
CHAPITRE 9 – DERMATOLOGIE

Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI).

Le contenu de ce chapitre a été révisé en juillet 2009.

Table des matières

ÉVALUATION DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE.....	9-1
Anamnèse et examen du système tégumentaire.....	9-1
Examen physique	9-2
AFFECTIONS COURANTES DE LA PEAU	9-3
Cellulite	9-3
Lésions chroniques	9-5
Infections cutanées (non compliquées)	9-6
Infections cutanées (compliquées)	9-7
Eczéma (dermite atopique).....	9-7
Impétigo	9-9
Infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistante à la méthicilline	9-10
SARM nosocomial	9-11
SARM acquis dans la collectivité	9-11
Pédiculose (infestation de poux).....	9-14
Dermatomycose (teigne).....	9-15
Gale	9-17
Dermatite de stase.....	9-19
Urticaire.....	9-20
Verrues.....	9-22
URGENCES DERMATOLOGIQUES.....	9-23
Brûlures.....	9-23
Gelures	9-30
Lésions cutanées d'origine traumatique	9-32
ANNEXE A	9-38
SOURCES.....	9-41

ÉVALUATION DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE

ANAMNÈSE ET EXAMEN DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE¹

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle) et durée
- Évolution dans le temps
- Lien avec la saison, l'historique des déplacements, la chaleur, le froid, un précédent traitement, l'ingestion de médicament, le travail, les loisirs et la grossesse
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Moment de la journée où les symptômes sont les plus aigus
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer d'autres caractéristiques de certains des symptômes, comme il est décrit plus loin. Lorsque des altérations cutanées constituent le motif de consultation, il est parfois nécessaire de réaliser un examen complet visant la recherche d'une maladie multisystémique, lequel comprend l'anamnèse et l'examen physique, des tests de laboratoire de base et peut-être une biopsie, des tests par immunofluorescence et des examens d'imagerie. Les symptômes cutanés peuvent comprendre le prurit, la douleur ou la paresthésie².

Peau

- Modification de la texture ou de la couleur
- Sécheresse ou moiteur anormale
- Démangeaisons, brûlure, douleur, engourdissement
- Éruptions
- Contusions, pétéchies
- Modification de la pigmentation
- Lésions, ampoules, croûtes
- Modification des grains de beauté ou des taches de naissance

Cheveux

- Modification de la texture, de la répartition des cheveux, perte de cheveux

Ongles

- Modification de la texture, de la constitution

Autres symptômes associés

- Siège de la première lésion, expansion
- Dates et localisation des récurrences
- Symptômes intermittents ou continus
- Influence des conditions environnementales ou professionnelles
- Autres membres de la famille ayant des symptômes similaires

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (EN LIEN AVEC LE SYSTÈME TÉGUMENTAIRE)

- Allergies (par exemple, asthme, fièvre des foins, urticaire)
- Maladie virale récente ou actuelle
- Maladie bactérienne récente ou actuelle
- Fièvre, malaise, arthralgies
- Allergies à des médicaments, à des aliments ou à d'autres substances chimiques
- Médicaments (par exemple, stéroïdes, contraceptifs oraux, antibiotiques, produits en vente libre)
- Immunodépression causée par une maladie ou l'utilisation d'un médicament (par exemple VIH/sida ou glucocorticoïdes)
- Dermatite séborrhéique
- Psoriasis
- Diabète sucré
- Photosensibilité

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (EN LIEN AVEC LE SYSTÈME TÉGUMENTAIRE)

- Allergies (par exemple, saisonnières, alimentaires)
- Dermatite séborrhéique
- Autres membres de la famille ayant des symptômes similaires (par exemple, éruption)
- Psoriasis

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (EN LIEN AVEC LE SYSTÈME TÉGUMENTAIRE)

- Obésité
- Manque d'hygiène
- Environnement chaud ou humide, milieu de vie insalubre
- Stress (peut provoquer des poussées de dermatoses chroniques comme le psoriasis)
- Exposition à de nouveaux produits chimiques (par exemple, savons), aliments, animaux de compagnie et plantes
- Troubles émotifs
- Antécédents de peau sensible
- Autres personnes à la maison, au travail ou à l'école ayant des symptômes similaires
- Voyage récent

EXAMEN PHYSIQUE

- État de santé apparent
- Bien-être ou détresse
- Teint (par exemple, rouge, pâle)
- État nutritionnel (obésité, maigreur)
- État d'hydratation
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré
- Signes vitaux (la température peut être élevée)

INSPECTION ET PALPATION DE LA PEAU

- Couleur
- Température, texture, turgescence
- Sécheresse ou moiteur
- Desquamation
- Pigmentation
- Vasculature (érythème, veines anormales)
- Contusions, pétéchies
- Œdème (déclive, facial)
- Induration
- Blémissement
- Lésions isolées (couleur, type, forme générale, texture, arrangement, contour, profil de répartition, pourtour plat ou en relief)³
- Cheveux (densité, texture, distribution)
- Ongles (forme, texture, coloration anormale, stries)
- Muqueuses
- Plis de flexion

AUTRES ASPECTS

- Examen des ganglions lymphatiques
- Examen des régions distales par rapport aux ganglions lymphatiques enflés

PRINCIPAUX TYPES DE LÉSIONS CUTANÉES

Les principaux types et caractéristiques des lésions cutanées sont présentés dans le *tableau 1 intitulé « Principaux types de lésions cutanées »*.

La jaunisse, l'angiome stellaire, l'érythème palmaire ou un « collier » de téléangiectasies peuvent être révélateurs d'une maladie hépatique d'origine alcoolique. Les pétéchies et le purpura sont des signes de problèmes de coagulation.

Tableau 1 – Principaux types de lésions cutanées^{4,5}

Type de lésion	Caractéristiques
Lésions primaires	
Atrophie (peut aussi être subséquente)	Peau mince et lâche.
Bulle	Lésion circonscrite et saillante d'un diamètre > 5 mm contenant un liquide.
Excoriation	Écorchure linéaire ou creusée causée par grattage, friction ou curetage.
Macule	Tache plate, circonscrite, décolorée de forme et de dimension variables (par exemple taches de rousseur, grains de beauté, taches de vin).
Nodule	Lésion pleine, palpable, surélevée ou non (kystes kératinisés, petits lipomes, fibromes).
Papule	Lésion pleine surélevée (par exemple verrues, psoriasis, grains de beauté pigmentés).
Plaqué	Relief bien défini en forme de plateau qui occupe une surface relativement grande comparativement à sa hauteur (par exemple, eczéma, psoriasis).
Pustule	Lésion superficielle surélevée contenant du pus (impétigo, acné, furoncles, anthrax).
Purpura	Ecchymoses ou petites hémorragies dans la peau, les membranes muqueuses ou les membranes séreuses, de couleur bleu ou rouge.
Ulcères (aussi subséquente)	Perte d'épiderme et d'au moins une partie du derme; peut évoluer en profondeur selon le grade.
Télangiectasies	Fines lignes rouges, souvent irrégulières, produites par la dilatation de capillaires, normalement invisibles.
Vésicule	Lésion surélevée et circonscrite de diamètre < 5 mm contenant un liquide transparent (par exemple piqûres d'insectes, eczéma allergique, coups de soleil).
Papule ortiée	Lésion changeante, passagère, indurée, saillante et de forme irrégulière provoquée par un œdème local (par exemple réaction allergique à des médicaments, piqûres, rayons de soleil).
Lésions subséquentes	
Érosion	Perte d'une partie ou de la totalité de l'épiderme.
Exsudation sèche (croûte)	Sérum, sang ou pus séché.
Exsudation humide (suintement)	Écoulement de sérum, de sang ou de pus.
Lichénification	Épaississement de la peau avec accentuation de ses plis (par exemple, dermatite atopique).
Squames	Particules d'épithélium corné (par exemple, psoriasis, dermatite séborrhéique, infections fongiques, dermatite chronique).
Cicatrice	Manifestation d'un processus de guérison de la peau (par exemple, cicatrice chéloïdienne ou d'acné).

AFFECTIONS COURANTES DE LA PEAU

CELLULITE

Infection aiguë, diffuse et extensive de la peau, affectant ses couches plus profondes et les tissus sous-cutanés.

CAUSES

- Bactéries : principalement *Staphylococcus* ou *Streptococcus*
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, furoncle, anthrax, ulcère sous-cutané
- Risque accru chez les clients présentant une insuffisance veineuse ou lymphatique, un diabète sucré et une lésion cutanée ou un traumatisme antérieurs.

Lorsque la cellulite est provoquée par une morsure, différents agents pathogènes peuvent être en cause (voir « Lésions cutanées d'origine traumatique »).

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur localisée
- Rougeur
- Œdème
- Région de plus en plus rouge, chaude au toucher, douloureuse
- Sensibilité autour de la région atteinte
- Présence possible d'une fièvre et de céphalées, notez le moment de leur apparition
- Traumatisme quel qu'il soit, éruptions

OBSERVATIONS

- La température peut être élevée
- La fréquence cardiaque peut être accélérée
- Rougeur, œdème
- Lésion diffuse, non clairement circonscrite
- Léger écoulement purulent possible
- Rougeur et œdème autour de la lésion, tension cutanée possible
- Œdème
- Sensibilité
- Induration (ferme au toucher)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Folliculite
- Présence d'un corps étranger
- Abscess
- Fasciite nécrosante

COMPLICATIONS

- Progression de l'infection
- Abscess
- Septicémie
- Thrombophlébite
- Thrombose veineuse profonde (le plus souvent chez les personnes âgées présentant une cellulite dans les membres inférieurs)⁶
- Ostéomyélite

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour une culture et un antibiogramme. Prenez en considération la possibilité d'une infection par le SARM.
- Envisagez de faire une culture sanguine si présence de fièvre.

MANAGEMENT

En cas d'affection **bénigne**, il n'est pas nécessaire, en général, de consulter un médecin ou d'adresser le client à un médecin; le client peut être traité en consultation externe. En cas d'affection **modérée** ou **grave**, un traitement IV s'impose, et le client doit être adressé à un médecin.

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Déceler la présence d'un abcès

Consultation**Cellulite bénigne**

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Cellulite modérée ou sévère

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- La cellulite est modérée ou grave (par exemple, la région atteinte est étendue).
- Elle progresse rapidement, ce qui peut être un signe d'une infection invasive à streptocoque.
- Les régions atteintes sont les mains, les pieds, le visage ou une articulation.
- Le client présente un déficit immunitaire (par exemple, il est diabétique).
- Le client est fébrile, semble gravement malade ou montre des signes de septicémie.
- La présence d'un corps étranger est soupçonnée.

Interventions non pharmacologiques**Cellulite bénigne**

- Appliquez des compresses de solution saline tiède sur les régions atteintes, qid
- Mettez le membre atteint au repos, surélevez-le et soutenez-le à l'aide d'une attelle peu serrée.
- Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement)
- Encouragez l'adoption de règles d'hygiène s'appliquant à toutes les plaies cutanées afin de prévenir toute infection future.
- Insistez sur l'importance d'un suivi étroit.

Traitement adjuvant**Cellulite bénigne**

En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifiez si le client est immunisé contre le tétanos; dans le cas contraire, administrez le vaccin antitétanique.

Cellulite modérée ou sévère

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique pour maintenir un accès veineux; réglez le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation et de l'âge du patient.
- En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifiez si le client est immunisé contre le tétanos; dans la négative, administrez le vaccin antitétanique.

Interventions pharmacologiques**Cellulite bénigne**

Antibiotique oral :

céphalexine (Keflex), 500 mg PO qid pendant 10 jours

ou

cloxacilline, 500 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

azithromycine (Zithromax), 500 mg PO le premier jour suivi par 250 mg PO par jour pendant 4 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1 à 2 comprimés po toutes les 4 à 6 h au besoin

Cellulite modérée ou sévère (non faciale)

Amorcez une antibiothérapie IV sur prescription du médecin seulement. Souvent, on utilise :

céfazoline (Ancef), 1 g IV/IM toutes les 8 h

ou

céfazoline (Ancef) 2 g IV toutes les 24 h

+

probenécide 1 g po od administre 30 minutes avant la céfazoline*

*éviter l'association médicamenteuse de la probénécide et le kétorolac

En cas d'allergie à la pénicilline :

clindamycine 600 mg IV/IM toutes les 8 h

Antipyrétiques et analgésiques:

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1 à 2 comprimés po toutes les 4 à 6 h au besoin

Surveillance et suivi**Cellulite bénigne**

- Assurez un suivi quotidien pour vérifier si l'infection régresse.
- Demandez au client de revenir à la clinique sans délai si la lésion devient fuyante, si la douleur augmente ou en cas de fièvre.

Cellulite modérée ou sévère

Vérifiez fréquemment les signes vitaux et la région atteinte pour déceler des signes de progression.

Orientation vers d'autres ressources médicales**Cellulite modérée ou sévère**

L'évacuation médicale peut être nécessaire si une antibiothérapie intraveineuse doit être administrée.

LÉSIONS CHRONIQUES

Les présentes lignes directrices ne portent pas directement sur les ulcères du pied, les ulcères de jambe chez le patient diabétique, les ulcères consécutifs à une maladie vasculaire périphérique et les ulcères de pression. Cependant, dans les grands principes du traitement des lésions actuellement préconisé, on traite de la nécessité du débridement, de la lutte contre les infections et de la régulation de l'humidité⁸.

Plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires rédigées par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario portent sur des thèmes liés aux soins courants à apporter aux lésions. Parmi ces lignes directrices figurent celles-ci :

- Évaluation et traitement des ulcères du pied chez les diabétiques (voir <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=719>)
- Évaluation et traitement des ulcères de pression de stade I à IV (voir <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=721>)
- Évaluation et traitement des ulcères veineux de jambe (voir <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=722>)
- Évaluation du risque et prévention des ulcères de pression (voir <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=816>)

Vous pouvez consulter plusieurs outils permettant d'éclairer la prise de décision en matière de traitement des lésions à l'*annexe A*.

INFECTIONS CUTANÉES (NON COMPLIQUÉES)

Folliculite

Infection superficielle du follicule pileux; la lésion grave consiste en une pustule arrondie située à la base du follicule pileux; la pustule se rompt et forme une croûte; les principaux sièges sont le cuir chevelu, les épaules, la partie antérieure du thorax, la partie supérieure du dos et d'autres régions poilues.

Furoncle

Nodule rouge, chaud et enflammé causé une infection du follicule pileux qui atteint les tissus sous-cutanés; les principaux sièges sont les cuisses, le cou, le visage, les aisselles, le périnée et les fesses.

Anthrax

Abcès profond formé par plusieurs furoncles fusionnés; suppuration des lésions par plusieurs points situés à sa surface.

CAUSES

- Infection à *Staphylococcus aureus* (le plus souvent), bactéries anaérobies, autres microorganismes
- Facteurs prédisposants : obésité, diabète, mauvaise hygiène, friction ou transpiration excessives, séborrhée, traumatisme local (par exemple, arrachement d'un poil), utilisation de médicaments immunosuppresseurs (par exemple, stéroïdes systémiques)

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur, œdème, rougeur au foyer infectieux
- Présence possible de fièvre

OBSERVATIONS

- Rougeur et œdème localisés
- Lésion parfois exsudative, présence d'une croûte
- Induration localisée
- Sensibilité
- Lésion parfois fluctuante (peut être difficile à palper si l'abcès est profond)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte
- Température possiblement élevée
- Fréquence cardiaque possiblement accélérée

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cellulite
- Abcès

COMPLICATIONS

- Cicatrices
- Dissémination de l'infection (par exemple, lymphangite, lymphadénite)
- Abcès
- Récurrence
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour une culture et un antibiogramme (envisagez la possibilité d'une infection par le SARM)
- Vérifiez la glycémie si l'infection est récurrente ou en présence de symptômes évocateurs du diabète sucré.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir les complications
- Déceler les conditions sous-jacentes qui prédisposent le client (par exemple diabète sucré)

Consultation

Consultez un médecin si le client est fébrile ou semble gravement malade, en cas de cellulite extensive, de lymphangite ou d'adénopathie, ou si l'on soupçonne ou décèle une infection dans une zone sensible (par exemple périrectale) ou chez un client immunodéprimé (par exemple, personne diabétique).

Interventions non pharmacologiques

- On peut appliquer qid et au besoin des compresses de solution saline tiède pour assouplir et éliminer les croûtes.
- Nettoyez avec un agent antimicrobien antiseptique pour freiner la croissance bactérienne.
- Incisez et drainez les gros furoncles ou anthrax localisés pour atténuer la douleur et la pression.
- Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement); si le client prend des antibiotiques, insistez sur la nécessité de consommer tous les médicaments du traitement même s'il se sent mieux après quelques jours.
- Encouragez une bonne hygiène (c'est-à-dire, un nettoyage quotidien avec le savon prescrit).
- Conseillez le client sur les mesures de prévention à prendre pour éviter les récurrences.

Interventions pharmacologiques

Appliquez une préparation antibiotique topique :

mupirocine en onguent (Bactroban) tid pendant 10 jours

Antibiothérapie orale si le client est fébrile ou si un grand nombre de lésions semblent infectées :

céphalexine (Keflex), 500 mg PO qid pendant 10 jours

ou

cloxacilline, 500 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

azithromycine (Zithromax), 500 mg PO le premier jour suivi par 250 mg PO par jour pendant 4 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1 à 2 comprimés PO toutes les 4 à 6 h au besoin

Surveillance et suivi

Suivi quotidien jusqu'à résolution de l'infection.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement, l'orientation vers d'autres ressources médicales n'est pas nécessaire.

INFECTIONS CUTANÉES (COMPLIQUÉES)**Consultation**

Consultez un médecin si le client est fébrile ou semble gravement malade, en cas de cellulite extensive, de lymphangite ou d'adénopathie, ou si l'on soupçonne ou décèle une infection dans une zone sensible (par exemple, périmrectale) ou chez un client immunodéprimé (par exemple, personne diabétique).

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique; réglez le débit en fonction de l'état d'hydratation et de l'âge du patient.

Interventions pharmacologiques

Si le médecin prescrit une antibiothérapie IV, un traitement comme le suivant pourrait être administré avant l'évacuation du client :

céfazoline (Ancef), 1 à 2 g IV/IM toutes les 8 h

Si l'abcès se trouve dans la région périmrectale :

céfazoline (Ancef), 1 à 2 g IV/IM toutes les 8 h

et

métronidazole (Flagyl), 500 mg IV toutes les 8 h

Le médecin peut aussi ajouter de la gentamicine à cette combinaison d'antibiotiques pour couvrir un large spectre de microorganismes.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuation médicale aussi rapidement que possible pour continuer le traitement IV et peut-être effectuer un drainage chirurgical.

ECZÉMA (DERMITE ATOPIQUE)

Inflammation cutanée chronique, qui provoque des démangeaisons.

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Sensibilité cutanée héréditaire
- Allergie

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparaît dès la première enfance.
- Peut persister durant toute la vie.
- Les symptômes à l'âge adulte sont différents des symptômes qui se manifestent durant la première année de la vie et l'enfance.
- Alternance de rémissions et de poussées
- Des antécédents familiaux d'eczéma, d'allergies et d'asthme sont fréquents.
- Affection caractérisée essentiellement par des démangeaisons et une desquamation
- Éruptions vésiculaires possibles
- Le grattage provoque la rupture des vésicules.
- Un liquide séreux et transparent s'écoule des vésicules, provoquant une éruption cutanée.
- Un cercle vicieux démangeaisons-grattage-rash-démangeaisons s'ensuit.
- Touche généralement le visage, le cou, les bras et le dos, les plis de flexion des membres, les pieds.
- Peut se généraliser.
- Apparition fréquente d'une infection bactérienne secondaire
- Le rôle joué par certains irritants peut parfois être établi.
- Sensibilité à la laine, aux solvants, aux crèmes, aux lotions et aux savons parfumés
- Présence fréquente d'allergies, de fièvre des foins, d'asthme, de dermatite de contact
- Les températures chaudes et humides ou froides et sèches ainsi que le stress émotionnel peuvent aggraver les symptômes.

OBSERVATIONS

- Desquamation, sécheresse, épaissement (lichénification) de l'épiderme
- Présence possible de fissures
- Excoriations
- Présence fréquente d'une légère rougeur et d'œdème
- Présence possible de vésicules dans certaines régions
- Présence possible de lésions suintantes
- Présence possible de pustules ou de croûtes
- Modifications chroniques de certaines régions cutanées (amincissement, cicatrices, lichénification)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite séborrhéique
- Sécheresse de la peau (prurit hivernal)
- Dermite de contact allergique
- Psoriasis
- Gale

COMPLICATIONS

- Cicatrices
- Infection bactérienne secondaire
- Irritation cutanée chronique
- Effets indésirables des médicaments (par exemple, préparations stéroïdiennes)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Prévenir les infections secondaires

Consultation

Il faut consulter un médecin si le traitement ne donne aucun résultat après une semaine.

Interventions non pharmacologiques

- Offrez du soutien au client, étant donné qu'il peut être difficile de vivre avec cette affection irritante et peu esthétique
- Dites au client de cesser d'utiliser des corticostéroïdes dès que les lésions graves sont cicatrisées, ces médicaments n'ayant pas d'action préventive et risquant d'irriter ou de léser davantage l'épiderme.
- Aidez le client à cerner les facteurs déclenchants et aggravants et incitez-le à les éviter.
- Pour assécher et rafraîchir les lésions humides, conseillez au client d'appliquer des compresses quatre fois par jour au besoin (acétate d'aluminium [solution de Burrow] ou soluté physiologique).
- Lubrifiez les lésions sèches au moyen de Base Glaxal ou de gelée de pétrole (Vaseline) deux fois par jour, après le bain et au besoin.

Éducation du client

Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).

Conseillez au client :

- D'observer les règles d'hygiène appropriées pour éviter les infections bactériennes secondaires.
- De porter des vêtements de coton amples.
- D'éviter les tissus rugueux et la laine.
- D'éviter de surchauffer (douches chaudes).
- D'éviter les produits irritants au travail et à la maison.
- D'utiliser un substitut du savon (par exemple, Aveeno) plutôt que du savon.
- D'insérer des gants de coton dans les gants de caoutchouc pour manipuler des liquides.
- D'appliquer des lubrifiants gras sur sa peau dans les minutes qui suivent le bain ou la douche pour « emprisonner » l'humidité.

Interventions pharmacologiques

Pour atténuer l'inflammation en cas de démangeaisons modérées ou sévères :

hydrocortisone à 1 % en crème (Topicort), bid ou tid, pendant 1 à 2 semaines

Utilisez des gels et des crèmes pour les éruptions aiguës suintantes et des pommades pour les lésions sèches ou lichénifiées. Appliquez des lotions sur les régions velues.

Le prurit associé à l'eczéma ne fait pas intervenir l'histamine; par conséquent, les antihistaminiques sont généralement inefficaces. L'hydroxyzine (Atarax) peut apporter un certain soulagement en raison de son effet sédatif (effet sur le système nerveux central).⁸ L'effet sédatif de l'hydroxyzine est utile pour rompre le cercle vicieux des démangeaisons-grattage.

hydroxyzine (Atarax), 10 à 25 mg PO bid et hs au besoin

Commencez par une dose de 10 mg chez les clients de petite taille, les personnes âgées ou les personnes qui prennent des anxiolytiques.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 1-2 semaines pour évaluer la réponse au traitement. Si le client ne répond pas au traitement, discutez de l'utilisation d'un stéroïde topique plus puissant avec le médecin. Demandez au client de revenir à la clinique plus tôt si des signes d'infection apparaissent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous de suivi avec un médecin si le traitement ne donne aucun résultat.

IMPÉTIGO

Infection bactérienne superficielle de la peau, extrêmement contagieuse.

CAUSES

- Streptococcus, Staphylococcus ou les deux bactéries
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, piqûres d'insectes, lésions cutanées attribuables à d'autres affections (par exemple, eczéma, gale, pédiculose)

SYMPTOMATOLOGIE

- Les régions les plus fréquemment touchées sont le visage, le cuir chevelu et les mains, mais les lésions peuvent se manifester également ailleurs.
- Les régions touchées sont généralement découvertes.
- La maladie peut compliquer la varicelle, l'eczéma et d'autres affections cutanées se manifestant par des lésions ouvertes⁹.
- Les nouvelles lésions sont généralement attribuables à l'auto-inoculation.
- L'éruption se manifeste d'abord par des taches rouges, qui peuvent causer des démangeaisons.
- Les lésions se transforment en petites vésicules et pustules qui éclatent et suppurent.
- Les suppurations sèchent et forment des croûtes couleur miel très caractéristiques.
- Les lésions sont indolores.
- La fièvre et les symptômes généraux sont rares.
- Parfois, une fièvre bénigne peut être présente en cas d'infection généralisée.

OBSERVATIONS

- Lésion formant une croûte épaisse de couleur miel sur fond rouge
- Lésions cutanées nombreuses à différents stades d'évolution (vésicules, pustules, croûtes, exsudat séreux ou pustuleux, lésions en voie de cicatrisation, présence possible de bulles)
- Les lésions et leur pourtour peuvent être chauds au toucher.
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Eczéma, dermatite de contact ou gale
- Herpès simplex accompagné de vésicules ou de croûtes
- Varicelle avec vésicules ou croûtes
- Zona (herpès zoster) avec vésicules ou croûtes
- Bulles provoquées par des piqûres d'insectes

COMPLICATIONS

- Cellulite localisée ou étendue
- Glomérulonéphrite poststreptococcique (rare chez l'adulte)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun
- Songez à faire un prélèvement par écouvillonnage si on a décelé des cas de SARM dans la collectivité ou si le client ne répond pas au premier traitement.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir l'auto-inoculation
- Prévenir la contamination des membres de l'entourage

Consultation

Consultez un médecin si le traitement ne donne aucun résultat.

Interventions non pharmacologiques

- On peut appliquer qid et au besoin des compresses de solution saline tiède pour assouplir et éliminer les croûtes.
- Nettoyer avec un agent antimicrobien antiseptique pour freiner la croissance bactérienne.
- Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement).
- Encouragez une bonne hygiène (c'est-à-dire, un nettoyage quotidien avec le savon prescrit).
- Conseillez le client sur les mesures de prévention à prendre pour éviter les récurrences.
- Proposez des moyens de prévenir la contamination des autres membres de la famille (par exemple, se laver soigneusement les mains, ne pas partager les serviettes de toilette)

Interventions pharmacologiques

Application d'une préparation antibiotique topique:

mupirocine en onguent (Bactroban) tid pendant 7–10 jours

Antibiothérapie orale si un grand nombre de lésions semblent infectées :

cloxacilline, 500 mg PO qid pendant 7–10 jours
ou

céphalexine (Keflex), 500 mg PO qid pendant 7–10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine, 1 g/jour fractionné bid, tid ou qid pendant 7–10 jours

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 2 à 3 jours pour évaluer la réponse au traitement.
- Demandez au client de revenir pour une réévaluation en cas de fièvre ou de dissémination de l'infection en dépit du traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement inutile, sauf en cas de complications.

INFECTION À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANTE À LA MÉTHICILLINE^{10,11,12}

L'infection à *Staphylococcus aureus* résistante à la méthicilline (SARM) est une infection bactérienne résistante aux pénicillines semi-synthétiques comme la cloxacilline et la méthicilline. Elle peut aussi être résistante à d'autres antibiotiques. Cette infection est difficile à traiter, puisque les médicaments utilisés pour traiter les autres souches de *Staphylococcus aureus* n'ont pas toujours un effet.¹³ On trouve habituellement *Staphylococcus aureus* sur la peau et dans le nez d'individus en bonne santé. Il existe actuellement deux types de SARM qui présentent un profil moléculaire et un profil de résistance aux antibiotiques différents.¹⁴

SARM NOSOCOMIAL

Les infections nosocomiales à SARM touchent le plus souvent les personnes qui ont été hospitalisées, qui ont séjourné dans un établissement de soins de santé ou qui ont été l'objet d'une intervention médicale et les personnes qui présentent un système immunitaire affaibli.¹⁵

SARM ACQUIS DANS LA COLLECTIVITÉ

On considère qu'une personne a acquis le SARM dans la collectivité si elle n'est pas allée à l'hôpital ou qu'elle n'a pas fait l'objet d'une intervention médicale au cours de la dernière année et si la mise en culture d'un échantillon prélevé est positive pour le SARM. L'infection se présente habituellement sous la forme d'un ou de boutons ou d'un ou de furoncles sur la peau de personnes en bonne santé.¹⁵ Actuellement, les souches de SARM acquises dans la collectivité sont plus sensibles aux classes d'antibiotiques autres que les bêta-lactames que les souches de SARM nosocomiales.¹³

Les professionnels de la santé en soins primaires doivent être conscients que le SARM acquis dans la collectivité cause des infections au Canada, surtout en conditions de surpeuplement.

On croit que la prévalence de SARM acquis dans la collectivité au Canada est actuellement faible, mais en augmentation dans les collectivités. La plupart des cas sont des infections cutanées dont les principaux foyers de colonisation sont la peau, les narines et le périnée.

CAUSE

- Staphylococcus aureus résistante à la méthicilline

Modes de propagation

- Contact peau à peau
- Contact de la peau avec un instrument
- Morsure de chat ou de chien¹⁶

Facteurs de risque pour être porteur du SARM

- Surpeuplement
- Absence d'eau courante
- Utilisation d'antibiotiques
- Hospitalisation or consultation médicale récente en cabinet ou en clinique
- Maladie chronique
- Consommation de drogues intraveineuses
- Contact étroit avec des personnes présentant ces facteurs de risque

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur localisée
- Rougeur
- Œdème
- Écoulement possible de liquide ou de pus des lésions
- Présence possible de fièvre
- Présence possible d'abcès cutanés
- Pourtour de la lésion possiblement chaud
- Antécédent d'infection à SARM (nosocomiale ou acquise dans la collectivité)
- Antécédent d'une morsure par un chat ou un chien¹⁶

Symptômes possibles dans le cas des infections plus graves : frissons, fatigue, malaise, céphalées, douleurs musculaires ou essoufflement.

SARM soupçonné d'avoir été acquis en milieu hospitalier

- Si la personne a été hospitalisée ou a été l'objet d'une intervention médicale au cours de la dernière année.
- Si le système immunitaire de la personne est affaibli.

SARM soupçonné d'avoir été acquis dans la collectivité

- Dans les collectivités où il est connu qu'environ 10 % à 15 % des isolats de *S. aureus* sont résistants à la méthicilline, on devrait soupçonner une infection à SARM acquise dans la collectivité chez les patients qui présentent une infection cutanée possiblement d'origine staphylococcique.
- En présence de facteurs de risque pour une infection à SARM acquise dans la collectivité
- En présence d'une mauvaise réponse à un traitement par les bêta-lactames chez des personnes ayant présument une infection staphylococcique
- Chez les cas d'infection sévère compatibles avec *S. aureus* (par exemple, septicémie, fasciite nécrosante, pneumonie nécrosante et emphyseme)

OBSERVATIONS

- Température possiblement élevée
- Fréquence cardiaque possiblement accélérée
- Rougeur, œdème
- Sensibilité
- Présence possible d'un écoulement purulent ou d'un exsudat séreux légers ou abondants
- Contour de la lésion possiblement rouge, enflé et/ou tendu
- Présence possible d'un œdème
- Présence possible d'une induration (ferme au toucher)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cellulite
- Impétigo
- Folliculite
- Furoncle ou anthrax
- Présence d'un corps étranger
- Abcès
- Morsure d'animal¹⁶

COMPLICATIONS

- Progression de l'infection
- Abcès
- Septicémie
- Endocardite
- Pneumonie
- Syndrome de choc toxique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon par écouvillonnage pour une culture et un antibiogramme dans les cas suivants :

- Lésions cutanées soupçonnées d'être attribuables à SARM
- Furoncles ou abcès à répétition (deux ou plus en six mois)
- Toute présentation sévère de la maladie (devrait comprendre les cultures sanguines)
- Possibilité d'une éclosion (en consultation avec les autorités en santé publique)
- Avant de commencer le traitement aux antibiotiques, dans les zones de cellulite chez les patients qui seront hospitalisés pour un traitement ou ceux dont la cellulite progresse après l'amorce du traitement.

Recommandations concernant le dépistage

- On ne recommande pas d'effectuer un dépistage systématique chez les personnes infectées par un SARM acquis dans la collectivité ou chez les membres de leur entourage pour vérifier la colonisation des narines et d'autres endroits.
- Dans les collectivités aux prises avec des cas d'infection par le SARM, on recommande de ne pas déployer d'efforts généraux pour évaluer le taux de porteurs chez les membres de l'entourage qui sont asymptomatiques.
- Dans certaines circonstances, après avoir consulté les autorités en santé publique ou un médecin, on peut envisager d'effectuer un prélèvement dans le nez et/ou ailleurs.

Ces circonstances particulières sont les suivantes :

- Individus présentant des infections cutanées répétées à *S. aureus* (deux ou plus en six mois) chez qui un traitement d'éradication est envisagé.
- Au sein d'une famille, lorsque les infections cutanées sont récurrentes malgré l'examen et le renforcement répétés des mesures d'hygiène, et lorsqu'il n'y a pas de prévalence élevée d'infections par le SARM acquises dans la collectivité.
- Pour étudier une éclosion dans une population fermée dans laquelle apparaissent continuellement de nouveaux cas d'infection malgré un renforcement répété des pratiques d'hygiène. Lorsqu'une étude de la colonisation est menée dans le cadre d'une enquête sur une éclosion, on peut envisager d'examiner d'autres endroits que les narines, en consultation avec les autorités de santé publique et/ou d'autres spécialistes.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévention
- Lutte contre l'infection
- Traitement des infections cutanées

Consultation

Consultez un médecin pour tous les cas d'infection soupçonnés ou confirmés à SARM.

Interventions non pharmacologiques

Prévention

Le but de la lutte contre le SARM est de prévenir qu'une personne infectée ou colonisée ne transmette la bactérie à d'autres personnes.

- Conseillez au client de prendre les antibiotiques comme il se doit pour réduire la résistance aux antibiotiques.
- Maximisez l'approvisionnement en eau dans les collectivités des Premières Nations.
- Enseignez, en commençant dès la petite enfance, la façon et l'importance de se laver fréquemment les mains.
- Enseignez aux clients les bonnes mesures d'hygiène à adopter en tout temps, peu importe le contexte. Ces mesures comprennent les suivantes : lavage régulier des mains pour réduire la contamination et la transmission et bain régulier avec savon et eau.
- Encouragez activement les familles, le personnel des écoles et des garderies ainsi que les membres des équipes sportives à se laver les mains soigneusement; il s'agit de la plus importante mesure de lutte contre la transmission du SARM.

En présence de lésions cutanées, enseignez au client à :

- Couvrir les lésions avec les pansements appropriés pour contenir les écoulements ou les exsudats;
- S'assurer qu'il a reçu les bons soins médicaux;
- Ne pas partager les crèmes, les lotions, les savons, les produits de beauté et d'autres produits d'hygiène personnelle qui entrent en contact avec la peau;
- Ne pas partager de serviettes non lavées;

- Ne pas partager d'articles personnels qui entrent en contact avec les lésions cutanées, par exemple rasoirs, brosses à dents, serviettes, lime à ongles, peignes et brosses à cheveux, sans les avoir nettoyés;
- Éliminer les déchets contaminés, y compris les vieux pansements, de façon sûre pour éviter que d'autres individus soient exposés;
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau après avoir touché une lésion cutanée et du matériel possiblement infecté, comme les pansements contaminés.

Rôle des professionnels de la santé

- Les professionnels de la santé devraient prescrire les antibiotiques judicieusement; une surconsommation d'antibiotiques contribue à la résistance des bactéries.
- Les patients devraient être encouragés à prendre leurs antibiotiques comme il a été prescrit.
- Le lavage fréquent des mains et la décontamination des instruments et du matériel utilisé pour examiner le client afin d'éviter que les personnes infectées ne transmettent l'infection.
- On devrait aviser les autorités en santé publique si la bactérie se propage de la famille à un groupe restreint faisant partie d'une collectivité, comme une équipe sportive ou un groupe d'écoliers (c'est-à-dire si une éclosion de la maladie est soupçonnée).

Infection aiguë

Infections cutanées légères et localisées comme les écorchures mineures : laver avec un savon antibactérien et de l'eau.

Infections superficielles et localisées comme l'impétigo, la folliculite, les furoncles, les anthrax et les petits abcès sans présence de cellulite : traitement local en immergeant dans l'eau tiède et élévation.

Interventions pharmacologiques

Infection aiguë

Pour les infections superficielles et localisées comme l'impétigo, la folliculite, les furoncles, les anthrax et les petits abcès sans présence de cellulite, on peut faire appel à au moins une des mesures suivantes :

- Antiseptique par voie topique
- mupirocine ou bacitracine par voie topique

Chez l'hôte immunodéprimé, un traitement antimicrobien est recommandé en plus des mesures dans la région touchée, de l'incision et du drainage.

Pour un traitement empirique des infections légères, modérées ou plus généralisées comme la cellulite (pour laquelle une infection à SARM n'est ni soupçonnée ni confirmée), en plus des mesures dans la région touchée, choisissez l'un des antibiotiques suivants :

Entamez le traitement par la cloxacilline ou une céphalosporine de première génération comme la céphalexine ou Clavulin (amoxicilline/acide clavulanique).

Dans une collectivité où des cas d'infections par le SARM sont connus : clindamycine ou triméthoprime/sulfaméthoxazole (remarquez que le triméthoprime et la sulfaméthoxazole ne s'attaquent pas aux streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A).

Infection staphylococcique grave ou menaçant le pronostic vital comme la fasciite nécrosante ou la pneumonie nécrosante : un premier traitement pourrait comprendre la vancomycine, en attendant de consulter le médecin, les résultats de la culture et de l'antibiogramme.

Décolonisation

La décolonisation renvoie au procédé entraînant l'éradication ou la réduction du nombre d'un microorganisme en particulier de la peau, du nez ou d'autres muqueuses. Consultez un médecin pour vous guider dans votre décision de tenter une décolonisation, car elle se solde souvent par un échec.

Parmi les options systémiques possibles figure la rifampine en association avec un autre antibiotique antistaphylococcique, comme le TMP-SMX, la clindamycine, l'acide fusidique, la doxycycline ou la minocycline.

On peut tenter d'éradiquer la bactérie sur la peau à l'aide d'agents topiques comme la chlorhexidine, mais la décolonisation nasale nécessite de la mupirocine intranasale. Généralement, l'éradication des bactéries à d'autres endroits que le nez requiert un traitement systémique et topique, en plus d'un traitement intranasal.

Surveillance et suivi

Surveillez étroitement les clients traités pour une infection staphylococcique mineure, soupçonnée ou confirmée, pour vérifier la réponse au traitement. Le moment du suivi dépend du type et de la gravité de l'infection à la présentation.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuation médicale des cas d'infection modérée ou grave compatibles avec *S. aureus* (par exemple, cellulite disséminée, septicémie, fasciite nécrosante, pneumonie nécrosante) vers un hôpital pour obtenir un diagnostic définitif et pour poursuivre le traitement.

PÉDICULOSE (INFESTATION DE POUX)

Infestation de poux.

CAUSES

On en distingue 3 types : les poux de tête, les poux de corps et les poux du pubis.

Facteurs de risque

- Promiscuité (par exemple, lits partagés), surpopulation dans les écoles
- Clientèle pédiatrique importante
- Infestation non reconnue
- Mauvaise application du traitement.
- Incapacité à traiter simultanément les proches
- Incapacité à éliminer les poux logés dans la literie et les vêtements lors du traitement
- Absence d'eau courante pouvant prédisposer à une mauvaise hygiène et à des infections cutanées secondaires

SYMPTOMATOLOGIE

- Poux de tête : se trouvent sur le cuir chevelu
- Poux de corps : se trouvent sur le corps
- Poux du pubis : se trouvent dans la région pubienne et parfois sur les poils de l'abdomen, des cuisses, des aisselles, des cils et des sourcils
- Démangeaisons sévères dans la région touchée
- Excoriation de l'épiderme
- Risque d'infection bactérienne secondaire
- Présence possible de poux ou de lentes dans la literie, dans les coutures des vêtements

OBSERVATIONS

- Présence de petites lentes blanc gris adhérent à la racine des cheveux
- Poux généralement visibles
- Excoriation de l'épiderme

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pellicules

COMPLICATIONS

- Infestations à répétition
- Infection cutanée

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Enrayer l'infestation
- Prévenir les récurrences
- Prévenir la propagation aux membres de la famille et de l'entourage

Interventions non pharmacologiques

- Retirez les lentes et les poux morts à l'aide d'une pince et d'un peigne à lentes.
- Protégez les yeux et les muqueuses afin de ne pas les irriter.
- Retirez les lentes logées dans les sourcils à l'aide de gelée de pétrole (enrobe les lentes, qui meurent par suffocation).
- Expliquez au client la manière de procéder, soit placer une petite quantité de gelée de pétrole sur le bout des doigts, fermer les yeux et appliquer la gelée de pétrole sur les paupières et les sourcils. Répétez le traitement deux ou trois fois par jour pendant 10 jours.¹⁷
- Examinez tous les membres de la famille et de l'entourage, y compris les camarades de classe et de la garderie, et traitez-les au besoin.
- Traitez également toute personne qui partage le lit de la personne atteinte de la pédiculose de la tête.

Éducation du client

Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments et informez-le de leurs effets secondaires.

Recommandez-lui :

- de laver à l'eau tiède savonneuse les peignes, les brosses, les chapeaux, les manteaux, la literie et les vêtements de tous les membres de la famille.
- de ranger dans des sacs en plastique scellés, pendant trois semaines, les objets qui ne peuvent être lavés.
- d'éviter de partager les peignes, les brosses, les chapeaux, etc.
- de passer l'aspirateur en profondeur sur les matelas (qui peuvent contenir des poux).

Interventions pharmacologiques

Shampooing antiparasitaire dans les cas de pédiculose de la tête :

après-shampooing à la perméthrine (Nix)

ou

shampooing à la pyréthrine (shampooing R&C)

Il est souvent nécessaire d'utiliser deux bouteilles lorsque les cheveux sont longs ou épais.

Surveillance et suivi

Suivi après 7 jours. Le traitement peut être répété 7 à 10 jours après la première application.¹⁸

Orientation vers d'autres ressources médicales

N'est généralement pas nécessaire.

DERMATOMYCOSE (TEIGNE)

Infection fongique superficielle de la peau.

- Sur les pieds : tinea pedis (pied d'athlète)
- À l'aine : tinea cruris (eczéma marginé de Hebra)
- Sur la surface du corps : tinea corporis
- Sur le cuir chevelu : tinea capitis ou teigne tondante (voir « Teigne tondante » dans le chapitre, « Dermatologie pédiatrique »)
- Tinea versicolor, une infection fongique (*Pityrosporum ovale*), est décrite au tableau 2, « Symptômes et signes physiques de divers types de teigne. » L'examen microscopique des squames traitées avec du KOH permet de différencier cette teigne des autres lésions hypopigmentées ou des lésions cutanées desquamantes.¹⁹

CAUSES

Dermatophytes (champignons) qui colonisent les tissus morts de la peau, comme la couche cornée de l'épiderme, les ongles et les cheveux.

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Les symptômes et les signes physiques des diverses formes de teigne sont présentés au tableau 2.

Tableau 2 – Symptômes et signes physiques de divers types de teigne²⁰

Type	Symptômes	Signes physiques
Tinea pedis	<p>Localisé sur les pieds</p> <p>Démangeaisons sévères</p> <p>Desquamation et rougeur, principalement entre les orteils</p> <p>Odeur fétide possible</p> <p>La région lésée peut être humide, blanche, macérée, fissurée.</p> <p>Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules</p> <p>Collier de squames à l'éclatement des vésicules</p> <p>Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte (très peu de prurit)</p>	<p>Desquamation dans les régions interdigitales latérales</p> <p>Peau possiblement humide, blanche, macérée, fissurée</p> <p>Tendance à peler et région sous-cutanée rouge, à vif et sensible</p> <p>Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules</p> <p>Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte</p> <p>Infection secondaire (cellulite) des fissures possible</p>
Tinea cruris	<p>Localisé sur les aines</p> <p>Répandu chez les hommes</p> <p>Démangeaisons modérées ou sévères</p> <p>Apparaît sous forme d'érythème dans le pli crural</p> <p>S'étend vers l'extérieur</p> <p>Peut s'étendre aux cuisses ou aux fesses</p> <p>Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés.</p> <p>Transmission souvent due à une serviette de toilette contaminée</p> <p>Souvent associé au pied d'athlète</p> <p>Facteurs prédisposants : transpiration abondante, diabète, frottement</p>	<p>S'étend du pli crural à la face supéro-interne de la cuisse</p> <p>Lésions squameuses de couleur brun rouge</p> <p>Contour très net</p> <p>Lésions ne s'éclaircissant pas au centre</p> <p>Peut s'étendre à l'aine, aux cuisses et aux fesses</p> <p>Bilatéral ou unilatéral</p> <p>Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés.</p>
Tinea versicolor (pityriasis versicolor)	<p>Infection fongique fréquemment observée chez les jeunes adultes, moins courante lorsque la production de sébum est diminuée ou absente</p> <p>Facteurs prédisposants: humidité élevée à la surface de l'épiderme, grande production de sébum</p> <p>Apparition en été, atténuation pendant les mois plus froids</p>	<p>Présence chronique de macules superficielles et hypopigmentées, lésions desquamantes fortement marginées ou surélevées</p> <p>Touche fréquemment la partie supérieure du thorax, la partie proximale des membres, les parties génitales</p> <p>Varie de brun clair à blanc ou rose, varie en intensité et en teinte</p>
Tinea corporis	<p>Localisé sur les parties non pileuses du corps</p> <p>Lésions cutanées squameuses, rondes ou ovales</p> <p>Entraîne souvent des démangeaisons</p> <p>Peut être asymptomatique</p>	<p>Lésions de dimensions variables</p> <p>Tache généralement bien circonscrite, de forme ronde ou ovale</p> <p>Lésions squameuses de couleur rose ou rougeâtre</p> <p>Lésions s'éclaircissant au centre</p> <p>Pourtour d'un rouge plus soutenu</p> <p>Bords squameux, vésiculeux ou pustuleux</p>

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cor Mou
- Verrue
- Dermatite séborrhéique
- Candidose du pied ou de l'aine
- Irritation ou frottement localisé de l'aine
- Dermatite de contact, atopique ou allergique
- Psoriasis

COMPLICATIONS

Infection bactérienne secondaire (en particulier dans le cas du pied d'athlète).

TESTS DIAGNOSTIQUES

Procédez à un grattage cutané (traitement au KOH) pour analyse mycologique (culture fongique) et examen microscopique direct.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes,
- Enrayer l'infection.

Consultation

Consultez un médecin si le client ne répond pas à un traitement antifongique approprié.

Interventions non pharmacologiques

Appliquez des compresses (solution de Burow) bid or tid pour assécher la région atteinte et soulager les démangeaisons (dans les cas de tinea pedis et de tinea cruris seulement).

Éducation du client

- Supprimer l'humidité et la chaleur.
- Changer de types de chaussettes et de chaussures.
- Éviter les vêtements serrés et les sous-vêtements en nylon; ne pas garder sur soi longtemps un maillot de bain ou des vêtements de travail mouillés.
- Utiliser correctement les médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement)
- Avoir de bonnes habitudes d'hygiène (changer de chaussettes souvent et éviter de porter des chaussures en caoutchouc).

Interventions pharmacologiques

Dans le cas du tinea pedis et du tinea cruris, il faut appliquer un agent antifongique topique pendant au moins 2 semaines et continuer le traitement pendant 1 semaine après la guérison des lésions :

clotrimazole en crème dermatologique (Canesten), bid ou tid

Dans le cas du tinea corporis, appliquez un antifongique topique comme le clotrimazole pendant 4 semaines.

Dans le cas du tinea versicolor, appliquez une lotion ou un shampoing avec sulfure de sélénium (2,5%), quotidiennement sur les zones atteintes pendant 10 à 15 minutes, suivi d'une douche, pendant 7 à 14 jours.²¹

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 2 semaines pour vous assurer qu'il y a eu résolution.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut adresser le client à un médecin dans les cas d'infections fongiques récidivantes, si le client est immunodéprimé ou diabétique, si le traitement ne donne aucun résultat ou si les ongles sont atteints.

GALE²²

Infestation de la peau causée par un acarien.

CAUSE

- Sarcoptes scabiei
- Contact direct (peau à peau) avec des articles contaminés pendant une période pouvant aller jusqu'à 48 heures

Facteurs de risque

- Mauvaise application du traitement.
- Proches non traités
- Non-éradication des parasites dans les vêtements et la literie
- Garderie

Les autochtones sont particulièrement à risque en raison de plusieurs autres facteurs :

- Logements surpeuplés, partage du même lit, écoles et garderies surpeuplées
- Clientèle pédiatrique importante
- Accès réduit à des soins médicaux ou infirmiers
- Absence d'eau courante pouvant prédisposer à une mauvaise hygiène et à des infections cutanées secondaires
- Capacité des mites à survivre plus de 36 heures à des températures froides et avec une humidité relative élevée²³

SYMPTOMATOLOGIE

- Démangeaisons intenses
- Exacerbation des démangeaisons la nuit ou après une douche chaude
- Éruptions cutanées sur les mains, les pieds et aux plis de flexion
- Transmission par un contact intime ou sexuel avec une personne infectée
- Transmission par les vêtements
- Apparition des symptômes jusqu'à six semaines après un premier contact avec le parasite
- Cause des symptômes : hypersensibilité au parasite et à ses produits

OBSERVATIONS

- Siège fréquent des lésions : espaces interdigitaux, plis de flexion au niveau des poignets et des bras, aisselles, taille, plis inférieurs des fesses, organes génitaux, aréole des seins.
- Éruption rouge diffuse
- Lésions primaires : papules, vésicules, pustules, sillons
- Lésions secondaires : croûtes, excoriations, lésions de grattage, nodules, infection secondaire
- Lésions de différents stades présentes en même temps
- Prédominance possible des lésions secondaires
- Sillons (lignes grises ou de couleur chair de 5 à 15 mm de long), nombreux ou clairsemés
- Sillons généralement visibles à l'intérieur du poignet et de la main et dans les espaces interdigitaux

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pédiculose
- Impétigo
- Eczéma
- Dermate de contact et dermatite d'irritation

COMPLICATIONS

- Infection bactérienne secondaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infestation
- Enrayer l'infection secondaire
- Soulager les symptômes

Consultation

Il faut consulter un médecin en cas de doute sur le diagnostic.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments et informez-le des effets indésirables.

Prophylaxie

- Une intervention prophylactique doit être assurée auprès de tous les membres de la famille, étant donné que les signes de la gale peuvent ne se manifester qu'un à deux mois après l'infection.
- Traitez tous les membres de la famille en même temps pour prévenir la réinfestation.
- Tout le linge de lit (draps, taies d'oreiller) et les vêtements portés à même la peau (sous-vêtements, T-shirts, chaussettes, jeans) doivent être lavés dans de l'eau chaude savonneuse et séchés au cycle chaud (si possible).
- S'il n'y a pas d'eau chaude, placez tous les vêtements et le linge de lit dans des sacs en plastique et entreposez-les à l'écart pendant 5 à 7 jours; le parasite ne peut survivre plus de 4 jours sans contact avec la peau.
- Les enfants peuvent retourner à la garderie ou à l'école le lendemain de la fin du traitement.
- Les professionnels de la santé en contact étroit avec des clients atteints de gale pourront avoir besoin d'un traitement prophylactique.
- L'éducation communautaire, axée sur la détection précoce de la gale et la sensibilisation à cette infection, est importante.
- En cas d'épidémie de gale, le traitement prophylactique de toute la population peut constituer la prise en charge optimale.

Interventions pharmacologiques

Il faut appliquer une crème ou une lotion scabicide sur tout le corps, du menton aux orteils (soulignez que le scabicide doit être appliqué dans les plis de la peau, entre les doigts et les orteils, entre les fesses, sous les seins et sur les organes génitaux externes) :

crème dermique à la perméthrine à 5 % (Nix)
(médicament de choix)

Laissez au contact de la peau pendant 8 à 14 heures. Une application suffit généralement, mais il peut être nécessaire d'appliquer le médicament de nouveau après une semaine si les symptômes persistent.

L'innocuité de la perméthrine chez la femme enceinte ou la femme qui allaite n'a pas été établie.

Le prurit peut poser problème, surtout la nuit.

hydroxyzine (Atarax), 10 à 25 mg PO bid et hs
au besoin

Informez le client que des démangeaisons, des lésions cutanées nodulaires et une dermatite peuvent persister pendant des semaines ou des mois, même après un traitement réussi. Les corticostéroïdes topiques de force moyenne comme la crème avec valérate de bétaméthasone à 0,1 % peuvent aider à traiter ces symptômes.²⁴

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 1 semaine pour évaluer la réponse au traitement.
- Demandez au client de revenir sans délai à la clinique si des signes d'infection secondaire apparaissent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Rarement nécessaire si le diagnostic initial est correct et si le traitement acaricide qui s'impose est suivi par le client et les personnes de son entourage.

DERMATITE DE STASE²⁵

Inflammation cutanée due à l'accumulation de sang veineux dans les membres inférieurs et à l'existence d'un œdème chronique. Caractérisée par un eczéma sur les jambes accompagné d'un œdème, d'une hyperpigmentation et d'une inflammation persistante.

CAUSES

- Mauvaise circulation entraînant une insuffisance veineuse chronique (insuffisance valvulaire veineuse)
- Consécutive à une maladie vasculaire périphérique touchant les jambes comme les varices ou la thrombose veineuse profonde

SYMPTOMATOLOGIE

- Démangeaisons
- Prurit aggravé par l'emploi de savons, l'assèchement, les bains
- Chevilles enflées
- Au début, la surélévation des jambes atténue l'œdème. Par la suite, l'œdème peut être permanent.

OBSERVATIONS

- Touche la partie inférieure des jambes, le siège d'un traumatisme ou d'une irritation
- Veines distendues
- Œdème localisé
- Présence de petites pétéchies, croûtes et exsudats
- Dépôts grenat d'hémossidérine dans la peau
- Évolution possible vers l'œdème, rougeur et desquamation sur une grande zone des jambes
- Ulcération possible

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite de contact
- Cellulite

COMPLICATIONS

- Rupture de l'épiderme, ulcère
- Infection
- Thrombose veineuse profonde

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'œdème.
- Prévenir la formation d'ulcères.
- Prévenir l'infection.

Consultation

Consultez un médecin si l'état du client s'aggrave en dépit des traitements ou en cas de rupture et d'ulcération de la peau.

Interventions non pharmacologiques

- Encouragez le client à garder les jambes surélevées dans la mesure du possible et à prévenir l'insuffisance veineuse.
- si le client n'est pas alité, comprimez les jambes à l'aide de bas de contention (30 à 40 mm de Hg) (doivent être prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne).
- Trempez la région atteinte dans du soluté physiologique froid ou appliquez des pansements imbibés de soluté physiologique pendant la phase aiguë.
- Lubrifiez la région atteinte deux fois par jour avec une crème émolliente.
- Recommandez au client d'éviter de se gratter et d'utiliser des irritants (savon, eau chaude, vêtements rugueux, frottements).

Interventions pharmacologiques

- Aucun

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après une semaine pour déterminer si le client répond au traitement symptomatique.
- Surveillez les signes de rupture de l'épiderme et d'infection.
- Expliquez au client les signes d'infection et demandez-lui de se présenter à la clinique sans délai s'il en observe.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec le médecin, au besoin. Le patient peut avoir besoin d'une prescription pour des bas de contention (30 à 40 mm de Hg).

URTICAIRE²⁶

Papules oedémateuses et érythémateuses localisées sur la peau

CAUSES

- Généralement inconnues
- Affection chronique idiopathique
- Hypersensibilité à certains aliments, médicaments, allergènes inhalés, piqûres d'insectes
- Hormones
- Agents physiques (par exemple, chaleur, froid, soleil)
- Maladie générale (par exemple, lupus érythémateux aigu disséminé)
- Infection (par exemple, hépatite, mononucléose ou autre maladie virale)
- Agent déclencheur cholinergique (chaleur, exercice, stress)

SYMPTOMATOLOGIE

- Prise récente de médicaments, y compris des vitamines, aspirine, AINS, antiacides, opioïdes et progestérone
- Exposition récente à l'une des causes possibles mentionnées précédemment
- Présence de taches blanches ou roses prurigineuses
- Sensation de malaise

OBSERVATIONS

- Présence possible sur n'importe quelle partie du corps.
- Peut être localisé ou généralisé.
- Lésions multiples, de forme et de taille irrégulières
- Taches blanches ou rose pâle surélevées, généralement entourées d'une auréole rouge
- Extension périphérique et coalescence possibles
- Accentuation, puis atténuation des placards
- Rare persistance de chacune des papules au-delà de > 12 à 24 heures.
- Égratignures possibles
- Anxiété
- Évolution possible vers un essoufflement, un stridor et un enrouement

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Vasculite
- Piqûres d'insectes
- Érythème polymorphe
- Lupus érythémateux disséminé

COMPLICATIONS

- Récidives
- Démangeaisons intenses
- Réaction allergique générale accompagnée de bronchospasmes
- Anaphylaxie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Après consultation avec le médecin, on peut envisager de diriger le client vers un dermatologue.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Déceler le facteur déclenchant
- Prévenir les récurrences
- Il est possible de désensibiliser le client à l'antigène déclencheur

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- Les symptômes sont sévères.
- Des complications surviennent.
- La cliente est enceinte ou allaite
- L'affection récidive.

En cas d'essoufflement, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche (*voir la section Choc anaphylactique dans le chapitre Urgences générales et traumatismes majeurs*).

Interventions non pharmacologiques

- Appliquer des compresses froides pour soulager les démangeaisons.
- Éviter de surchauffer.
- Éviter temporairement les aliments piquants et épicés.

Éducation du client

- Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets indésirables)
- Recommandez au client de bien nettoyer la peau pour prévenir les risques d'infection.
- Conseillez au client d'éviter de se gratter et garder les ongles courts et propres.
- Aidez le client à reconnaître le facteur déclenchant (notamment les changements récents dans son régime alimentaire ou les marques des aliments consommés, étant donné que les entreprises alimentaires n'emploient pas les mêmes additifs dans leurs produits).
- Rassurez le client en lui expliquant que ces épisodes sont spontanément résolutoires.

Interventions pharmacologiques

Appliquez un antiprurigineux topique :

lotion calamine qid au besoin

Antihistamine oral pour soulager les démangeaisons et éviter la formation de nouvelles lésions :

diphénhydramine (Benadryl), 25 à 50 mg PO toutes les 6 à 8 h pendant 2 à 7 jours

ou

hydroxyzine (Atarax), 25 à 50 mg PO toutes les 6 à 8 h pendant 2 à 7 jours

ou un antihistaminique de deuxième génération

cétirizine (Reactine), 10 mg PO tous les jours

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 2 à 7 jours.
- Demandez au client de retourner à la clinique pour une réévaluation si les lésions s'aggravent malgré le traitement.
- Demandez au client de revenir à la clinique sans délai en cas de difficulté respiratoire, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche; dans pareille situation (*voir la section Choc anaphylactique dans le chapitre Urgences générales et traumatismes majeurs*).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut adresser le client à un médecin pour une évaluation dans les cas de récurrence (pour écarter une allergie ou une maladie organique sous-jacente).

VERRUES²⁷

Tumeurs hyperkératosiques bénignes, courantes classifiées selon leur localisation et leur apparence. La transmission virale se produit par contact direct, mais l'auto-inoculation est possible.

CAUSES

- Papillomavirus

SYMPTOMATOLOGIE

- Plus fréquentes chez les enfants
- Lésions uniques ou multiples
- Facteurs de risque : rupture de la peau, onychophagie

OBSERVATIONS

- Apparaissent généralement sur les mains, les doigts, les pieds et le visage.
- Taille variable
- Isolées ou en groupes
- Excroissances à surface rugueuse et épaisse
- De couleur blanche, grise, jaune ou brune
- Présentent parfois des points noirs (capillaires thrombosés).
- Contour rond ou irrégulier, bien circonscrit
- Les lésions sont parfois plates (verru plane).
- Consistance ferme et rugueuse
- Saignements des capillaires internes lorsqu'on débride la verrue.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cors
- Molluscum contagiosum

COMPLICATIONS

- Aspect inesthétique
- Récidive, croissance ou propagation
- Formation d'une chéloïde

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Destruction de la lésion
- Prévention de la propagation

Consultation

Ne traitez pas les verrues faciales, ni les verrues chez les femmes enceintes. Dans ces deux cas, dirigez le client vers un médecin.

Interventions non pharmacologiques

- Offrez beaucoup de soutien au client et encouragez-le à persévérer, car le traitement est long et fastidieux.
- Avant chaque application du médicament : tremper la région touchée dans l'eau tiède pour ramollir la verrue, frotter la verrue à la pierre ponce pour retirer les tissus morts, ou enlever la peau morte avec un scalpel.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application, protection de la région périphérique).
- Suggérez-lui des moyens d'éviter de propager l'infection à d'autres parties du corps ou de la transmettre à d'autres personnes.

Interventions pharmacologiques

Expliquez au client comment appliquer le médicament topique sur les verrues :

acide salicylique et acide lactique (Duo Film) sous forme liquide, chaque jour pendant une période allant jusqu'à 3 mois

Rappelez au client de protéger la région périphérique saine en l'enduisant de gelée de pétrole (Vaseline).

Surveillance et suivi

Revoyez le client toutes les 2 semaines pour évaluer la réponse et l'adhésion au traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Organisez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si le traitement ne donne aucun résultat après 12 semaines.

URGENCES DERMATOLOGIQUES

BRÛLURES

Lésions tissulaires dues à un contact thermique.

Types de brûlures^{28,29}

Brûlures du premier degré (superficielles)

Ne touchent que l'épiderme.

Brûlures du deuxième degré (intermédiaires)

- Superficielles : touchent l'épiderme et la partie supérieure du derme.
- Profondes : touchent la couche profonde du derme, ce qui endommage les follicules pileux et le tissu glandulaire. Il est souvent difficile de distinguer ces brûlures des brûlures du troisième degré. Les brûlures du deuxième degré les plus profondes peuvent se transformer facilement en brûlures du troisième degré en présence d'une infection secondaire, d'un traumatisme mécanique ou d'une thrombose en évolution

Brûlures du troisième degré (profondes)

S'étend dans le derme et le détruit. Peut toucher chaque système, appareil ou organe de l'organisme et s'étend jusqu'au tissu sous-cutané, ce qui détériore les muscles, les os et le tissu interstitiel.

CAUSES

Brûlures thermiques

- Flammes; elles causent généralement des brûlures du 3^e degré, surtout si les vêtements prennent feu.
- Le métal en fusion, le goudron ou les produits synthétiques fondus restent longtemps sur la peau.

Brûlures électriques

- Semblables aux lésions par écrasement : survenue de nécrose musculaire, de rhabdomyolyse, de myoglobinurie.
- Elles nécessitent une attention particulière étant donné qu'elles sont souvent plus graves qu'elles ne le semblent; tenez systématiquement pour acquis qu'une brûlure électrique est grave.

Brûlures chimiques

- Les acides forts sont vite neutralisés ou absorbés.
- Les produits chimiques alcalins causent une nécrose de liquéfaction et peuvent atteindre toutes les couches cutanées, entraînant une nécrose qui peut s'échelonner sur plusieurs heures après l'exposition.

Brûlures par radiations

- Semblent hyperémiées au début; peuvent ensuite ressembler à des brûlures du troisième degré.
- Les dommages peuvent atteindre les couches profondes.
- Les coups de soleil font partie de cette catégorie et ils causent une douleur superficielle modérée.

SYMPTOMATOLOGIE

Différez l'anamnèse jusqu'à ce que les voies respiratoires, la respiration et la circulation aient été évaluées et stabilisées.

- Obtenez une description précise du mécanisme exact de la blessure et le moment de son apparition.
- Posez des questions sur les soins prodigués à la maison (par exemple, application de froid, d'un corps gras).
- Obtenez les antécédents médicaux (si le temps le permet).
- Déterminez les médicaments utilisés (si le temps le permet).
- Déterminez les allergies (si le temps le permet).
- Vérifiez le statut d'immunisation antitétanique.

OBSERVATIONS

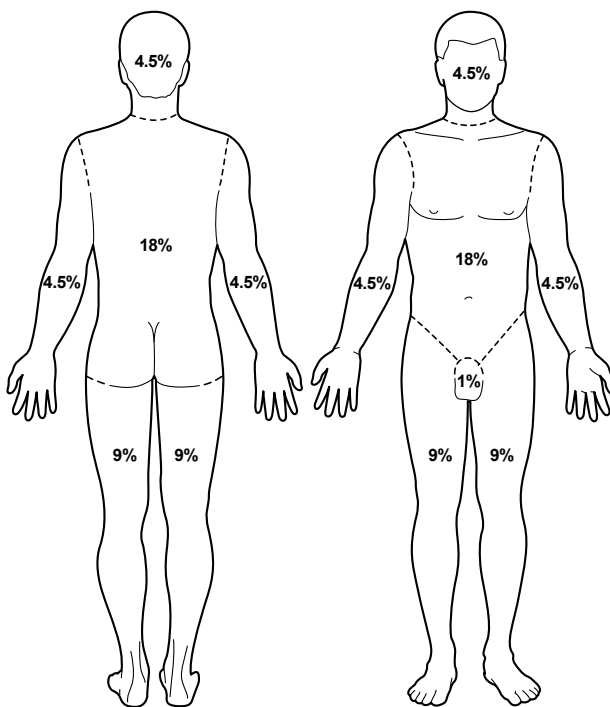
- Évaluez les voies respiratoires, la respiration et la circulation.
- Recherchez la présence de poils des narines brûlés, de signes d'hypoxie, d'une toux persistante accompagnée d'expectorations teintées de suie et/ou d'obstruction respiratoire qui indiquent une lésion par inhalation.³⁰
- La température peut être élevée en présence d'inflammation et d'infection.
- La fréquence cardiaque peut être accélérée.
- La tension artérielle peut être faible si le client est en état de choc.
- Déterminez la profondeur (voir le tableau 3, intitulé « Profondeur de la brûlure ») de la brûlure et son étendue (voir le tableau 4, « Évaluation de l'étendue de la brûlure [règle des neuf] » et le schéma).

Tableau 3 – Gravité de la brûlure³¹

Gravité	Cause	Apparence	Sensation	Temps de guérison
Superficielle (premier degré)	Très courte exposition aux ultraviolets	Sèche, rouge Blanchit à la pression	Douleur	3 à 6 jours
Intermédiaire superficielle (deuxième degré)	Éboullantage (par renversement ou éclaboussure) Exposition courte	Cloques Humide, rouge, suintante Blanchit à la pression	Sensibilité à la température et à l'air	7 à 20 jours
Intermédiaire profonde (deuxième degré)	Éboullantage (par renversement) Flammes Huile Corps gras	Cloques (crevant aisément) Humide ou sèche et cireuse Couleur variable (inégale, blanc jaunâtre à rouge) Ne blanchit pas à la pression	Perception de la pression uniquement	> 21 jours
Profonde (troisième degré)	Éboullantage (par immersion) Flammes Vapeur Huile Corps gras Chimique Électrique	Blanche et cireuse, parcheminée et grise, carbonisée ou noire Sèche et inélastique Ne blanchit pas à la pression	Perception d'une pression forte uniquement	Jamais (si > 2% de la surface totale du corps)

Tableau 4 – Évaluation de l'étendue de la brûlure (règle des neuf)

Partie corporelle	Pourcentage de la surface corporelle
Tête	9
Les deux bras	18
Partie antérieure du thorax	18
Partie postérieure du thorax	18
Les deux jambes	36
La paume des mains	1
Total	100

Règle des neuf chez l'adulte

Source de l'illustration : Firefighter Nation WebChief (2008) Determining Depth and Percentage of Burn Injuries (voir <http://www.firefighternation.com/forum/topic/show?id=889755%3ATopic%3A2902596>).

Tableau 5 – Classification des brûlures selon leur gravité (surface touchée)³²**Mineure**

< 10 % de la surface corporelle totale en brûlures du second degré

< 2 % de la surface corporelle totale en brûlures de troisième degré

Modérée

10 % à 20 % de la surface corporelle totale en brûlures de second degré

2 % à 5 % de la surface corporelle totale en brûlures de troisième degré

Brûlure électrique par courant de haut voltage

Lésion par inhalation soupçonnée

Brûlure circonférentielle

Affection médicale prédisposant à une infection (par exemple diabète sucré, drépanocytose)

Sévère

> 20 % de la surface corporelle totale en brûlures de second degré

> 5 % de la surface corporelle totale en brûlures de troisième degré

Toute brûlure grave sur les mains, les pieds, le visage, les yeux, les oreilles, le périnée ou les articulations

Toute lésion par inhalation connue

Brûlure électrique par courant de haut voltage

Traumatisme crânien, fracture ou traumatisme des tissus mous graves associés

Adapté de Joffe MD. (2009, May). Emergency care of moderate and severe thermal brûlures in children. UpToDate Online 17.2.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Brûlures profondes (3^e degré) sur une petite surface entourées par une brûlure intermédiaire superficielle (2^e degré)
- Érythrodermie bulleuse avec épidermolyse

COMPLICATIONS

- Accroissement de la profondeur de la brûlure
- État de choc
- Infection secondaire
- Septicémie
- Insuffisance rénale

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Le traitement est fondé sur la profondeur de la brûlure et une estimation précise de la surface corporelle totale (voir le tableau 4, « Évaluation de l'étendue d'une brûlure (règle des neuf) » et le tableau 5, « Classification des brûlures selon leur gravité [surface touchée] »).

Objectifs

- Favoriser la cicatrisation et la réparation des tissus
- Prévenir les complications

Traitement adjuvant³²

Vérifiez si le client a été vacciné contre le tétanos; administrez le vaccin au besoin (voir le plus récent *Guide canadien d'immunisation* à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>).

Interventions non pharmacologiques

Les premiers soins, le nettoyage et le refroidissement de la région brûlée constituent la première étape.

- Brûlure thermique : Retirez rapidement les vêtements ou les bijoux et tout débris évident en contact avec la région touchée pour réduire le temps de contact et pour permettre une évaluation exacte. Immergez dans l'eau froide ou appliquez des compresses froides pour réduire la chaleur et empêcher que la brûlure s'étende (voir « Interventions non pharmacologiques », « Brûlures du deuxième degré »). Soyez vigilant si vous refroidissez des brûlures de taille > 10 % et < 20 %. Les brûlures graves ne doivent pas être immergées ou être refroidies si la température corporelle centrale est inférieure à 35 degrés Celsius. Utilisez des liquides intraveineux tièdes pour maintenir la température centrale³³
- Brûlure chimique : Irriguez. Il faut enlever la poudre visible sur la peau avant d'irriguer. Rincez à grande eau pendant au moins 15 minutes (de préférence 30 minutes) après avoir enlevé la poudre. Ces soins doivent être prodigués sur les lieux mêmes de l'accident, si possible. Les brûlures causées par des produits alcalins doivent être irriguées pendant 1 à 2 heures après l'accident. Communiquez avec le centre antipoison pour les consignes à suivre. La profondeur d'une brûlure chimique est difficile à évaluer jusqu'à ce que le tissu commence à tomber quelques jours après. On devrait considérer que toutes les brûlures chimiques comme des brûlures de 2^e ou de 3^e degré jusqu'à preuve du contraire.³⁴

- Brûlure de goudron : Refroidissez la brûlure, nettoyez-la délicatement et appliquez une pommade antibactérienne à base de vaseline (par exemple Polysporin) ou tout autre produit à base de gelée de pétrole. N'essayez pas de gratter la peau pour enlever le goudron, ce qui pourrait aggraver les lésions. Évitez les solvants chimiques qui peuvent causer d'autres brûlures. Après 24 heures, vous pouvez laver la région atteinte pour enlever le goudron et traiter la lésion comme une brûlure thermique.
- Brûlure électrique : Soyez vigilant(e) et surveillez étroitement le client. Soyez à l'affût de la présence d'arythmie, de fractures consécutives à une contraction musculaire et d'un syndrome des loges³¹. Il faut surveiller les fonctions cardiaques pendant 24 heures en cas d'électrisation importante. Posez un collet cervical. Les brûlures électriques peuvent causer une thrombose dans n'importe quelle partie du corps. Nettoyez et appliquez un pansement comme s'il s'agissait d'une brûlure thermique.

TRAITEMENT DES BRÛLURES MINEURES

Consultation

Consultez un médecin si vous avez des inquiétudes au sujet de la brûlure ou du client (par exemple, infection, âge, douleur).

Interventions non pharmacologiques^{28,32}

Brûlures de premier degré

- Nettoyez la région touchée avec du soluté physiologique ou de l'eau stérile.
- Pansements : Couvrez la région touchée légèrement avec une compresse de gaze stérile et sèche, un pansement hydrocolloïde (par exemple, 2nd Skin^{MC}) ou un pansement non adhérent composé de gaze (par exemple, Jelonet^{MC}, Adaptic^{MC}).

Brûlures de deuxième degré

- Retirez les vêtements et les débris en contact avec la région touchée.
- Nettoyez la région touchée avec de l'eau stérile ou du soluté physiologique.
- Si vous utilisez un pansement argentique, nettoyez avec de l'eau stérile uniquement.

- Dans le cas de brûlures de taille petite ou moyenne, refroidir la région touchée avec de l'eau froide ou une compresse imbibée de soluté physiologique peut réduire la taille de la lésion. L'application d'une compresse imbibée de soluté physiologique à 12 degrés Celsius pendant 15 à 30 minutes quelques heures après la brûlure diminue efficacement la douleur. Surveillez la température centrale pendant que vous refroidissez la brûlure, surtout si une surface corporelle > 10 % est touchée. Cessez de refroidir si la température corporelle est inférieure à 35 degrés Celsius. Utilisez des liquides intraveineux tièdes pour maintenir la température centrale.
- Débridez délicatement la brûlure en assurant une stérilité.
- On devrait éliminer la peau morte des cloques crevées, mais le traitement des cloques intactes est controversé. Ne tentez jamais d'aspirer le contenu d'une cloque à l'aide de l'aiguille d'une seringue, car cette intervention augmente le risque d'infection. Il est parfois recommandé d'éclater les cloques remplies d'un liquide trouble ou si la rupture est imminente, comme à l'endroit d'une articulation. Les cloques présentes pendant plusieurs semaines qui ne se résorbent pas peuvent indiquer une brûlure de 2^e ou de 3^e degré sous-jacente qui nécessitera une orientation du client vers une autre ressource médicale.
- Pansements : On peut utiliser un pansement argentique à faible adhérence (par exemple, Acticoat^{MC}) comme barrière antimicrobienne dans le cas des brûlures de 2^e et de 3^e degré. Utilisez de l'eau stérile pour le nettoyage et imbinez le pansement avant l'application, si vous avez recours à ce type de pansement. Consultez l'annexe A pour d'autres outils permettant de vous éclairer dans la prise de décision en matière de soins des lésions (voir Annexe A, « Outils permettant d'éclairer la prise de décision en matière de soin des plaies »).
- Certains éléments de preuves indiquent que l'utilisation d'antibiotiques topiques (par exemple, bacracine ou pansements imprégnés d'antibiotique comme Sofratulle^{MC}) dans le soin des brûlures de 2^e degré superficielles est utile. Cependant, rien n'indique clairement que ces traitements améliorent les résultats dans le cas des brûlures légères.
- L'application d'un pansement de gaze non adhérent et poreux aux brûlures de 2^e degré superficielles peut aussi être envisagée.
- Les stéroïdes ne sont d'aucun secours dans le traitement des brûlures.

Éducation du client

- Conseillez le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence)
- Conseillez au client de prendre un analgésique 1 heure avant le changement du pansement.
- Précisez que le pansement doit rester propre et sec jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

Interventions pharmacologiques

Analgésie :

ibuprofène (Motrin), 200 mg, 1 à 2 comprimés PO toutes les 6 h au besoin.

ou

acétaminophène 325 mg, 1 à 2 comprimés, toutes les 4 h au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3), 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 h au besoin (maximum 12 comprimés par jour)

La prise d'une dose à intervalle régulier peut être nécessaire, plutôt que de prendre le médicament au besoin.

Les brûlures du deuxième degré plus étendues et plus graves nécessitent l'application d'un onguent antibiotique ou de pansements imprégnés (les onguents peuvent compliquer l'évaluation du drainage de la plaie). Appliquez :

Un pansement avec sulfate de framycétine (Sofratulle) une fois par jour

ou

de la sulfadiazine d'argent (Flamazine), une fois par jour

Contre-indication absolue à la sulfadiazine d'argent : femme au terme de sa grossesse

Contre-indication relative à la sulfadiazine d'argent : sensibilité croisée possible avec d'autres sulfamides, grossesse.

Une antibiothérapie prophylactique est rarement nécessaire, mais peut être envisagée dans les cas suivants :

- clients immunodéprimés
- clients à risque élevé d'endocardite
- clients ayant des articulations artificielles

On peut utiliser au besoin des antibiotiques à large spectre comme les céphalosporines de première génération ou la pénicilline résistante à la pénicillinase, en association avec un aminoglycoside.

Discutez des différentes possibilités avec un médecin.

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 24 heures et tous les jours jusqu'à ce que la brûlure soit cicatrisée.
- Réévaluez la profondeur et l'étendue de la brûlure.
- Surveillez la cicatrisation et l'apparition d'une infection.
- Nettoyez et débridez la plaie au besoin; l'immersion de la région brûlée peut aider à désintégrer les caillots de sang et accélérer l'expulsion des débris nécrosés.
- Réappliquez un pansement Sofratulle ou avec de la sulfadiazine d'argent et un pansement stérile sec.

Il n'est pas absolument nécessaire d'assurer une stérilité totale durant les changements de pansement; toutefois, la propreté et le nettoyage minutieux des mains, des lavabos, des baignoires et des instruments utilisés sont d'une importance capitale.

TRAITEMENT DES BRÛLURES INTERMÉDIAIRES ET SÉVÈRES

Surveillez toujours l'apparition d'une insuffisance rénale consécutive à une rhabdomyolyse ou à une septicémie chez les clients présentant des brûlures sévères.

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état du client se stabilise.

Traitement adjuvant^{34,35}**Examen primaire**

- Stabilisez les voies respiratoires, la respiration et la circulation.
- Dégagez les voies respiratoires et assurez une ventilation artificielle au besoin.
- Administrez de l'oxygène à raison de 6 à 10 L/min ou plus; maintenez une saturation en oxygène entre 97 % et 98 %
- Amorcez un traitement IV avec du lactate de Ringer ou du soluté physiologique.
- Remplacez les pertes liquidiennes.
 - Administrez le liquide si la surface corporelle est > 15 % à 20 % a été touchée.
 - Perfusez du soluté physiologique ou du lactate de Ringer tiède.
 - Chez l'adulte : 2 à 4 mL X poids corporel en kilogrammes X % de la surface corporelle totale brûlée.

- Administrez une moitié du liquide au cours des 8 premières heures; l'autre moitié au cours de 16 heures suivantes.
- Maintenez le débit urinaire à environ 0,5 à 1 mL/kg par heure chez l'adulte. Si le débit s'accélère, vérifiez la glycémie.
- Les signes cliniques de perturbation de la volémie, tels que manifestés par la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la pression différentielle, le pouls distal, le remplissage capillaire ainsi que la couleur et la turgescence de la peau non lésée sont l'objet d'une évaluation toutes les heures pendant les premières 24 heures. Chez les patients ayant subi des brûlures récentes, le faible pouls distal est le plus souvent causé par une mauvaise réanimation liquidienne.
- Les brûlures intermédiaires (voir le tableau 5, intitulé « Classification des brûlures selon leur gravité (surface touchée) ») peuvent être refroidies à l'aide d'eau froide ou d'une compresse imbibée de soluté physiologique, lesquels peuvent également réduire la taille de la lésion. On peut appliquer des compresses imprégnées de soluté physiologique à 12 degrés Celsius pendant 15 à 30 minutes dans les premières heures. Surveillez la température centrale lorsque vous refroidissez, surtout si les brûlures touchent plus de 10 % de la surface corporelle. Cessez de refroidir si la température corporelle est inférieure à 35 degrés Celsius. Utilisez des liquides intraveineux tièdes pour maintenir la température centrale.

Le choc des brûlés ne se manifeste généralement pas avant plusieurs heures. Si l'état de choc est évident dès le début, cherchez d'autres causes d'hypovolémie, comme une blessure grave à une autre partie du corps. Voir la section dans le chapitre « Urgences générales et traumatismes majeurs ».

Considérations spéciales liées à la réanimation

- L'agitation peut être consécutive à l'hypoxie.
- Tenez pour acquis qu'il y a eu inhalation de fumée (voir « Inhalation de substances toxiques » dans la section « Urgences respiratoires » du chapitre « Appareil respiratoire »)
- Surveillez les signes de détresse respiratoire ou d'insuffisance respiratoire.

Examen secondaire et recherche des lésions associées

- Installez une sonde urinaire au besoin.
- Mettez en place une sonde gastrique au besoin.
- Évaluez la circulation périphérique en cas de brûlure circonférentielle aux membres.
- Surveillez la couleur, le remplissage capillaire, la paresthésie et les douleurs aux tissus profonds.

Interventions non pharmacologiques

Soin des plaies

- Recouvrez les brûlures de pansements stériles et secs.
- Consultez « Interventions non pharmacologiques », « Brûlures de deuxième degré », pour obtenir le traitement des cloques)
- Ne pas immerger ou appliquer de l'eau froide sur les brûlures graves (voir le tableau 5 intitulé « Classification des brûlures selon leur gravité [surface touchée] »)

Interventions pharmacologiques

S'il faut administrer un analgésique, consultez d'abord un médecin, si possible; sinon, administrez :

morphine 5 à 10 mg IM ou SC, ou morphine 2,5 à 5 mg IV immédiatement

Surveillance et suivi

- Surveillez fréquemment les voies respiratoires, la respiration et la circulation ainsi que les signes vitaux.
- Surveillez les signes d'état de choc (le choc des brûlés ne survient généralement qu'après plusieurs heures).
- En cas de brûlures circonférentielles, de brûlures étendues aux membres ou de brûlures électriques, il faut surveiller les signes d'atteinte vasculaire ou neurologique, évocateurs du syndrome des loges. Dans ce cas, pratiquez immédiatement une incision de décharge.
- Surélevez les membres pour réduire l'œdème.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client le plus rapidement possible (à l'aide des critères du *tableau 6*, « Critères de transfert des brûlés »).

Tableau 6 – Critères de transfert des brûlés³⁵

Combinaison de brûlures de 2^e et de 3^e degré couvrant au moins 10 % de la surface corporelle chez les enfants âgés de moins de 10 ans ou chez les adultes de plus de 50 ans

Combinaison de brûlures de 2^e et de 3^e degré couvrant une surface corporelle supérieure à 20 % dans tous les autres groupes d'âge (≥ 10 ans et ≤ 50 ans)

Brûlures de 3^e degré couvrant une surface corporelle supérieure à 5 %, peu importe le groupe d'âge

Brûlures de 2^e et de 3^e degré du visage, des yeux, des oreilles, des mains, dans la région génitale ou anale ou des principales articulations

Brûlures circonférentielles au thorax ou aux membres

Toute brûlure par inhalation : électrisation par courant à haut voltage, brûlure causée par la foudre, brûlures chimiques graves

Tout patient nécessitant des services sociaux et psychologiques ou tout enfant soupçonné d'être maltraité

Présence d'une maladie pré-existante qui pourrait compliquer la guérison (par exemple, diabète sucré)

GELURES^{36,37}

Lésions des tissus dues au froid. La lésion peut être accompagnée (*voir le tableau 8, « Classification des gelures »*) ou non (*voir le tableau 7, « Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures »*) du gel des tissus, caractérisé par la formation de cristaux de glace.

Tableau 7 – Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures

Type de lésion	Cause	Observations cliniques	Traitement
Engelure (lésion périphérique due au froid, non accompagnée de congélation des tissus)	Exposition prolongée au froid sec, à des températures au-dessus du point de congélation	Les régions touchées sont prurigineuses, bleu rougeâtre; œdème possible; présence possible de bulles ou d'ulcères superficiels; les régions touchées pourraient désormais être plus sensibles au froid; pas de lésions permanentes.	Réchauffer comme pour les gelures (<i>voir « Interventions non pharmacologiques »</i>); un analgésique devrait être administré
Pied des tranchées ou pied d'immersion	Exposition prolongée au froid humide à des températures au-dessus du point de congélation	Destruction possible des tissus semblable aux brûlures du deuxième degré (cloques, douleur, hypersensibilité au froid); la sensibilité au froid peut être permanente.	Réchauffer comme pour les gelures (<i>voir « Interventions non pharmacologiques »</i>)

Tableau 8 – Classification des gelures^{38,39}

premier degré (superficielle)	deuxième degré	troisième degré	quatrième degré
Aspect macroscopique de la lésion			
Superficielle, altérations réversibles de la peau Plaques fermes blanchâtres ou jaunâtres, engourdissement; perte de sensibilité Comparable à une brûlure thermique superficielle (premier degré)	Ampoules superficielles contenant un liquide clair ou laiteux accompagnées ou non d'érythème et d'œdème dans les tissus environnants Apparition des ampoules après 24 à 48 heures; réabsorption du liquide; escarres dures et noirâtres éventuelles; demeure sensible à la chaleur et au froid Appliquer un traitement symptomatique; guérit généralement sans intervention chirurgicale en 3 à 4 semaines.	Ampoules profondes contenant un liquide rouge ou violet, OU peau de couleur foncée sans ampoules Tissus sous-cutanés durcis; les muscles, les tendons, etc. sont touchés. Ampoules hémorragiques et perte de la fonction dans les parties distales; il peut s'écouler plusieurs mois avant que l'étendue des lésions puisse être constatée. Les tissus gelés finissent par tomber.	Peau noire et cyanosée sans ampoules ou œdème
Conséquences			
Région centrale pâle entourée d'un érythème accompagné d'aucune perte de tissus, mais présence possible de douleur	Perte limitée de la couche superficielle de la peau; ampoules entourées d'érythème et d'œdème	Ampoules hémorragiques et formation d'escarres ayant diverses répercussions selon la profondeur de la lésion.	Nécrose et perte de tissus. La gangrène peut s'installer dans les heures.

Adapté de Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6^e éd. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007 et Robson MC, Smith DJ Jr. Cold injuries. In: McCarthy JG (Ed.). *Plastic surgery*. WB Saunders Company; 1990. p. 849-66.

CAUSE

Exposition au froid.

SYMPTOMATOLOGIE

Quatre-vingt-dix pour cent des cas de gelures concernent les mains et les pieds; les joues, le nez, les oreilles et le pénis sont fréquemment touchés.⁴⁰

Gelures superficielles

- Sensation de froid, puis sensation de brûlure
- La région touchée devient blanche.
- La région touchée devient rouge au moment du réchauffement.

Gelures graves

- Douleur froide et brûlante accompagnée ultérieurement de picotements.
- Apparition ultérieure d'un engourdissement ou d'une sensation de lourdeur.
- La région touchée devient pâle ou blanche.
- Le réchauffement de la région touchée cause une douleur pulsative ou une sensation de brûlure.
- Vérifiez si le client est en hypothermie.
- Facteurs contributifs : intoxication alcoolique, itinérance, vêtements qui ne conviennent pas à la température

OBSERVATIONS

- Les signes vitaux peuvent varier.
- La température peut baisser en présence d'hypothermie ou augmenter en présence d'infection.
- Détresse légère à intense
- Région touchée possiblement rouge, blanche ou bleue
- Présence possible d'œdème
- Présence possible d'ampoules
- Infection possiblement manifeste si le client a tardé à venir à la clinique
- Région touchée froide et dure au toucher au début
- Perte de sensibilité
- Chaleur et sensibilité de la région atteinte au moment du réchauffement
- Sudation excessive
- Présence possible de nécrose

Voir aussi le tableau 7, « Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures » et le tableau 8, « Classification des gelures ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gelures superficielles ou profondes

COMPLICATIONS

- Infection
- Hypothermie
- Perte tissulaire
- Hypersensibilité au froid de la région atteinte pendant plusieurs années ou en permanence

TRAITEMENT**Objectifs**

- Déceler l'hypothermie et/ou la déshydratation associée (voir « Hypothermie » dans le chapitre « Urgences générales et traumatismes majeurs » et « Déshydratation » dans le chapitre « Appareil digestif »)
- Réchauffer les régions touchées.
- Soulager la douleur (le réchauffement actif est très douloureux).
- Soins des plaies
- Prévenir l'infection

Traitez les gelures bénignes et superficielles comme des brûlures thermiques de 1^e degré (voir la section « Interventions non pharmacologiques », sous « Brûlures de premier degré »).

Consultation

Consultez un médecin pour toutes les gelures, sauf celles de premier degré.

Traitement adjuvant

Vérifiez si le client a été vacciné contre le tétanos; administrez le vaccin au besoin (voir le *Guide canadien d'immunisation le plus récent* à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig.gci/index-fra.php>).

Interventions non pharmacologiques

- Réchauffez rapidement la région touchée en l’immergeant dans de l’eau à 40 °C (il n’est pas recommandé de procéder lentement).
- Continuez à réchauffer jusqu’à ce que la peau soit chaude, ramollie, souple et rougie.
- Immobilisez le membre atteint; protégez la peau contre les irritations.
- Mise en garde : évitez de frotter ou d’utiliser des bouillottes.
- Veillez à ce que la région atteinte ne gèle pas de nouveau; à l’extérieur, ne faites pas dégeler les membres à moins d’être certain qu’ils ne gèleront pas de nouveau.
- Surélevez le membre touché une fois celui-ci réchauffé; laissez la région atteinte découverte, si possible.
- Ne crevez pas les ampoules à moins qu’elles ne nuisent à l’amplitude de mouvement d’un membre.
- Séparez les doigts et les orteils avec de la ouate hydrophile sèche.
- Enveloppez le client dans du matériel doux et épais, sans le comprimer, et veillez à ce qu’il ne soit pas blessé ou exposé aux éléments durant le transport.
- Faites-lui boire des liquides chauds.
- Interdisez au patient de fumer; la nicotine provoque un rétrécissement des artérioles.

Éducation à la prévention

Conseillez au client :

- de porter plusieurs couches de vêtements prévus pour le temps froid.
- de couvrir toutes les parties du corps exposées.
- de bien se préparer en prévision de déplacements par temps froid.

Interventions pharmacologiques

Gelures bénignes

Analgésiques :

ibuprofène (Motrin), 200 mg, 2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin (médicament privilégié)

ou

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1 à 2 comprimés PO, toutes les 4 h au besoin)

Gelures modérées ou sévères

Administrez un analgésique pour soulager la douleur, qui peut être intense durant le réchauffement, mais consultez d’abord un médecin, si c’est possible.

Sinon, administrez :

morphine 5 à 10 mg IM ou SC ou morphine 2,5 à 5 mg IV immédiatement

Après avoir consulté le médecin, continuez à soulager la douleur de la façon appropriée, par exemple :

morphine 2 à 4 mg IV ou IM ou SC toutes les 3 à 4 h au besoin jusqu’à obtenir un effet

Surveillez la respiration pour éviter toute dépression respiratoire causée par les opioïdes.

Surveillance et suivi

Gelures bénignes

Réévaluez et repandez la plaie quotidiennement pendant 4 à 7 jours, jusqu’à ce qu’elle commence à cicatriser. Surveillez les signes d’infection.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Faites transporter à l’hôpital dans les plus brefs délais toute personne ayant subi des gelures modérées ou graves.

LÉSIONS CUTANÉES D’ORIGINE TRAUMATIQUE

Rupture de la peau (épiderme).

CAUSES

- Traumatisme contondant : les blessures par perforation ou écrasement présentent plus d’œdème et de tissus devitalisés ainsi qu’un risque d’infection plus élevé.
- Plaie perforante : bords nets, blessure cellulaire mineure et faible risque d’infection
- Morsure : animale ou humaine; présente un risque d’infection élevé

TYPES DE LÉSIONS D'ORIGINE TRAUMATIQUE⁴¹

Les lésions qui résultent d'un traumatisme peuvent être classées selon leur type.

Tableau 9 – Classification du type de lésion

Type	Définition
Lacération	Lésion ouverte résultant d'un traumatisme contondant ou d'une perforation de la peau.
Abrasion	Lésion cutanée causée par un traumatisme tangentiel touchant le derme et l'épiderme, semblable à une brûlure
Avulsion	Perte des tissus profonds qui empêche le rapprochement des bords de la plaie. Touche fréquemment l'extrémité des doigts, le bout du nez, le lobe d'oreille ou les dents permanentes (perte). L'une de formes graves d'avulsion est le « dégantage », qui correspond à l'arrachement de la peau jusqu'aux couches profondes de la peau; touche les doigts, la main, le pied ou une région d'un membre, causant une dévascularisation de la peau et une lésion des tissus sous-jacents.
Plaie perforante	Pénétration des tissus par un objet contondant ou perforant
Présence d'un corps étranger	Tout objet (par exemple, éclat de bois ou de métal, bijoux corporels, verre, hameçon, fragment de balle, aiguille) qui s'implante dans une partie du corps. Le corps réagit fortement aux corps étrangers d'origine végétale (par exemple, épines ou bout de bois), qui peuvent entraîner une infection. Ces corps étrangers doivent être retirés sans délai.
Plaie par projectile	Lésion cutanée causée par un objet pénétrant dans le corps à grande vitesse.
Morsure	Lésion cutanée infligée par soi, par une autre personne ou par un animal; le risque d'infection est élevé.

SYMPTOMATOLOGIE

- Mécanisme de blessure, présence possible d'un corps étranger.
- Contaminants : le risque d'infection augmente si la plaie a été en contact avec du fumier, un objet rouillé, de la saleté, etc.
- Les blessures subies dans une ferme ou une étable doivent être considérées comme contaminées (*Clostridium tetani* est une bactérie naturellement présente dans le fumier).
- Moment où la blessure a été infligée (après 3 heures, la numération bactérienne dans une plaie augmente considérablement).
- Quantité de sang perdue.
- Perte de fonction dans les tendons, les ligaments, les nerfs avoisinants (sensibilité).
- Maladies, état de santé particulier, traitements médicaux (par exemple, le diabète sucré, la chimiothérapie, les stéroïdes, une maladie vasculaire périphérique et la malnutrition peuvent retarder la cicatrisation et accroître le risque d'infection).
- Allergies (aux médicaments, aux pansements, à l'anesthésique local).
- Médicaments que prend le client (en particulier les stéroïdes, les anticoagulants).
- Statut d'immunisation contre le tétanos.

OBSERVATIONS

- Température
- Fréquence cardiaque, tension artérielle (s'il y a eu perte importante de sang)
- Dimension et profondeur de la plaie

Vérifiez si la plaie est infectée :

- Rougeur
- Chaleur
- Sensibilité
- Écoulement
- Fièvre
- Adénopathie localisée

Évaluez si les structures sous-jacentes (nerfs, ligaments, tendons, vaisseaux sanguins) sont intactes :

- Lésion vasculaire : Vérifiez le remplissage capillaire en aval de la blessure.
- Lésion neurologique : Vérifiez la force musculaire, la mobilité et la sensibilité en aval de la plaie. Vérifiez toujours la sensibilité avant d'administrer l'anesthésique. En cas de lacération de la main ou du doigt, vérifiez la discrimination spatiale, qui devrait être < 1 cm au bout des doigts.
- Tendons : Effectuez une inspection, mais il faut vérifier si l'amplitude de mouvement et la force de chacun des muscles sont complètes. Évaluez l'amplitude de mouvement de toutes les parties du corps entourant le siège de la plaie.
- Os : Vérifiez s'il y a une fracture ouverte ou des fractures associées.
- Corps étrangers : Inspectez la région lésée.

COMPLICATIONS

- Infection
- Mauvaise cicatrisation
- Lacération d'un nerf
- Syndrome des loges : une perte de sensibilité peut en être le premier signe; douleurs intenses, disproportionnées à la blessure
- Dans les cas de lésion par écrasement, la discrimination spatiale peut être réduite et la guérison peut prendre plusieurs mois.
- Lésion des structures vasculaires principales (par exemple, artères)
- Lésion des tendons
- Infection à SARM attribuable à une morsure d'animal¹⁶
- Rage

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun, en général
- Si vous soupçonnez fortement la présence d'un corps étranger, une radiographie ou une échographie pourrait s'imposer.

TRAITEMENT

Objectifs

- Rétablir la fonction.
- Réduire au minimum le risque d'infection.
- Réparer les tissus endommagés

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- La plaie est étendue, profonde ou infectée.
- Un muscle, un tendon, un nerf ou un vaisseau est ou pourrait être lésé.
- Déficit tissulaire important
- Blessure remontant à plus de 12 heures
- La plaie résulte d'une morsure.

Traitement adjuvant

Vérifiez si le client a été vacciné contre le tétanos; administrez le vaccin au besoin (*voir le Guide canadien d'immunisation le plus récent* à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig.gci/index-fra.php>).

Interventions non pharmacologiques

Réparation des plaies : principes généraux

- La plupart des plaies peuvent être fermées au moyen de colle cutanée ou de points de suture jusqu'à 12 heures après la blessure. Consultez le chapitre sur les Méthodes utilisées en pédiatrie pour obtenir les indications et les contre-indications de l'utilisation des colles cutanées. Servez-vous de votre jugement clinique pour sélectionner les plaies à fermer et la méthode à utiliser.
- Ne suturez pas et ne collez pas les plaies qui sont infectées ou enflammées, les plaies sales, les morsures humaines ou animales, les plaies perforantes, les plaies négligées ou les blessures graves par écrasement.
- Ne suturez pas les plaies à l'aide de fils de suture résorbables chez les patients diabétiques ou prenant des stéroïdes.
- Les plaies au visage qui remontent à 24 heures ou moins peuvent être fermées après avoir été nettoyées à fond. L'irrigation sanguine dans cette région est meilleure et, pour cette raison, le risque d'infection beaucoup plus faible.
- Ne clampez pas les structures vasculaires avant d'avoir écarté la nécessité de réparer un vaisseau important.

Homéostasie

L'exercice d'une pression directe est la technique privilégiée pour enrayer un saignement. En cas de fracture, l'immobilisation du membre touché aidera à arrêter le saignement.

Préparation de la peau

- Débridement : Au moyen d'une technique aseptique, retirez les tissus dévitalisés; prenez garde de ne pas retirer des tissus sains. L'irrigation de la plaie avec un soluté physiologique projeté à haute pression au moyen d'une seringue de 60 ml et d'une aiguille de calibre 18 ou 19 ou d'un cathéter IV est la méthode la plus efficace de nettoyer une plaie.

Le lavage manuel ne nettoie pas la plaie aussi bien, et l'utilisation d'un antiseptique directement sur la plaie détruit des cellules saines qui sont nécessaires à la guérison

- Désinfection de la peau : Peut être effectuée au moyen d'une solution de providone-iodée. Prenez garde de ne pas répandre de solution dans la plaie, ce qui empêcherait la cicatrisation. Les cheveux peuvent être coupés dans la région touchée, au besoin. Il n'est pas recommandé de raser les cheveux.

Ne rasez jamais les sourcils. Ils sont nécessaires pour l'alignement (respect de la symétrie) et ils pourraient ne pas repousser.

Soins d'une plaie ouverte

- Pour maintenir une plaie ouverte, introduisez dans la plaie des pansements épais imbibés de solution physiologique, quotidiennement, ce qui permet d'humidifier les tissus et aide à débrider la plaie.
- Évitez les pansements imbibés d'iode, car ils endommagent les tissus sains et ralentissent la formation de tissus granuleux.
- Lorsque des tissus granuleux propres se forment, vous pouvez envisager la fermeture secondaire et utiliser, cette fois, un pansement sec, stérile.

Fermeture de la plaie

- Steri-Strips : Si la plaie est de petite dimension, superficielle, et qu'elle suit naturellement les lignes de contraction musculaire, il suffira peut-être de la renforcer avec un pansement adhésif (Steri-Strip). Pansez la plaie avec une compresse de gaze stérile sèche. Indiquez au client que la plaie doit rester propre et sèche pendant 48 heures.
- Colle cutanée : Si la laceration est située au-dessus du fascia et mesure 5 centimètres (cm) ou moins en longueur et 0,5 cm ou moins en largeur, et si les bords peuvent être rapprochés facilement, sans induire une tension ou avec une tension minimale, on peut envisager d'utiliser une colle cutanée. (Consultez le chapitre sur les Méthodes utilisées en pédiatrie pour obtenir les contre-indications de l'utilisation des colles cutanées)
- Suture : Les plaies plus profondes doivent être suturées (voir le tableau 10, « Matériel de suture pour des sites particuliers »). Refermez, au besoin, par une suture en plusieurs plans à points séparés.

Tableau 10 – Choix du fil de suture en fonction de l'endroit du corps

	Type de suture	Taille	Région du corps
Non résorbable	Nylon-Dermalon, Ethilon	N° 3-0, 4-0	Cuir chevelu
		N° 5-0, 6-0	Front
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Dis
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Torse
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Membres
	Nylon enduit de polypropylène glycol (Prolène)	N° 5-0, 6-0	Visage
Résorbable	Polygalactin (Vicryl, Dexon)	N° 4-0, 5-0	Tissus sous-cutanés
	Monofilament (Monocryl)		Muscles

Types d'aiguilles à suture

- Il faut privilégier les aiguilles tranchantes à pointe de précision pour petits points et petites sutures (n° 5-0 ou n° 6-0) lorsqu'il importe d'éviter les conséquences inesthétiques (par exemple, sur le visage).
- Les aiguilles tranchantes classiques n° 4-0 ou n° 3-0 pour points de suture en nylon sont utilisées pour les sutures courantes.

Anesthésique local pour les sutures

La lidocaïne à 1 % est l'anesthésique local le plus utilisé (délai d'action de 2 à 5 minutes, durée d'action de 30 à 60 minutes) :

lidocaïne (Xylocaine), 1 % sans épinéphrine, 4,5 mg/kg (maximum 30 mL)

Le personnel infirmier devrait utiliser de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine comme premier choix pour suturer une plaie, car l'épinéphrine prolonge l'effet anesthésiant et est contre-indiqué pour les régions présentant des artères terminales ou une mauvaise circulation (doigts, bout du nez, oreille, pénis).⁴³ Une réaction allergique à la lidocaïne est possible, mais rare. Assurez-vous d'avoir accès à une trousse d'urgence en cas de choc anaphylactique.

N'utilisez jamais de lidocaïne avec épinéphrine pour anesthésier les oreilles, le nez, les doigts, les orteils ou le pénis.

- Utilisez une aiguille de calibre 27 ou 30 pour injecter la lidocaïne.
- Injectez l'anesthésique lentement par le point culminant de la plaie ouverte, en évitant de toucher la peau intacte.
- Tirez systématiquement sur le piston pour veiller à ce que l'aiguille ne soit pas insérée dans un vaisseau sanguin.
- Faites les injections subséquentes dans la zone déjà anesthésiée.
- Vous pouvez pré-anesthésier la plaie en l'aspergeant de quelques gouttes de lidocaïne avant de procéder à l'injection.
- Le délai d'action de l'anesthésique est de 5 minutes
- Dans le cas d'une suture importante, il faudra peut-être anesthésier et suturer une partie à la fois pour maintenir l'effet de l'anesthésique jusqu'à la fin de l'intervention.
- Effets toxiques de la lidocaïne : en cas d'injection intravasculaire accidentelle, les symptômes suivants peuvent survenir : étourdissements, acouphènes, nystagmus, crises convulsives, coma, dépression respiratoire, arythmie (tous les symptômes se résorbent généralement d'eux-mêmes).

Suivi du soin des plaies

Le traitement des plaies actuellement préconisé porte sur les grands points suivants : la nécessité de débrider, la lutte contre l'infection et la régulation de l'humidité.⁷ Plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires rédigées par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario portent sur des thèmes liés aux soins courants à apporter aux plaies. Consultez la section « Lésions chroniques » pour obtenir la liste des lignes directrices disponibles. On peut consulter plusieurs outils éclairant la prise de décision lors du soin des plaies à l'annexe A.

Interventions pharmacologiques

Antibiothérapie prophylactique

Il n'existe pas d'indications médicales prévoyant le recours à une antibiothérapie prophylactique dans le cas de lésions cutanées non contaminées courantes. Cependant, il faut y recourir dans le cas des clients sujets aux endocardites, des clients qui ont une prothèse de la hanche ou atteints de lymphœdème, des clients diabétiques qui ont une plaie contaminée au pied, ou d'autres clients ayant une maladie vasculaire périphérique ou qui sont immunodéprimés :

cloxacilline 500 mg PO qid pendant 7 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine 1g PO par jour, fractionné bid, tid ou qid

Antibiotiques topiques

Utilisez une pommade antibiotique topique pour les plaies au visage et sur le torse :

pommade à la bacitracine/polymyxine B (Polysporin), tid ou qid pendant 5 jours

Les autres traitements comprennent l'utilisation de pansements imprégnés d'antibiotique comme Sofratulle^{MC} ou de pansements argentiques à faible adhérence (par exemple, Acticoat^{MC}) qui agissent comme une barrière antimicrobienne.

Il est déconseillé de laisser la pommade antibiotique sur les plaies des extrémités distales durant plus de 24-48 heures, pour éviter tout risque de macération et pour ne pas retarder la cicatrisation.

Antibiotiques en cas de morsures

Morsure humaine

Une antibiothérapie prophylactique est recommandée pour toutes les morsures humaines :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg PO bid pendant 3 à 5 jours⁴³

Lorsqu'une infection est déjà présente, l'antibiotique de choix en cas de morsure humaine :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875mg PO bid pendant 7 à 10 jours⁴⁴

Autre antibiotique acceptable : Céfuroxime axétil ou doxycycline (pour les individus dont l'âge est > 8 ans)⁴³

Envisagez d'administrer l'antibiotique par voie intraveineuse si une infection est déjà installée, en particulier pour une morsure à la main.

Morsures de chat

Des antibiotiques doivent être administrés en prophylaxie en cas de morsure de chat :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg PO bid pendant 3 à 5 jours⁴⁵

Lorsqu'une infection est déjà présente, l'antibiotique de choix en cas de morsure de chat :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg PO bid pendant 7 à 10 jours⁴⁴

Autre antibiotique possible : Céfuroxime axétil ou doxycycline (chez les individus de plus de 8 ans).⁴⁵

Morsure de chien

- Comme environ 20 % des morsures de chien s'infectent,⁴⁵ un traitement prophylactique n'est recommandé que dans certaines circonstances : morsures modérées ou graves, lésion ou œdème par écrasement, âge > 50 ans, plaie perforante, lésion touchant l'os ou l'articulation, lésions à la main, au pied, au visage ou aux parties génitales, patients splénectomisés ou immunodéprimés.⁴⁵ On devrait en discuter avec un médecin. S'il faut traiter le client, l'amoxicilline/clavulanate est le médicament de choix (comme dans le cas d'autres types de morsures). Vérifiez s'il faut administrer un traitement prophylactique contre la rage (voir « Rage » dans le chapitre « Maladies transmissibles » et consulter le plus récent Guide canadien d'immunisation pour de plus amples renseignements).

Surveillance et suivi

- Le risque d'infection étant le plus élevé au cours des 48 premières heures, il faut revérifier la plaie tous les jours afin de déceler tout signe d'infection.
- Il faut ensuite effectuer un suivi lorsque vient le moment d'enlever les points de suture.
- Demandez au client de revenir se faire réexaminer en cas de rougeur, d'œdème, d'écoulement de pus, de douleur ou de fièvre.

Lignes directrices générales concernant l'enlèvement des points de suture

- La plaie semble propre et cicatrisée.
- La plaie semble sèche; aucun écoulement n'est visible.
- Dans le cas des plaies importantes, il convient d'enlever les points de suture en alternance pour veiller à ce que les lèvres de la plaie soient symétriques.
- Les points de suture devraient être enlevés conformément aux indications au tableau 11, « Délai pour l'enlèvement des points de suture »

Tableau 11 – Délai pour l'enlèvement des sutures⁴⁷

Siège de la plaie	Délai
Visage	3 à 5 jours; renforcer au moyen de <i>Steri-Strip</i> après l'enlèvement des points de suture
Cuir chevelu	5 à 8 jours
Cou	3 à 5 jours
Thorax	7 à 10 jours
Abdomen	7 à 10 jours
Dos	10 à 12 jours
Membre supérieur	
Siège autre que l'articulation	7 à 10 jours
Articulation	10 à 12 jours (envisagez la pose d'une attelle)
Membre inférieur	
Cuisse	7 à 10 jours
Genou	12 à 14 jours
Partie inférieure de la jambe	7 à 10 jours
Pied	7 à 10 jours

Retardez davantage l'enlèvement des points de suture chez les diabétiques ou les clients corticodépendants, chez lesquels le processus de cicatrisation peut s'échelonner sur plusieurs semaines. L'utilisation d'un fil de suture plus gros (par exemple, n° 3-0) et une surveillance étroite pour déceler tout signe d'infection sont parfois nécessaires.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut consulter un médecin :

- Si l'on soupçonne une blessure aux structures majeures (par exemple tendons, ligaments, nerfs, vaisseaux sanguins). Si la blessure nécessite une chirurgie plastique.
- Lorsque l'on observe des lacérations au niveau des paupières ou du cartilage de l'oreille traversant la face cutanée de la lèvre, ou que ces lacérations sont complexes ou de forme très irrégulière.
- Dans le cas des fractures ouvertes, un chirurgien doit procéder à l'excision des débris de la plaie et à la réparation des tissus (sauf dans le cas des fractures de la phalange distale, où une irrigation abondante et l'administration d'antibiotiques par voie orale constituent un traitement acceptable pourvu que l'on puisse effectuer un suivi étroit pour déceler tout risque d'infection et que l'os est aligné).

ANNEXE A – OUTILS PERMETTANT D'ÉCLAIRER LA PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE SOIN DES PLAIES

Les informations suivantes sont reproduites avec la permission de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers est intitulée : *Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4*. Elle a été révisée en mars 2007. On peut la consulter à <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=721> .

Principaux facteurs permettant de décider de la méthode de débridement

	Chirurgical	Enzymatique	Autolytique	Biologique	Mécanique
Vitesse	1	3	5	2	4
Sélectivité du tissu	3	1	4	2	5
Plaie douloureuse	5	2	1	3	4
Exsudat	1	4	3	5	2
Infection	1	4	5	2	3
Coût	5	2	1	3	4

Où 1 est le choix le plus souhaitable et 5 est le choix le moins souhaitable.

Signes et symptômes cliniques d'une infection de la plaie

Plus grand nombre de bactéries superficielles (plaie sévèrement colonisée)	Infection profonde	Infection générale
Ne guérit pas	Douleur	Fièvre
Tissu de granulation rouge vif	Enflure, induration	Rigor
Granulation friable et exubérante	Érythème	Frissons
Nouvelles zones de bris ou nécrose à la surface de la plaie	Augmentation de la température	Hypotension
Plus grande quantité d'exsudat qui peut être translucide ou clair avant de devenir purulent	Bris de la plaie	Défaillance polyviscérale
Odeur nauséabonde	Taille ou zones satellites accrues	
	Érosion	
	Exploration jusqu'à l'os	

Solutions de nettoyage

Agent	Effets
Solution d'hypochlorite de sodium	Le pH élevé cause une irritation cutanée. Les solutions Dakins et Eusol (solution tamponnée) peuvent éliminer les micro-organismes Gram négatifs.
Peroxyde d'hydrogène	Agent exfoliant tout en étant effervescent. Peut nuire au tissu de granulation sain et peut former des embolies gazeuses s'il est introduit dans des tissus profonds.
Chlorure de mercure, violet de gentiane, proflavine	Agents bactériostatiques actifs contre les espèces Gram positives seulement. Peuvent être mutagènes et peuvent avoir une toxicité systémique.
Cétrimide (ammonium quaternaire)	Bon détergent, actif contre les micro-organismes Gram positifs et négatifs, mais forte toxicité pour les tissus.
Chlorhexidine	Actif contre les micro-organismes Gram-positif et négatif, et peu d'effet sur les tissus.
Acide acétique (0,5 % à 5 %)	pH faible, efficace contre les espèces de <i>Pseudomonas</i> , peut éliminer <i>S. aureus</i> .
Povidone-iode	Large spectre d'activité, mais action réduite en présence de pus ou d'exsudat. Toxique en utilisation prolongée ou sur de grandes surfaces.

Antimicrobiens topiques utiles dans les plaies avec infection apparente ou silencieuse

Agent	<i>S. aureus</i>	SARM	Streptocoque	<i>Pseudomonas</i>	Anaérobies	Commentaires	Résumé
Cadexomère d'iode	+	+	+	+	+	Débride aussi. Faible potentiel de résistance. Attention dans les cas de maladie thyroïdienne.	Faible risque et efficace
Argent	+	+	+	+	+	Ne pas utiliser avec du serum physiologique. Faible potentiel de résistance.	
Sulfadiazine d'argent	+	+	+	+	+	Attention à la sensibilité aux sulfamidés.	
Sulfate de polymyxine B / zinc-bacitracine zinc	+	+	+	+	+	La bacitracine dans l'onguent est un allergène; la crème contient de la gramicidine, qui est moins sensibilisante.	Utiliser sélectivement
Mupirocine		+				Réserver pour SARM et autres organismes Gram + résistants.	
Métronidazole					+	Réserver pour les anaérobies et le contrôle des odeurs. Résistance faible ou nulle des anaérobies malgré une utilisation systémique.	
Peroxyde de benzoyle	Faible	Faible	Faible		Faible	Grandes plaies. Peut causer irritation et allergie	
Gentamicine	+		+	+		Réserver pour utilisation orale/IV – l'utilisation topique peut encourager la résistance.	Utiliser avec prudence
Fucidine en onguent	+		+			Contient de la lanoline (sauf la crème).	
Sulfate de polymyxine B / Zinc de bacitracine et néomycine	+	+	+	+	+	La néomycine, un composé, cause des allergies, et possibilité de sensibilisation croisée aux aminosides.	

Un "+" indique une infection pour laquelle un choix thérapeutique est utile.

Classes modernes de pansement

Catégories génériques		Soin de la plaie			Considérations des soins
Classe	Description	Débridement tissulaire	Infection	Régulation de l'humidité	Indications / contre-indications
1. Pellicules / membranes	Feuille adhésive semi-perméable. Imperméable aux molécules de H ₂ O et aux bactéries.	+	-	-	Taux de transmission de la vapeur d'eau varie d'une pellicule à l'autre. Ne pas utiliser sur des plaies en drainage ou infectées.* Créent une barrière occlusive contre l'infection.
2. Non adhérents	Feuilles de faible adhérence au tissu. Tulle non médicamenteuses.	-	-	-	Permettent à l'exsudat de traverser les pores vers un pansement secondaire. Facilite l'application d'agents topiques.
3. Hydrogels	Polymères avec teneur élevée en H ₂ O. Disponibles en gels, en feuilles solides ou en gaze imprégnée.	++	-	+	Ne pas utiliser sur des plaies exsudatives. Ne pas utiliser de feuilles solides sur des plaies infectées.
4. Hydrocolloïdes	Peut contenir gélatine, carboxyméthylcellulose, polysaccharides et/ou pectine. Les pansements en feuilles sont occlusifs; ont une couche externe de pellicule de polyuréthane.	+++	-/+	++	Utiliser avec prudence sur une peau fragile. Ne pas utiliser sur des plaies en drainage abondant ou infectées.* Créent une barrière occlusive pour protéger la plaie contre la contamination extérieure. Une odeur caractéristique peut accompagner le changement de pansement et ne devrait pas être pris pour une infection.
5. Alginates de calcium	Feuilles ou cordes fibreuses d'alginate de calcium et de sodium (dérivés d'algues). Ont un pouvoir hémostatique.	++	+	+++	Ne pas utiliser sur des plaies sèches. Faible résistance à la traction – éviter de compacter dans les sinus profonds étroits. Bio-réabsorbables.
6. Pansements combinés	Pansements combinés multicouches pour augmenter l'absorbance et l'autolyse.	+	-	+++	Utiliser sur des plaies où le pansement peut rester en place pendant des jours.*
7. Mousses	Mousses de polyuréthane adhésives ou non. Peuvent avoir un recouvrement occlusif. Feuilles ou bourrage de cavité. Certaines bloquent les fluides.	-	-	+++	Utiliser sur des plaies modérément ou fortement exsudatives. Ne pas utiliser les mousses occlusives sur des plaies en drainage abondant ou infectées.*
8. Charbon	Contient du charbon adsorbant les odeurs.	-	-	+	Certains produits au charbon sont inactivés par l'humidité. S'assurer que les bords du pansement sont scellés.
9. Hypertonique	Feuille, ruban ou gel imprégné de concentré de sodium.	+	+	++	Ne pas utiliser de ruban de gaze sur des plaies sèches. Peut être douloureux sur un tissu sensible. Le gel peut être utilisé sur des plaies sèches.
10. Fibres hydrophiles	Feuille ou bande de remplissage de carboxyméthylcellulose de sodium. Se convertit en un gel solide lorsque activé par l'humidité (bloque-fluide).	+	-	+++	Meilleur pour une quantité modérée d'exsudat. Ne pas utiliser sur des plaies sèches. Faible résistance à la traction – éviter de bourrer dans les sinus profonds et étroits.
11. Antimicrobiens	Argent ou cadexomère d'iode avec excipient pour acheminement: feuilles, gels, alginates, mousses ou pâtes.	+	+++	+	Action antimicrobienne à large spectre. Ne pas utiliser chez des patients ayant une hypersensibilité connue à une composante du produit.
12. Autres dispositifs	Le traitement de la plaie par pression négative applique une pression négative localisée à la surface et aux bords de la plaie. Les pansements sont constitués de polyuréthane ou d'alcool de polyvinyle.	-	+	+++	Ce pansement à distribution de la pression enlève activement le liquide de plaie et favorise le rapprochement des bords de la plaie. Compétence avancée requise pour la sélection des patients visés par ce traitement.

Catégories génériques		Soin de la plaie			Considérations des soins
Classe	Description	Débridement tissulaire	Infection	Régulation de l'humidité	Indications / contre-indications
13. Agents biologiques	Fibroblastes humains vivants contenus dans des treillis à température ambiante ou congelés. Matrice extracellulaire. Préparations contenant du collagène. Acide hyaluronique. Facteur de croissance d'origine plaquettaire.	–	–	–	Ne pas utiliser sur des plaies infectées, de tractus sinusiens, d'exsudat excessif, ou chez des patients ayant une hypersensibilité connue à une composante du produit. Problèmes culturels associés à la source. Compétence avancée requise pour la sélection des patients pour ce traitement.

+ Pertinence d'utiliser le pansement pour traiter le débridement du tissu, l'infection et/ou rétablir l'équilibre de l'humidité

- Le pansement n'est pas considéré comme bénéfique.

* Utiliser avec prudence en cas de colonisation critique soupçonnée.

SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en avril 2010.

Bayoumi IM, Buchanan M. Say, what? The info on leg ulcers. *The Canadian Journal of CME* 2004;Aug;83-85. Disponible à : <http://www.stacommunications.com/journals/cme/2004/August/pdf/083.pdf>.PDF

Bickley LS. *Bates' guide to physical examination and history taking*. 7th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Biem J, Koehncke N, Classen D, Dosman J. Out of the cold: management of hypothermia and Engelures. *CMAJ* 2003;168(3):305-11. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/168/3/305>

Cohen J, Powderly WG. *Infectious diseases*. 2nd ed. New York, NY: Elsevier; 2004.

Colman R, Somogyi R, editors-in-chief. *Toronto notes – MCCQE 2008 review notes*. 24th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2008.

Ferri FF. *Ferri's clinical advisor: Instant diagnosis and treatment*. St. Louis, MO: Mosby; 2004.

Fitzpatrick TB, Allen R, Johnson K, et al. *Color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 4th ed. McGraw-Hill; 2001.

Gray J, editor-in-chief. *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Habif TP. *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy*. 4th ed. Baltimore, MD: Mosby; 2004.

Santé Canada. *Canadian immunization guide*. 7th ed. Ottawa, ON: Health Canada; 2006. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php>

Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007.

Jensen B, Regier L, editors. *The Rx files*. 7th ed. Saskatoon, SK: 2008.

Repchinsky C, editor-in-chief. *Compendium of pharmaceuticals and specialties*. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Rosser W, Pennie R, Pilla N, and the Anti-infective Review Panel (Canadian). *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto: MUMS Guidelines Clearing House; 2005.

Tintinalli J, et al. *Emergency medicine*. 5th ed. McGraw-Hill; 2000.

LIGNES DIRECTRICES EN LIGNE

Cunliffe T, Carmichael A. *Dermatology guidelines*. Produced in collaboration with the Directorate of Dermatology, James Cook University Hospital, London, England; April 2004. Disponible à : http://www.darlingtonpct.nhs.uk/documents/Derm_guidelines.pdf

Gibbs S, Harvey I. (2006, May 24). *Topical treatments for cutaneous warts*. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001781.html>

Koning S, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LWA, Morris A, Butler CC, van der Wouden JC. (2004, April 19). *Interventions for impetigo*. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003261.html>

Mechem CC. (2009, April 2). *Engelures*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/770296-overview>

NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. xxiv.
- 2 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. xxii, xxiv.
- 3 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. xxiv.
- 4 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. xxiv, 950- 60.
- 5 In collaboration. *Dorland's illustrated medical dictionary*. 30th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
- 6 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 162.
- 7 Sibbald GR, Williamson D, Orstead HL, Campbell K, Keast D, Krasner D, Sibbald D. Preparing the wound bed – debridement, bacterial balance and moisture balance. *Ostomy Wound Management* 2000;46(11):14-31.
- 8 Weinstein M. Atopic dermatitis. In: Gray J, editor. *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007. p. 1069-76.
- 9 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 438-39.
- 10 Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006;17(Suppl C).
- 11 Canadian Pediatric Society(CPS). Statement: FNIH 2005-02. *Paediatr Child Health* 2005;10(9): 559.
- 12 Dugdale DC, Vyas JM. (2008, September 28). *MRSA*. Medline Plus. Disponible à : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007261.htm>
- 13 Health Link Alberta. (2007, December). *Community Acquired MRSA*. Disponible à : <http://www.healthlinkalberta.ca/Topic.asp?GUID={A299C309-4128-45B4-BD96-4173D1CA7F63}>
- 14 Nicolle L. *Community acquired MRSA: A practitioner's guide*. *CMAJ* 2006;175(2):145-46. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/175/2/145>
- 15 Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Community-Associated Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*. Disponible à : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa_ca.htmlv
- 16 Oehler RA, Velez AP, Mizrahi M, Lamarche J, Gompf S. *Bite-related and septic syndromes caused by cats & dogs*. *The Lancet Infectious Diseases* 2009;9(7):439-47. Disponible à : [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(09\)70110-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(09)70110-0/fulltext)
- 17 Ko CJ, Elston DM. Pediculosis. *J Am Acad Dermatol* 2004;50(1):1-12.
- 18 Burgess I. Head lice. *Clin Evid* 2006;15:1-9.
- 19 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. 732.
- 20 Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Polano MK, Suurmond D. (1997) *Color atlas and synopsis of clinical dermatology common and serious diseases*. 3rd ed. McGraw Hill. p. 730-733.
- 21 Goldstein BG, Goldstein AO. (May 2009). *Tinea versicolor*. Disponible à : http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?jsessionid=38FA1A7C03A302BF20D364EC67E74CA5.0604?topicKey=drug_a_k/138286&drug=true
- 22 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 730-31.
- 23 Goldstein BG, Goldstein AO. (May 2009). Gale. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 24 Goldstein BG, Goldstein AO. (November 2008). Gale. Disponible à : <http://www.utdol.com/>
- 25 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 231.
- 26 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 860-61.
- 27 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 910-11.

- 28 Schilling JA. Executive publisher. *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 142-43.
- 29 Morgan ED, Miser WF. (May 2009). *Treatment of minor thermal burns*. Disponible à : http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=ad_traum/4555&selectedTitle=1~150&source=search_result
- 30 Filate W, Ng D, Leung R, Sinyor M (Eds.). *Essentials of clinical examination handbook*. 5th ed. Toronto, ON: University of Toronto Medical Society; 2005.
- 31 Adapted from Mertens DM, Jenkins ME, Warden GD. *Med Clin North Am* 1997;32:343; and Peate WF. *Am Fam Physician* 1992;45:1321; and Clayton MC, Solem LD. *Postgrad Med* 1995;97:151. In: Morgan ED, Miser WF. *Treatment of minor thermal burns*. May 2009. Disponible à : http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=ad_traum/4555&selectedTitle=1~150&source=search_result
- 32 Joffe MD. (2009, May). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in children*. UpToDate Online 17.2. Disponible à : http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=ped_trau/7496&selectedTitle=1~150&source=search_result
- 33 Rice PL. (2009). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults*. UpToDate Online 17.2. p. 9. Disponible à : http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=ad_traum/4956#16
- 34 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 814.
- 35 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 814. Adapted from American College of Surgeons Committee on Trauma (2004). *Advanced trauma life support for doctors*. 7th ed. Chicago: American College of Surgeons.
- 36 Mechem CC. (2009, April 2). *Frostbite*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/770296-overview>
- 37 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 320-22.
- 38 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 320.
- 39 Robson MC, Smith DJ Jr. *Cold injuries*. In: McCarthy JG (Ed.). *Plastic surgery*. WB Saunders Company; 1990. p. 849-66. Disponible à : <http://www.medal.org/visitor/www%5CActive%5Cch34%5Cch34.01%5Cch34.01.08.aspx>
- 40 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 320.
- 41 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 742-58.
- 42 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 744.
- 43 Blondel-Hill E, Fryters S. *Bugs and drugs 2006*. Edmonton (AB): Capital Health; 2006. p. 98-99. Disponible à : <http://bugsanddrugs.ca>
- 44 Baddour LM. (2008, December). *Soft tissue infections due to human bites*. Disponible à : <http://www.utdol.com>
- 45 Blondel-Hill E, Fryters S. *Bugs and drugs 2006*. Edmonton (AB): Capital Health; 2006. p. 95-96. Disponible à : <http://www.bugsanddrugs.ca>
- 46 Blondel-Hill E, Fryters S. *Bugs and drugs 2006*. Edmonton (AB): Capital Health; 2006. p. 97. Disponible à : <http://www.bugsanddrugs.ca>
- 47 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editors. *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 745.