

# Rencontre avec un expert : Escarres en soins palliatifs

Dr Adrien EVIN  
Unité de soins palliatifs  
CHU de Nantes

***Absence de lien d'intérêts déclarés par  
l'intervenant***

## Objectifs :

=> Savoir anticiper et soigner les plaies d'escarres

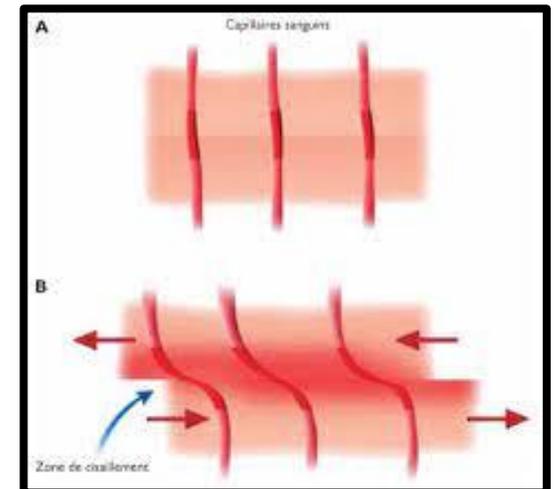
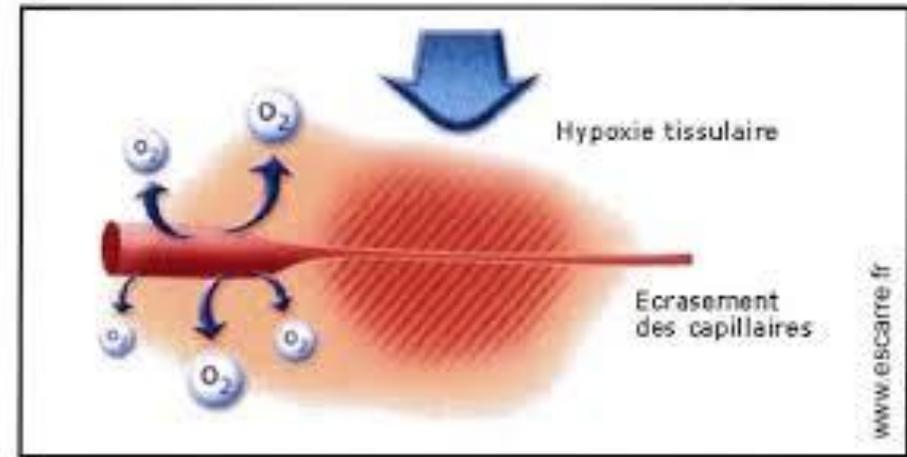
## Plan :

1. Rappels sur les escarres
2. Focus sur la prévention
3. Focus sur les traitements
4. Spécificité des soins palliatifs

## Rappels sur les escarres :

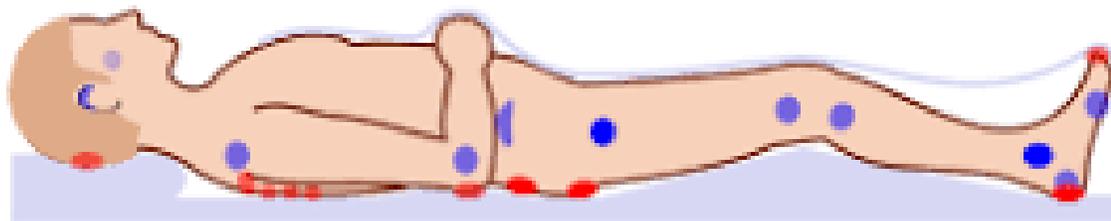
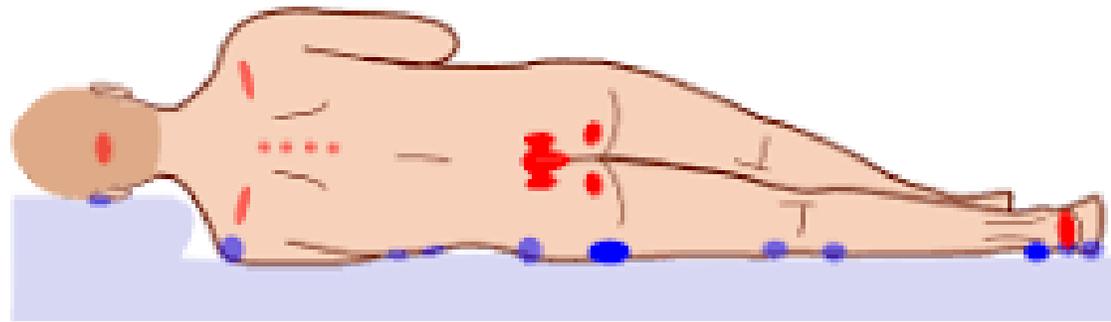
### Définition :

- « **Pressure Ulcer** » = ulcère de pression
- Lésion cutanée d'origine **ischémique**
- Le **résultat d'un phénomène de pression**, ou de pression associée à du **cisaillement** + un certain nombre de **facteurs favorisants**



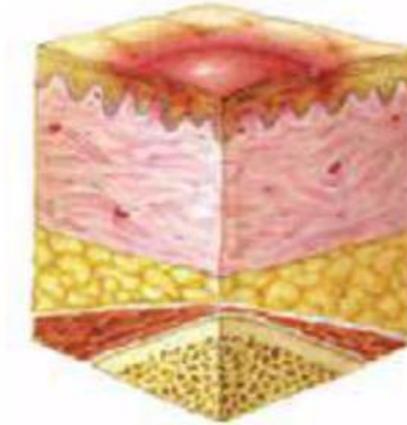
## Rappels sur les escarres :

- localisée **au niveau** de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur **une proéminence osseuse**.



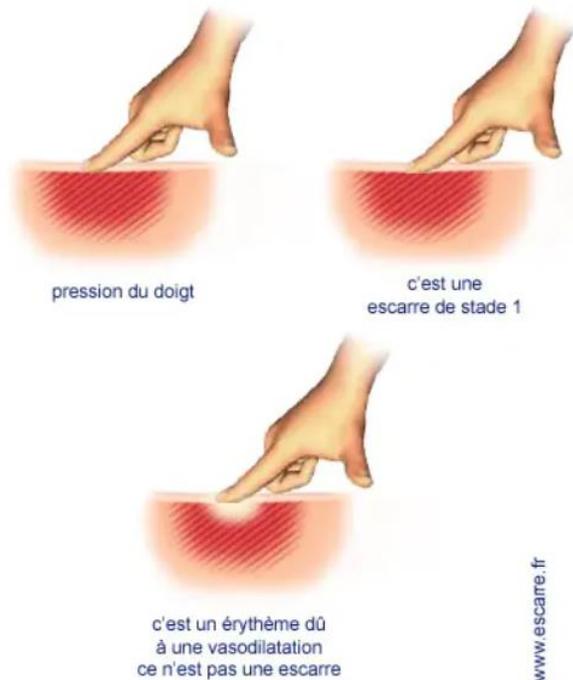
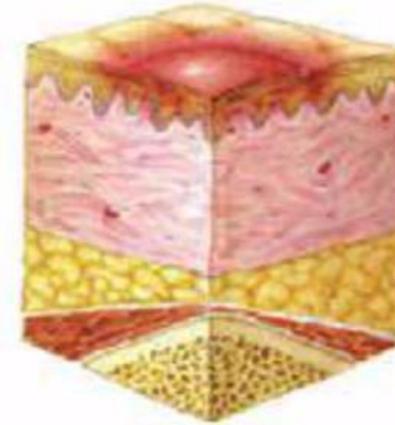
# Rappels sur les escarres :

**Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)**



# Rappels sur les escarres :

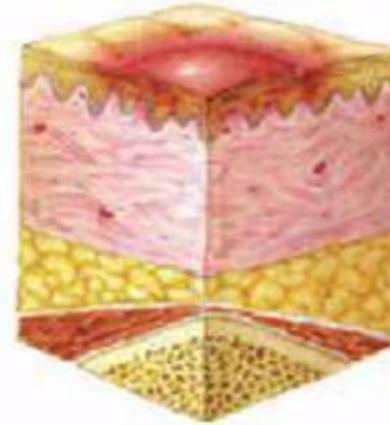
**Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)**



www.escarre.fr

# Rappels sur les escarres :

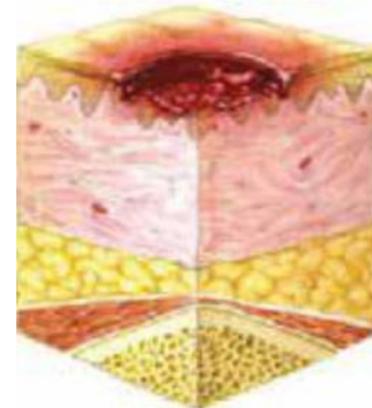
**Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)**



**Stade 2 : Atteinte partielle de la peau (derme) ou phlyctène**

sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé, sans fibrine.

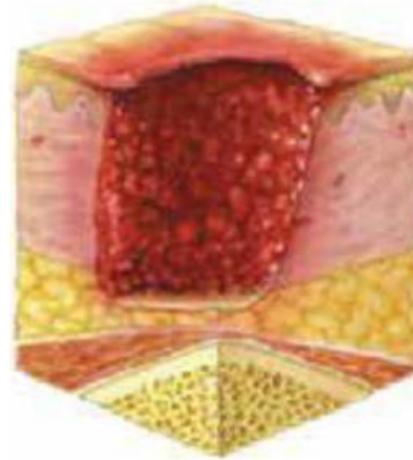
Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent.



## Rappels sur les escarres :

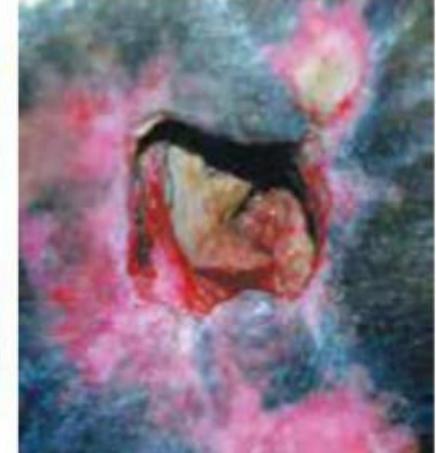
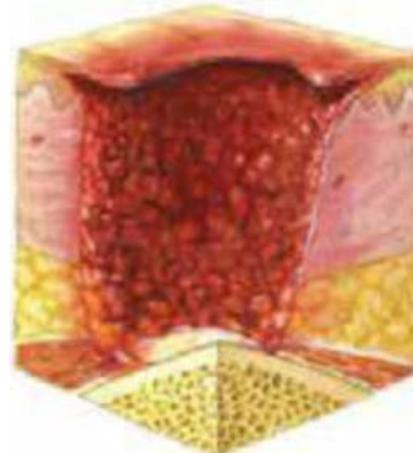
### **Stade 3 : Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible)**

Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine.



### **Stade 4 : Perte tissulaire complète (muscle/os visible)**

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes.



# Rappels sur les escarres :

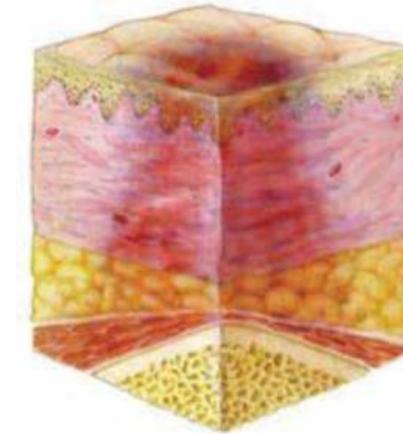
## **Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue**

Tant que la fibrine et/ou la nécrose ne sont pas enlevées afin d'exposer le fond du lit de la plaie, la profondeur réelle ne peut être déterminée.



## **Dommmages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue**

Zone délimitée de couleur pourpre ou brun-rouge avec une peau décolorée intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents



## Rappels sur les escarres :

### Les facteurs mécaniques :

- l'intensité et la durée de la pression,
- le cisaillement,
- la macération de la peau (sudation ou incontinence)
- la présence, en zone d'appui, d'éléments traumatisants (plis du drap, plis de la sangle du lève-malade, miettes, contention)

### Les facteurs généraux/cliniques:

- la réduction perfusion et de l'oxygénation des tissus (hypovolémie, anémie, pathologie micro ou macro vasculaire, hypoxie...)
- l'immobilité
- l'état nutritionnel
- les maladies neurologiques, les troubles de la conscience
- l'âge
- Certains traitements...

## Focus sur la prévention:

- ⇒ **Dépistage des patients à risques et des situations à risques :**
- Recherche des facteurs favorisants et précipitants
  - Par la surveillance clinique Et par des échelles d'évaluation

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
<b>Perception sensorielle</b> Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		<b>Mobilité</b> Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		<b>Activité</b> Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
<b>Nutrition</b> Alimentation habituelle		<b>Humidité</b> Degré d'humidité auquel la peau est exposée		<b>Friction et cisaillement</b> Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
<b>Score total :</b>					

≥ 18 : risque bas    13 à 17 : risque modéré    8 à 12 : risque élevé    ≤ 7: risque élevé

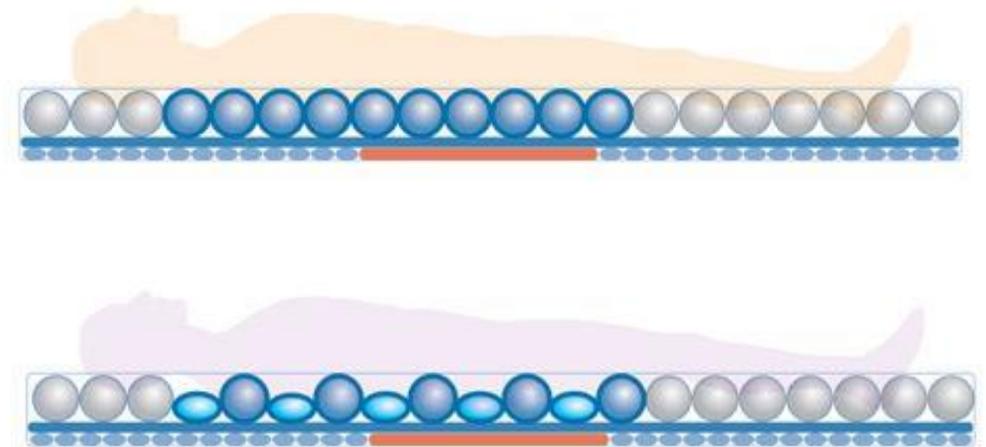
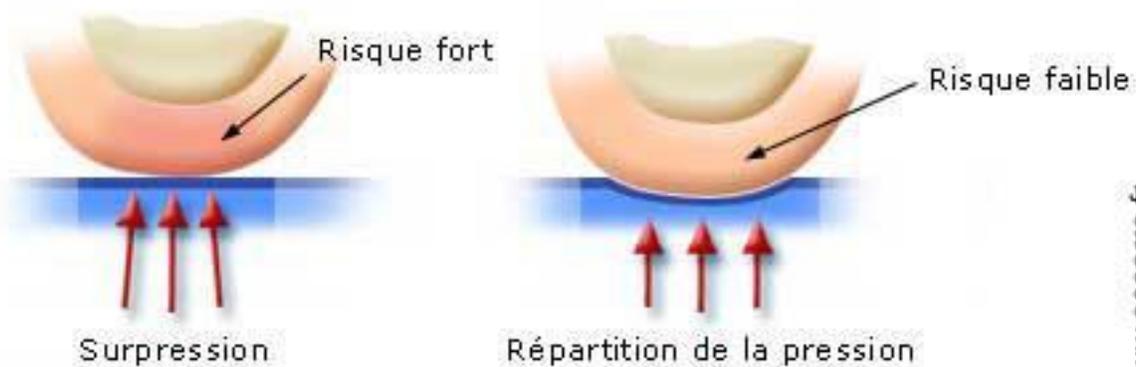
## Focus sur la prévention:

- ⇒ **Mesures de prévention = prise en soins globale et en équipe**
- 3 axes principaux : Agir sur les phénomènes mécaniques / Maintenir l'intégrité de la peau / Maintenir ou rétablir un bon état nutritionnel
  - S'adapter à chaque patient et à son environnement

**« Quelques heures pour la constituer,  
Quelques mois pour la guérir »**

## Focus sur la prévention :

### Supports statiques et dynamiques :



www.escarre.fr

Multiple dispositifs cf [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention\\_escarres-projet\\_de\\_nomenclature-cahier\\_des\\_charges\\_2010-01-07\\_17-17-22\\_580.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf)

## Focus sur la prévention:

### Supports statiques et dynamiques :

<b>SUPPORT PROPOSÉ</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT</b>
Surmatelas statique	Pas d'escarre <b>et</b> risque d'escarre peu élevé <b>et</b> patient pouvant se mouvoir dans le lit <b>et</b> passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre <b>et</b> risque d'escarre moyen <b>et</b> patient pouvant se mouvoir dans le lit <b>et</b> passant moins de 15 heures par jour au lit.
Surmatelas dynamique	Patient ayant eu des escarres <b>ou</b> ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) <b>ou</b> risque d'escarre élevé <b>et</b> passant plus de 15 heures par jour au lit <b>et</b> incapable de bouger seul.
Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (> 2) <b>et</b> ne pouvant bouger seul au lit <b>et</b> qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour avec une aggravation de son état.

## Focus sur les traitements :

⇒ **À différents niveaux :**

- L'escarre et ce qui l'entoure
- Le patient et ses facteurs de risques
- Son environnement

Avec toujours un temps d'évaluation et de suivi des actions menées

## Focus sur les traitements :

### ⇒ Locaux-régionaux (L'escarre et ce qui l'entoure) :

- Levé la zone d'appui (matelas à air, coussin, arceau...)
- Soins locaux adaptés au stade de l'escarre
- Surveiller les signes de surinfections

## Focus sur les traitements :

### ⇒ Locaux-régionaux (L'escarre et ce qui l'entourage):

#### Le pansement :

- Assurer un milieu chaud et humide (favorise action des PNN), perméable aux échanges gazeux
- Drainer les exsudats, ne pas faire saigner
- Peut être changé sans endommager la plaie
- Pas d'antiseptique

## Focus sur les traitements :

### ⇒ Généraux :

- TOUJOURS une antalgie adaptée
- Evaluer et traiter les facteurs de risques et comorbidités (continence, hygiène, mobilité, polymédication...)
- Prise en charge nutritionnelle
- Evaluation et prise en charge du retentissement psychologique

## Spécificité des soins palliatifs :

⇒ **Escarres et soins palliatifs :**

Fréquents **11,7-12,4%**, encore **plus en USP 28,8 %**

**Patients à risques très élevés**

**Avec facteurs de risques fréquents** (aliments, dénutrition, incontinence, pathologies neurologiques, cancer...)

**Facteurs de risques d'acquisition d'escarres en USP** : ATCD d'escarres, défaillance d'organe, hypoTA et corticoïdes au long cours

## Spécificité des soins palliatifs :

### ⇒ **Quels objectifs de soins**

- Variable pour chaque situation
- Variable entre stade palliatif précoce ou terminal (continuité entre ces phases)
- Évaluation et réflexion formalisées en équipe des objectifs, et savoir les réadapter
- Savoir être imaginatif

# Spécificité des soins palliatifs :

## Que faire sur une escarre quand il n'y a plus rien à faire?

Les jeudis de la SFE - Webinaire du 25 mars 2021

1

Document adressé pour publication sous l'égide de l'ANAES

**APPORT D'EXPERT POUR LA CONFERENCE DE CONSENSUS DE L'ANAES  
NOVEMBRE 2001  
THEME : ESCARRE ET SOINS PALLIATIFS**

**EXPERT : Dr FOUASSIER Pascale,**



## Spécificité des soins palliatifs :

**Objectif de palier 1** = cicatriser l'escarre, prévenir la survenue de nouvelles escarres.

**Objectif de palier 2** = limiter au maximum l'extension de l'escarre, éviter les complications et les symptômes inconfortables (infection, saignement, écoulement, odeur désagréable, douleur ...), éviter autant que faire se peut la survenue de nouvelles escarres.

**Objectif de palier 3** = en phase ultime, maintenir le patient au propre en limitant au maximum les contraintes du soin, respecter autant que possible le besoin de tranquillité du malade.

## Spécificité des soins palliatifs :

⇒ « Parler à l'escarre » = Représentations autour des plaies d'escarres :

Le patient ne voit pas sa plaie.

Importance de l'imaginaire.

Attention à ce que nous disons de cette plaie! Et ce qu'en entend le patient

Attention à nos collègues

# Référentiels :

Review Article

## Pressure ulcers in patients receiving palliative care: A systematic review

Amy Ferris <sup>ID</sup>, Annie Price and Keith Harding



*Palliative Medicine*  
 1–13  
 © The Author(s) 2019  
 Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](http://sagepub.com/journals-permissions)  
 DOI: 10.1177/0269216319846023  
[journals.sagepub.com/home/pmj](http://journals.sagepub.com/home/pmj)



Treatment

### EPUAP/NPUAP Publish New Pressure Ulcer Guidelines for Palliative Care

Dealing with the end of a loved one's life is difficult enough, but when wound and skin care issues are involved, the decisions about how to manage the patient can be even more challenging. The European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) have added a new section on palliative care to their pressure ulcer treatment guide to help clinicians navigate through some of these difficult treatment decisions.

*Pressure Ulcer Treatment: Quick Reference Guide* now includes a section on "Pressure Ulcer Management in Individuals Receiving Palliative Care," which is reproduced on the following pages for your reference. The palliative care perspective is woven throughout, showing how to focus treatment decisions on maintaining the patient's comfort in terms of pressure redistribution, nutrition and hydration, skin care, pain assessment and management and resource assessment.

Clinicians caring for terminal patients with pressure ulcers will find this resource tremendously helpful.

Improving Quality of Care Based on CMS Guidelines 39

## Prévention et Traitement des Plaies de Pression: Guide de référence abrégé 2019



Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

## Escarres : prévention et prise en charge

Date : 04/01/2012



# Des check listes COVID pour tous les lieux de soins:



## CHECK LIST POUR LA PRÉVENTION DES ESCARRES EN PÉRIODE DE COVID DOMICILE

### 1 POSSIBILITÉ D'UTILISER LA TÉLÉMÉDECINE POUR LE SUIVI À DISTANCE DES PATIENTS COVID+



### 2 MATÉRIEL



- Evaluer les besoins en matériel, lit médicalisé, matériel de positionnement et matelas adaptés au risque
- Voir les disponibilités avec le prestataire de service
- Demander une prescription au médecin traitant
- En attendant oreiller, traversin, coussins du domicile pour pouvoir changer les appuis en lien avec les aidants

► Votre contact : Tél. Réduire l'échelle du document

### 3 HYGIÈNE/ NURSING associer les aidants naturels → montrer comment faire



- Laver, rincer, sécher en tamponnant, hydrater, protéger la peau avec une crème barrière
- Patient incontinant : privilégier les protections de nuit même le jour: objectif d'éviter la macération au lit
- Prévention des points d'appui (si possible, organisation avec les aidants en plus des passages à domicile des soignants)

### 4 DISPOSITIFS MÉDICAUX



- Sonde urinaire :
  - fixation adaptée sur la cuisse chez la femme
  - fixation adaptée sur l'abdomen chez l'homme
- Veiller à ce que la sonde ne passe pas sous la cuisse
- Sonde oxygène et lunettes, sonde nasogastrique :
  - Repositionner régulièrement le dispositif médical si possible
  - Protéger les zones de frottement avec un hydrocolloïde extra mince

### 5 PANSEMENT DE PRÉVENTION D'ESCARRE



- Hydrocolloïde extra mince qui permet de surveiller la peau
- Hydrocellulaire multicouche siliconé, surveiller la peau à chaque changement d'équipe en soulevant le pansement puis le repositionner (pansement non remboursé en ville)

### 6 NUTRITION/ HYDRATATION



Objectif patient : manger suffisamment en proposant plus souvent et différemment

Surveillance et évaluation alimentaire précoce

- Surveiller et évaluer les prises alimentaires (prise repas  $\frac{1}{4}$   $\frac{1}{2}$   $\frac{3}{4}$  repas complet) et les apports hydriques
- Fractionner les repas, collations plusieurs fois par jour avec aliments riches en protéines, compléments nutritionnels oraux si besoin.
- Enrichir les repas : Possibilité de rajouter des protéines sans augmenter les quantités si perte d'appétit (gruyère râpé sur aliments, poudre de lait dans yaourt, beurre, crème fraîche, fromage frais dans purée ou soupe...)
- Surveiller les apports hydriques : quantifier l'apport, ajout soupe, café, thé
- Contacter la diététicienne si besoin

► Votre contact : Tél diététicienne (Prestataire de service) :

### 7 MOBILISATIONS SELON POSSIBILITÉS DU PATIENT



- Au lit ou au fauteuil pour limiter les temps d'appui sur une même zone
- Favoriser la marche et les levers dès que possible

### 8 RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SA PRÉVENTION



- Noter les consignes...

#### Pour optimiser la qualité des soins :

- Informer et montrer les gestes aux patients et aux aidants
- Organiser les soins : médecin traitant, IDE, patient, kiné, famille, voisins, auxiliaire de vie, portage des repas...etc

COMMENTAIRES : .....

# Pour aller plus loin dans la prévention :

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

## Escarres : prévention et prise en charge

	Prévention standard	Prévention renforcée	Prévention maximale
<b>Soins d'hygiène corporelle</b>	1/jour	2/jour	3/jour
<b>Surveiller les points d'appui</b>	2/jour	<u>Au moins</u> 3/jour	Toutes les 4h et/ou à chaque change
<b>Choix du matelas</b>	Mousse à mémoire de forme et / ou coussins de positionnement	Mousse à mémoire de forme ou à air dynamique	A air dynamique systématiquement
<b>Diététique/ Nutrition</b>	Diététicienne Régime alimentaire personnalisé	Diététicienne Régime alimentaire renforcé en protéine	Diététicienne : visites régulières Surveillance de l'apport protéique
<b>Traitement antalgique</b>	Prescrire un traitement approprié, si besoin	Prescrire un traitement approprié et évalué quotidiennement	Adapter le traitement antalgique selon les évaluations régulières
<b>Information du patient</b>	Motivation du patient à des mobilisations régulières		
<b>Eduquer le patient et sa famille</b>	Sur les mobilisations régulières	Sur les risques évolutifs de l'escarre	
<b>Kinésithérapie</b>	Autant que de besoins		
<b>Transmissions écrites</b>	Oui Régulières	Oui Régulières et précises	
<b>Planifier les mobilisations</b>	En service de soins, planning mural : mobilisations	En service de soins, planning mural : soins et mobilisations	

## Pour aller plus loin dans la prévention :

- Proposition d'actions de prévention en fonction des items de l'échelle de Braden :

Tiré de actu soins infirmier

<https://www.actusoins.com/304485/escarres-echelle-de-braden-un-moyen-action-pertinent-pour-prevenir-les-escarres.html>

# Pour aller plus loin dans la prévention :

<b>Perception sensorielle</b>	
<b>Pallier au défaut de perception sensorielle</b>	<b>Actions</b>
<b>Observer et repérer les sources de douleurs et d'inconfort attribuées à des lésions de pression : plis des draps, matériels tel que les tubulures, les sondes, les orthèses...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixer la sonde urinaire sur l'abdomen chez l'homme et sur la cuisse chez la femme</li> <li>• Mettre un hydro colloïde sur les zones de frottements des tubulures</li> </ul>
<b>Patient avec trouble sensitif (neurosédaté, AVC, neuropathie sensitive,...)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller chaque point d'appui à chaque changement de position</li> </ul>
<b>Douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir une échelle d'évaluation de la douleur adaptée et prise en charge multimodale de la douleur</li> </ul>

# Pour aller plus loin dans la prévention:

<i>Humidité</i>	
Maintenir l'intégrité cutanée	Actions
<b>Maintenir l'hygiène cutanée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laver à l'eau et au savon, bien rincer et bien sécher en tamponnant, sans frictionner</li> </ul>
<b>Hydrater la peau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser des produits émollients</li> </ul>
<b>Protéger la peau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser des crèmes barrières, des protecteurs cutanés..</li> </ul>
<b>Eviter la macération (transpiration, urines, selles,...)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir des protections anatomiques adaptées</li> <li>• Mettre des étuis péniers, des changes de nuit même le jour (si la diurèse est importante)</li> <li>• Réguler l'élimination fécale si la constipation est responsable de fausses diarrhées (lavement, modification de l'alimentation,...)</li> </ul>
<b>Surveiller la peau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palper et regarder la peau et noter les érythèmes, la macération, l'induration, la chaleur et la douleur</li> </ul>

# Pour aller plus loin dans la prévention:

## *Nutrition et habitudes alimentaires*

Prise en charge nutritionnelle	Actions
<b>Evaluer l'état nutritionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noter s'il y a une perte de poids</li> <li>• Peser (1 fois/semaine), mesurer le patient et calculer l'indice de masse corporel (IMC)</li> <li>• Noter l'albuminémie</li> </ul>
<b>Evaluer les apports caloriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noter les prises alimentaires</li> </ul>
<b>Noter les habitudes alimentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'informer des goûts, de la texture</li> </ul>
<b>Vérifier l'état bucco-dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer des soins d'hygiène bucco-dentaire et des soins en cas de mycose</li> </ul>
<b>Aider à la prise des repas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir une aide humaine</li> <li>• Couverts ergonomiques</li> </ul>
<b>Augmenter les apports</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractionner les repas</li> <li>• Enrichir l'alimentation et donner des compléments nutritionnels oraux</li> </ul>

# Pour aller plus loin dans la prévention:

## *Friction et cisaillement*

Prévenir les forces de friction et de cisaillement	Actions
<p><b>Apprendre les techniques de mobilisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliser les personnes dépendantes à 2 soignants et avec une alèze de glisse ou une alèze de lit (soulever et non glisser)</li> <li>• Ne pas tirer le patient en le prenant sous les bras</li> </ul>
<p><b>Penser au matériel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser du coussin avec butée pour éviter que le patient ne glisse en avant en position assise</li> <li>• Mettre un arceau dans le lit pour éviter le poids des couvertures</li> <li>• Apprendre au patient à s'aider d'une potence pour se soulever</li> </ul>

# Pour aller plus loin dans la prévention:

## Au fauteuil



- Prévenir le phénomène de glissement, les appuis asymétriques.
- Assurer une assise position en « équerre », appui dorsal, cuisses reposant sur le fauteuil, pieds à plat
- Encourager les auto-soulèvements réguliers



## Au lit



- Éviter les positions à risque
- position latérale à 90° (zone trochanterienne exposée)
  - position assise couchée (zone sacro-coccygienne exposée)

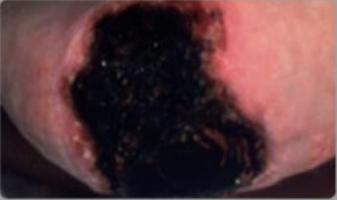
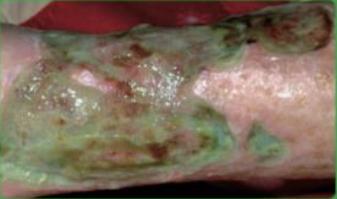


- Positionner le patient en décubitus semi-latéral à 30%
- Accessoires pour protéger les proéminences osseuses et éviter les frottements
- position semi-assise, dossier à 30%, membres inférieurs relevés

Dr C Millet CH Voiron



# Quel pansement pour quelle plaie ?

<p><b>Nécrose</b> ⚠️</p>  <p>Scarification Détersion mécanique</p> <hr/> <p>hydrogel + interface ou + ou vaseline hydrocolloïde fin</p> <p>⚠️ <b>patients artéritiques pas de contention élastique</b>          Ne pas exciser → assécher          Nécrose sèche : à l'air ou pansement sec          Nécrose humide : pansement au charbon (pas de pansement occlusif)</p>	<p><b>Fibrine sèche</b></p>  <p>Détersion mécanique</p> <hr/> <p>hydrogel + interface ou hydrocolloïde fin</p>	<p><b>Fibrine humide</b></p>  <p>Détersion mécanique</p> <hr/> <p>💧 / 💧 Alginate          💧💧 Fibrines à haut pouvoir d'absorption          💧💧 Superabsorbant</p>	<p><b>Bourgeonnement</b></p>  <hr/> <p>💧 / 💧 Interface          💧 / 💧 Hydrocellulaire          💧 / 💧 Alginate ou fibres à haut pouvoir d'absorption          💧 / 💧 Superabsorbant</p>	<p><b>Épidermisation</b></p>  <hr/> <p>interface ou hydrocellulaire</p>
<p>💧 exsudats faibles    💧💧 exsudats moyens    💧💧💧 exsudats abondants    💧💧💧💧 exsudats très abondants</p>				
<p>Les produits référencés dans chaque famille au CHU de Nantes sont consultables dans intranet onglet «pratiques professionnelles/peau-plaies-picatrisation/fiches techniques/pansements référencés CHU.</p>				
<p><b>Plaie hyperbourgeonnante</b></p>  <p>corticoïde local ou nitrate d'argent</p>	<p><b>Plaie infectée</b></p>  <p>pansement à l'argent ou alginate</p>	<p><b>Plaie malodorante</b></p>  <p>pansement au charbon</p>	<p><b>Plaie hémorragique</b></p>  <p>alginate + sérum physiologique</p>	

# Plaies : les bonnes pratiques

## Nettoyage des plaies

Douche ou bain avant les pansements

- Facilite le retrait du pansement même si la plaie douloureuse
- Pansement sur peau propre
- Aide à la détersion



Sérum physiologique ou eau stérile (plaie douloureuse)



**! Pas d'antiseptique :** sauf sur prescription = respect de la flore cutanée



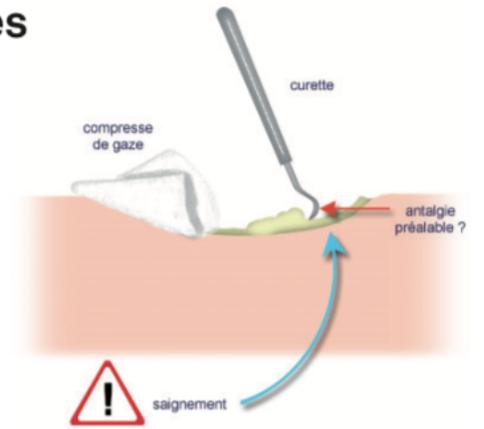
## Détersion mécanique

= Phase indispensable à la cicatrisation

Oter la fibrine ou nécrose à l'aide d'une pince, bistouri et curette



**Ne pas négliger les berges de la plaie** (enlever l'hyperkératose et les squames retardant l'épidermisation)



**! Une détersion efficace passe par une bonne prise en charge de la douleur (penser aux antalgiques locaux).**

Validité / péremption

SHA : 1 mois / Sérum phy : 8 h / Eau ppi : 8 h / Bétadine : 1 mois