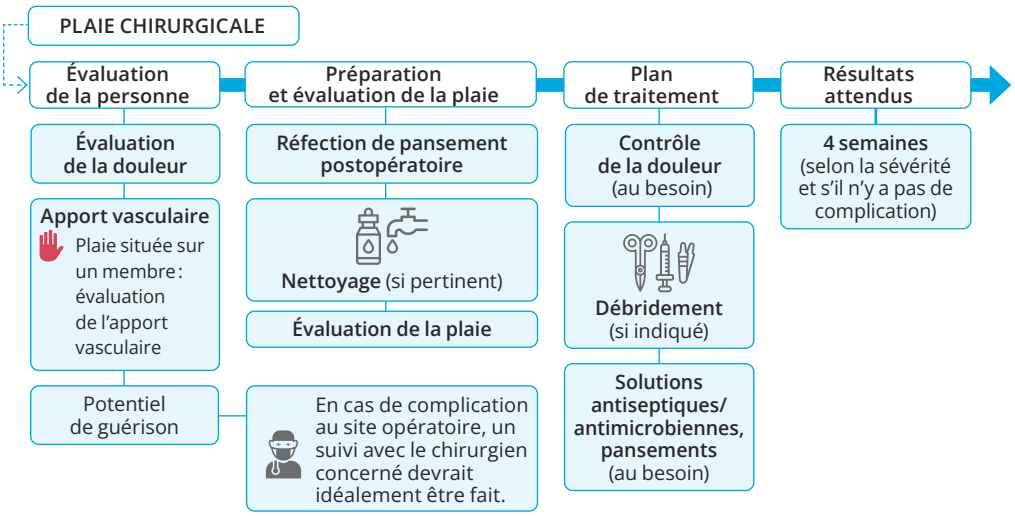
PHYSIOPATHOLOGIE

- **Plaie chirurgicale** : incisions qui perturbent le système tégumentaire de la peau et qui sont pratiquées intentionnellement par un professionnel de soins de santé habilité dans un cadre médical bien défini.
- Les plaies chirurgicales peuvent être :
  - refermées au bloc opératoire au moyen de points de suture, d'agrafes ou d'adhésifs (cicatrisation par 1re intention).
  - être laissées ouvertes en raison, par exemple, d'une perte de tissus importante, de l'œdème ou d'une infection qui empêche la fermeture chirurgicale immédiate (cicatrisation par 2e intention).
- **Plaie chirurgicale déhiscente** : réouverture partielle ou complète des bords de la plaie à la suite d'une intervention chirurgicale fermée.

ÉVALUATION : ÉLÉMENTS À RETENIR

- En présence d'une plaie chirurgicale fermée, toutes les cicatrices devraient être étroitement surveillées au cours des premières semaines postopératoires afin de vérifier l'apparition de complications du site opératoire et d'adapter rapidement la prise en charge au besoin.
- Les complications les plus fréquentes qui peuvent toucher les incisions chirurgicales fermées incluent les infections du site opératoire (ISO), une déhiscence, un sérome ou un hématome.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE



SOMMAIRE

Physiopathologie 1

Évaluation : éléments à retenir 1

Principes de la prise en charge 1

Évaluation holistique de la personne. 2

Détermination du potentiel de guérison 2

Préparation de la plaie avant son évaluation 2

Évaluation de la plaie. 2

Plan de traitement d'une plaie chirurgicale. . .3

Soins connexes 4

Information à transmettre à la personne 4

Surveillance et suivi 5

Consultation en spécialité 5

Principales références . . .5

© Gouvernement du Québec, juin 2023

Québec

ÉVALUATION HOLISTIQUE DE LA PERSONNE

Évaluer et au besoin, contrôler la douleur.

HISTORIQUE ET EMPLACEMENT DE LA PLAIE CHIRURGICALE

→ Identifier – si possible – la nature de l'intervention, y compris la raison, la présence ou non de complication pré ou postopératoire, la durée de la chirurgie, la méthode de fermeture ainsi que la date du retrait des sutures/clips.

Plaie déhiscente située sur un membre :

- Procéder à une évaluation de l'apport vasculaire complète.

Si apport vasculaire inadéquat ou incertain :

Diriger la personne rapidement pour une évaluation de l'état vasculaire

DÉTERMINATION DU POTENTIEL DE GUÉRISON

→ Consulter l'outil d'aide à la décision sur l'évaluation de la plaie et la détermination du potentiel de guérison pour juger s'il s'agit d'une plaie chirurgicale déhiscente **curable**, **en maintenance** ou **non curable**.

PRÉPARATION DE LA PLAIE AVANT SON ÉVALUATION

PANSEMENT POSTOPÉRATOIRE

→ Après une chirurgie, les pansements sont généralement maintenus sur la plaie durant quelques jours.

→ La fréquence de réfection varie en fonction du type de chirurgie effectué et du type de pansement utilisé.

→ Changer tout pansement décollé ou souillé à plus de 50 %.

NETTOYAGE

→ Aucun nettoyage nécessaire jusqu'au premier changement de pansement postopératoire, à condition qu'aucun signe d'exsudat excessif ou d'infection ne soit observé.

→ Au besoin, nettoyer la plaie avec de l'eau de l'aqueduc ou une solution physiologique (NaCl 0,9 %).

ÉVALUATION DE LA PLAIE

→ L'évaluation d'une plaie doit tenir en compte les éléments suivants :

Identification du type de tissu et du type d'exsudat	Superficie et apparence de la plaie et de la peau environnante
• Le type d'exsudat décrit l'état de la plaie et peut varier en fonction de certaines situations (p. ex. infection ou présence d'une maladie sous-jacente). • Les plaies chirurgicales fermées sont généralement des plaies peu exsudatives.	• **Plaie chirurgicale déhiscente :** évaluer la profondeur de la plaie et surveiller la présence d'infection. • **Plaie chirurgicale fermée :** examiner les cicatrices au cours des premières semaines postopératoires afin de surveiller l'apparition de complications au site opératoire.

Complications possibles au site opératoire

→ Effectuer un suivi avec le chirurgien concerné. Au besoin, consulter un collègue expérimenté (p. ex. un stomothérapeute ou une infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies), un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée afin d'évaluer l'urgence d'une réévaluation.

Déhiscence	Infection du site opératoire	Abcès ou sérome
• Peut survenir vers le 7e jour postopératoire. • Souvent liée à un exsudat persistant, une ISO, un mauvais contrôle glycémique, la malnutrition ou l'obésité. (!) *Attention à la présence de structures profondes (p. ex. os ou tendons), prothèses, implants ou fils.*	• Survient rarement au cours des **48** premières heures postopératoires. *Une inflammation peut toutefois être présente au site de l'incision durant les premiers jours suivant la chirurgie.*	• Peut nécessiter une ponction ou la mise en place d'un drain ou d'un sac collecteur. ⊗ **Ne jamais ponctionner** un sérome en présence d'un implant, un pontage ou une prothèse orthopédique.

PLAN DE TRAITEMENT D'UNE PLAIE CHIRURGICALE

(!) **Évaluer et au besoin, contrôler la douleur.**

→ Consulter l'outil d'aide à la décision du plan de traitement optimal selon l'étiologie de la plaie, l'apport vasculaire, le risque infectieux, le type de tissu et la quantité d'exsudat ainsi que l'aide-mémoire sur les particularités des pansements pour plus d'information.

NETTOYAGE

→ La plaie devrait être nettoyée chaque fois qu'un changement de pansement est nécessaire, avec de l'eau de l'aqueduc ou une solution physiologique (NaCl 0,9 %).

DÉBRIDEMENT

Plaie chirurgicale fermée	Plaie chirurgicale déhiscente
⚠ **Ne nécessite généralement pas** de débridement	Au besoin, consulter le chirurgien concerné, un stomothérapeute ou une infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies.

APPLICATION D'UNE SOLUTION ANTISEPTIQUE/ANTIMICROBIENNE

Infection locale ou présence de biofilm	
Usage thérapeutique	**Usage prophylactique**
✓ Indiqué en présence d'une infection locale confirmée ou suspectée lors du nettoyage ou du traitement *Consulter les caractéristiques de chaque solution pour plus de détails.*	⚠ **N'est généralement pas conseillé**, à moins de rencontrer une des situations cliniques qui le nécessitent.

CHOIX DU PANSEMENT

⊗ **À éviter**	• **Plaie chirurgicale fermée** : pansements absorbants[1] • **Plaie chirurgicale déhiscente** : pansements non absorbants, occlusifs ou qui peuvent s'effilocher
✓ **À privilégier**	• Les pansements non adhérents et semi-occlusifs[1] qui nécessitent un changement minimal

1. Ils pourraient maintenir la plaie humide, faire macérer la ligne incisionnelle et favoriser la déhiscence.

Choix du pansement selon les caractéristiques de la plaie

Plaie chirurgicale fermée	Plaie chirurgicale déhiscente	Plaie chirurgicale infectée
• Laisser la plaie à l'air libre OU • Utiliser un pansement protecteur tel que: - Pansement absorbant en acrylique	• Combler l'espace mort à l'aide d'un pansement primaire (p. ex. alginate[2] ou hydrofibre[2]). • Recouvrir d'un pansement secondaire selon le niveau d'exsudat. • La TPN peut être envisagée si le drainage de la plaie nécessite des changements de pansement très fréquents et/ou si la personne présente des facteurs de risque de complications.	• Pansements antimicrobiens

2. En présence d'un exsudat abondant, pourrait promouvoir la formation d'un biofilm ou d'une infection. Le cas échéant, envisager l'utilisation d'un antimicrobien.

MÉTHODE POUR COMBLER L'ESPACE MORT

Pour l'application du pansement/mèche	Pour le retrait du pansement/mèche
• Si possible, utiliser un seul morceau de pansement/mèche. • Au besoin, attacher les pièces ensemble. • Ne pas trop combler pour éviter la compression des parois. • Faire dépasser un bout de mèche de la cavité pour faciliter le retrait. • Recouvrir d'un pansement secondaire selon le niveau de l'exsudat.	• Vérifier que tout le matériel a été enlevé. • Si le pansement adhère au lit de la plaie, rincer avec une solution saline physiologique (NaCl 0,9 %) ou de l'eau.

Si plus d'une mèche est nécessaire, vérifier le décompte exact du nombre de mèches utilisées.

SOINS CONNEXES

→ Gestion métabolique : au besoin, envisager un soutien nutritionnel postopératoire afin de prévenir la déhiscence de la plaie.

→ Gestion de la douleur postopératoire.

→ Identifier (au besoin et selon la situation clinique) les problèmes psychosociaux tels que l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui peuvent parfois survenir à la suite d'une intervention chirurgicale.

INFORMATION À TRANSMETTRE À LA PERSONNE

HYGIÈNE

→ Favoriser la douche au lieu du bain - selon le type de pansement utilisé, la prise d'une douche est sans danger 48 h postopératoire.

→ Assécher et éponger la plaie doucement en tamponnant.

SITUATIONS NÉCESSITANT UNE COMMUNICATION AVEC L'INFIRMIÈRE OU LE CHIRURGIEN CONCERNÉ

→ Présence de symptômes et signes d'infection (p. ex. rougeur, œdème, niveau d'exsudat plus élevé, induration).

→ Fièvre persistante depuis quelques jours.

→ Ouverture partielle ou complète des bords de la plaie (déhiscence).

SURVEILLANCE ET SUIVI

Évaluer et au besoin, contrôler la douleur.

Réfection/fréquence de changement des pansements	
Changer –idéalement- tout pansement décollé ou souillé à plus de 50 %[1]	
Plaie non infectée	• Port du pansement selon la durée maximale recommandée par le fabricant[2] ou selon le jugement clinique.
Plaie infectée	• Changements réguliers selon les propriétés de la plaie, la condition de la personne, et surtout le niveau d'action du produit.

1. Le cas échéant, la fréquence des changements devrait être augmentée.
2. Une utilisation au-delà du temps de port recommandé peut diminuer l'efficacité du pansement et augmenter les risques d'infection.

FRÉQUENCE DE RÉÉVALUATION

→ Une fois par semaine ou plus fréquemment selon :

- les risques de détérioration ou de complications de la plaie/état de la personne (au besoin, réévaluer le potentiel de guérison);
- le type de pansement utilisé – p. ex. au moins une fois en **2 semaines** si usage d'un pansement antimicrobien.

ÉLÉMENTS À RETENIR LORS DU SUIVI

→ Rechercher les repères cliniques, y compris les symptômes et signes d'une infection (locale, des tissus mous profonds ou systémique).

→ Les signes de séparation des berges de la suture (déhiscence).

APPRÉCIATION DE LA GUÉRISON

→ S'il n'y a pas de complications et à l'aide d'une prise en charge optimale, la plaie chirurgicale devrait se refermer à l'intérieur de **4 semaines**.

CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ

→ Consulter un spécialiste ou un collègue expérimenté si :

- déhiscence profonde de la plaie avec ou sans exposition de structures (p. ex. tendons ou os), prothèses, implants ou fils;
- la ponction d'un sérome est nécessaire;
- présence d'une infection du site opératoire (ISO) ou d'une infection des tissus mous profonds ou systémique (peut nécessiter l'ajout d'un microbiologiste-infectiologue à l'équipe médicale intégrée);
- retard de cicatrisation ou détérioration de la plaie.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

→ Les références sont présentées dans le rapport de l'INESSS associé à cet outil.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec