

BONNES PRATIQUES INTERNATIONALES RECOMMANDÉES

PRÉVENTION ET PRISE  
EN CHARGE DES  
LÉSIONS CUTANÉES  
LIÉES À L'HUMIDITÉ  
(MASD)

RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR UN GROUPE DE TRAVAIL COMPOSÉ D'EXPERTS



Wounds  
INTERNATIONAL

**PUBLIÉ PAR :**

Wounds International  
108 Cannon Street  
Londres EC4N 6EU, Royaume-  
Uni

Tél. : + 44 (0)20 7627 1510  
info@woundsinternational.com  
www.woundsinternational.com



© **Wounds International, 2020**

La réunion et le présent  
document ont reçu le soutien



de 3M.

Les opinions exprimées dans  
ce document ne reflètent pas  
nécessairement celles du  
commanditaire.

**Comment citer le présent  
document :**

Fletcher J, Beeckman D,  
Boyles A et al. (2020) ; Bonnes  
pratiques internationales  
recommandées : Prévention  
et prise en charge des lésions  
cutanées liées à l'humidité  
(MASD). Wounds International.  
Disponible en ligne sur www.  
woundsinternational.com

**PANEL D'EXPERTS**

**Jacqui Fletcher** (co-président), Infirmier conseil indépendant, Royaume-Uni

**Dimitri Beeckman** (co-président), Docteur, RN, FEANS, Professeur à l'Université de Gand, l'Université Monash, l'Université du Danemark du Sud, l'Université Örebro, l'Université du Surrey et au Royal College of Surgeons in Ireland (RCSI)

**Anna Boyles**, Infirmière clinicienne spécialisée responsable, soins des stomies, King's College Hospital NHS Foundation Trust, Londres, Royaume-Uni

**Sian Fumarola**, Spécialiste clinique, NHS Supply Chain ; Infirmière clinicienne spécialisée senior, viabilité des tissus et continence, hôpital universitaire North Midlands NHS Trust, Staffordshire, Royaume-Uni

**Jan Kottner**, Professeur, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Service de dermatologie et d'allergie, Centre de recherche clinique pour la science des poils et de la peau, Berlin, Allemagne ; Département de santé publique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Gand, Belgique

**Laurie McNichol**, MSN, RN, CNS, GNP, CWOCN, CWON-AP, FAAN, Infirmière clinicienne spécialisée, Infirmière en soins des stomies, Cone Health, Greensboro, Caroline du Nord, États-Unis

**Zena Moore**, École d'infirmière et d'obstétrique, Royal College of Surgeons en Irlande (RCSI), University of Medicine and Health Sciences, Dublin, Irlande ; Centre de recherche des lésions cutanées et traumatismes, Royal College of Surgeons en Irlande (RCSI), University of Medicine and Health Sciences, Dublin, Irlande ; Faculté de médecine, de soins infirmiers et des sciences de la santé, Université Monash, Melbourne, VIC, Australie ; Département de santé publique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Gand, Belgique ; Lida Institute, Shanghai, Chine ; Université de Cardiff, Royaume-Uni

**Nikki Sarkar**, Infirmière chargée du développement des pratiques en soins intensifs pour adultes, Nottingham University Hospitals NHS Trust, Royaume-Uni

**Madeleine Stenius**, Infirmière assistante/coordinatrice en formation et éducation, Aleris Rehab Station, Stockholm, Suède

**David Voegeli**, Professeur de soins infirmiers, Faculté de la santé et du bien-être, Université de Winchester, Royaume-Uni

## AVANT-PROPOS

Les lésions cutanées liées à l'humidité (MASD) représentent un problème majeur et peuvent avoir des conséquences négatives sur le bien-être et la qualité de vie des patients.

En juin 2020, un groupe d'experts internationaux se sont réunis en ligne via Zoom pour discuter des principaux problèmes et des lacunes quant à la connaissance des MASD. Ils ont également élaboré des déclarations de bonnes pratiques afin de contribuer à la prévention et à la prise en charge des MASD.

Dans le cadre du présent document, le terme général de MASD a été subdivisé en catégories principales, avec des déclarations de bonnes pratiques spécifiques relatives à la prévention et à la prise en charge pour chaque domaine.

Ces catégories sont les suivantes :

- Dermite associée à l'incontinence (DAI)
- Dermatite péristomiale
- Dermatite intertrigineuse (intertrigo)
- Macération péri-lésionnelle.

Au cours de la réunion, nous avons convenu de conserver le terme générique MASD (Moisture-Associated Skin Damages en anglais) afin de ne pas surcharger les médecins avec différentes terminologies. Cependant, il est important de noter que l'« humidité » n'est pas le seul facteur important en ce qui concerne les lésions cutanées, comme l'explique le présent document. Ce type de lésion cutanée est désormais inclus dans la classification CIM-11 (OMS, 2020) sous le code « dermatite de contact irritative due à des frictions, la transpiration ou le contact avec des liquides corporels ».

L'objectif du présent document est de guider les médecins lors de la mise en place de bonnes pratiques dans le domaine des MASD tout en contribuant à améliorer les résultats pour les patients et à réduire l'incidence de ces problèmes cutanés et connexes, grâce à des plans de prévention et de prise en charge axés sur la peau.

**Jacqui Fletcher et Dimitri Beeckman (co-présidents)**

# Présentation : Principaux problèmes des MASD

Les MASD constituent un état reconnu complexe et de plus en plus courant. La surexposition de la peau aux liquides corporels peut compromettre son intégrité et sa fonction de barrière, la rendant plus perméable et vulnérable aux lésions (Gray et al., 2001 ; Woo et al., 2017). Les personnes atteintes de MASD souffrent de symptômes chroniques qui affectent la qualité de vie, notamment douleurs, brûlures et prurit (Gray et al., 2011 ; Woo et al., 2017).

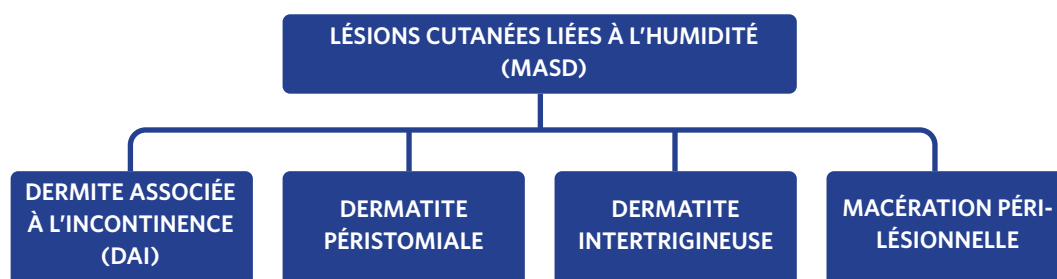
Les MASD font partie de la dermatite de contact irritante ; voir Tableau 1 (OMS, 2020). Les irritants les plus fréquents sont l'urine, les selles, la transpiration, la salive, les liquides intestinaux provenant des stomies et les exsudats issus de plaies. Ainsi, l'acronyme « MASD » est un terme générique dont les formes peuvent être subdivisées en quatre catégories (voir Figure 1).

- DAI
- Dermatite péristomiale (associée à la colostomie, iléostomie/urétérostomie transiléale, urostomie, cathéter sus-pubien ou trachéostomie)
- Dermatite intertrigineuse (intertrigo : endroit où deux surfaces cutanées se touchent ou frottent l'une contre l'autre)
- Macération péri-lésionnelle

**Tableau 1. Types de dermatites de contact irritantes conformément à la classification CIM-11 de l'OMS**

<b>EK02.2</b> Dermatite de contact irritante due aux frottements, à la transpiration ou au contact avec des liquides corporels
<b>EK02.20</b> Dermatite intertrigineuse due aux frottements, à la transpiration ou au contact avec des liquides corporels
<b>EK02.21</b> Dermatite de contact irritante due à la salive
<b>EK02.22</b> Dermatite de contact irritante due à l'incontinence
<b>EK02.23</b> Dermatite de contact irritante due à une stomie ou fistule
<b>EK02.24</b> Dermatite de contact irritante due à un contact cutané avec des prothèses ou dispositifs chirurgicaux

**FIGURE 1** | Types de MASD (Gray et al., 2011)



Les liquides corporels ne sont pas les seuls responsables du développement des MASD. Au contraire, les lésions cutanées sont provoquées par de nombreux facteurs, notamment les produits chimiques irritants contenus dans la source d'humidité (par ex., les protéases et les lipases dans les selles, les métabolites issus des médicaments), son pH, les microorganismes associés présents sur la surface de la peau (par ex., la flore commensale cutanée) et les facteurs mécaniques comme les frottements (Gray et al., 2011).



Les stratégies d'évaluation des risques et de prévention des MASD sont primordiales. Des mesures peuvent être prises pour protéger la peau et prévenir les MASD, par exemple, l'utilisation de produits de protection cutanée tels que des crèmes protectrices, des polymères liquides et des cyanoacrylates permettant de créer une couche protectrice à la surface de la peau capable de préserver les niveaux d'hydratation tout en bloquant l'humidité et les produits irritants externes (Gray et al., 2011 ; McNichol et al., 2018).

De nouvelles données probantes mettent en évidence le lien entre les MASD et d'autres pathologies cutanées telles que les infections cutanées et les escarres (Jones et al., 2008 ; Beeckman et al., 2014). L'adoption d'une approche intégrale et holistique, centrée sur les stratégies de prévention et l'importance de préserver l'intégrité de la peau, peut générer des résultats globaux positifs et permettre de faire tomber des barrières en faveur de soins efficaces dans la pratique (Beeckman et al., 2020).

Les médecins doivent faire preuve de vigilance, afin de maintenir des conditions cutanées optimales et de diagnostiquer et traiter les MASD dès le début en vue de prévenir leur progression et les déchirures cutanées (Gray et al., 2011).

# Dermites associées à l'incontinence (DAI)

Le terme « dermite associée à l'incontinence (DAI) » décrit les lésions cutanées liées à une exposition à l'urine, aux selles ou à une combinaison des deux chez les adultes (CIM-11 EK02.22). Chez les bébés et les jeunes enfants, cette pathologie est également connue sous le nom d'érythème fessier ou d'érythème du siège (CIM-11 EH40.10), entre autres termes. Le terme « DAI » est privilégié, car il permet de distinguer les problèmes cutanés issus du contact direct avec l'urine et/ou les selles à cause de l'incontinence des autres pathologies. En outre, la DAI reconnaît que la pathologie n'affecte pas uniquement la zone périnéale et concerne des personnes de tout âge (Beeckman et al., 2015).

Elle peut avoir un effet extrêmement négatif sur la qualité de vie des patients, provoquant un inconfort important et, dans certains cas, une détresse physique et mentale (Van den Bussche et al., 2018). Du point de vue d'un médecin, il peut s'avérer difficile, long et cher de gérer cette pathologie en cabinet (Doughty et al., 2012 ; Beeckman et al., 2014).

Lors de l'identification des risques, tenir compte des facteurs causaux, indirects et contextuels.

**Déclaration de bonnes pratiques**

## Identification et gestion des risques

Il est primordial d'identifier des patients présentant un risque de DAI et de mettre en place des soins préventifs (Beeckman et al., 2015). Lors de l'examen des facteurs de risque et de l'évaluation des risques pour le patient, il est important de prendre en considération les facteurs causaux, indirects et contextuels (voir Tableau 2). Un facteur de risque causal ou direct signifie que l'un de ces facteurs de risque doit être présent pour établir un diagnostic de DAI.

Tableau 2. Exemples de facteurs de risque causaux et indirects pour la DAI (adaptation de Beeckman et al., 2015)

Causal	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Type d'incontinences<ul style="list-style-type: none"><li>- Urine, selles ou les deux</li><li>- Solide ou liquide (les selles liquides présentent plus de risque)</li></ul></li></ul>
Indirect	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Utilisation/non-utilisation de couches</li><li>■ Durée d'exposition</li><li>■ Fréquence et volume</li><li>■ Présence d'aliments/médicaments dans l'urine ou les selles</li><li>■ Force mécanique (par ex, mesurée à partir de la position)</li><li>■ Peau abîmée</li><li>■ Type et fréquence de lavages</li><li>■ Utilisation de produits/nettoyants occlusifs</li><li>■ Difficultés de mobilité</li><li>■ Diabète</li><li>■ Âge avancé</li><li>■ Facteurs psychosociaux</li><li>■ Fonctions cognitives diminuées</li><li>■ Hygiène personnelle inadaptée</li><li>■ Prise de médicaments (par ex., antibiotiques, immunosuppresseurs)</li><li>■ Malnutrition ou prise irrégulière/inadaptée d'aliments ou de boissons</li><li>■ Tabagisme</li><li>■ Maladie grave</li><li>■ Fièvre</li><li>■ Faible saturation en oxygène</li></ul>



### Identification des patients présentant un risque accru

Lors de l'évaluation des facteurs de risque potentiels, une étude observationnelle menée sur des patients gravement atteints d'incontinence fécale (Van Damme et al., 2018) a montré que les facteurs (parmi lesquels : selles liquides, diabète, âge avancé, tabagisme, absence d'utilisation de couches, fièvre et faible saturation en oxygène) étaient indépendamment associés à la DAI. Cependant, une évaluation précise des risques et des outils de classification sont requis (Beeckman et al., 2015).

**Il est essentiel de reconnaître les patients présentant un risque accru de développer une DAI (par ex., selles liquides ou diarrhée) et de mettre en place des stratégies de prévention adaptées.**

### Déclaration de bonnes pratiques

Dans le cadre des soins intensifs, les données suggèrent que l'incontinence fécale représente peut-être un problème sous-estimé (avec, selon l'étude, une prévalence de 9 à 37 % des patients), qui demande un temps considérable lors des soins infirmiers (Bayón Garcia et al., 2011). Les patients atteints d'incontinence fécale dans ce cadre présentaient souvent des problèmes d'intégrité cutanée : dermatite périnéale, lésions liées à l'humidité ou des escarres sacrées. Toutefois, la sensibilisation du personnel aux enjeux cliniques liés à la gestion à l'utilisation des systèmes de gestion de l'incontinence fécale était relativement faible.

Parmi le personnel le plus informé, les bénéfices clés des systèmes de gestion de l'incontinence fécale étaient les suivants : risque réduit de contamination croisée et d'infection, risque réduit de déchirure cutanée et confort accru du patient et du respect de sa dignité (Bayón Garcia et al., 2011).

### Gestion de la continence

Lorsque cela est possible, la priorité consiste à identifier et à supprimer la cause de l'incontinence et d'examiner les options de traitement - même si l'incontinence peut être provoquée par plusieurs facteurs, parmi lesquels l'état de santé et les questions de mobilité (Wishin et al., 2008 ; Beeckman et al., 2020). Pour ce faire, il convient de pratiquer un examen de la fonction rénale et vésicale dans le cas d'incontinence urinaire et un examen de l'intestin et du côlon dans le cas d'incontinence fécale (Beele et al., 2017).

Si la continence ne peut pas être améliorée, des produits adaptés à l'incontinence doivent être utilisés et des interventions comportementales doivent être mises en place (Beeckman et al., 2018). Les interventions comportementales peuvent inclure une gestion nutritionnelle et hydrique, une amélioration de la mobilité et l'utilisation de techniques de toilette différentes (Wishin et al., 2008 ; Beeckman et al., 2020).

Même si la DAI ne concerne pas uniquement les personnes âgées, des études menées sur des résidents âgés en maisons de retraite ont suggéré qu'une toilette structurée et de l'exercice peuvent améliorer l'incontinence (Bates-Jensen et al., 2003 ; Beeckman et al., 2020). Le type et la fréquence de l'incontinence doivent faire l'objet de nouveaux examens réguliers afin d'adapter les stratégies de gestion de l'incontinence au patient et d'évaluer le risque de lésions cutanées (Beeckman et al., 2018).

Le cas échéant, les facteurs de risque indirects doivent être atténués. Cela peut inclure le traitement des comorbidités ou de tout problème psychologique (Beeckman et al., 2020).

### Nettoyage de la peau

Il est recommandé de limiter l'exposition aux agents nettoyants et d'utiliser des substituts au savon et des produits sans rinçage avec des propriétés protectrices physiques. Des tensioactifs peu ou moyennement irritants et des nettoyants au pH faible doivent être employés, associés à de l'eau tiède et des linges doux (Lichterfeld-Kottner et al., 2020).

**La cause de l'incontinence doit être identifiée et gérée.**

### Déclaration de bonnes pratiques

**Utiliser un nettoyant avec un tensioactif doux et examiner les techniques de nettoyage ; éviter l'utilisation de savon et d'eau pour maintenir le pH normal de la peau.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Pour les patients atteints de DAI, utiliser un produit de protection cutanée capable de soulager la douleur ou d'améliorer le confort ; pour les patients présentant un risque de DAI, utiliser un produit de protection afin de protéger de l'humidité et des irritants.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

La peau des patients atteints d'incontinence doit être nettoyée au moins une fois par jour et après chaque épisode d'incontinence fécale (Beeckman et al., 2015).

### **Protection de la peau**

Il est important de noter la différence entre les produits hydratants et les produits de protection : les premiers ont pour objectif d'hydrater la peau, tandis que les seconds doivent protéger de l'humidité et des irritants (All Wales Tissue Viability Forum et All Wales Continence Forum, 2014). Les produits de protection peuvent se présenter sous forme de films polymères, de crèmes, de baumes ou de pâtes. Il existe toutefois peu de données permettant de comparer l'efficacité des produits de protection (Beeckman et al., 2016). Les produits de protection à base de polymère présentent l'avantage d'être à la fois imperméables et respirants, contrairement aux pâtes et baumes, qui sont occlusifs.

Les performances des principaux ingrédients varieront en fonction de la formulation globale et de l'utilisation. Tous les produits doivent être utilisés conformément aux instructions des fabricants.

En ce qui concerne les patients souffrant de DAI et de difficultés de mobilité, l'utilisation de pansements sur les zones fragiles ou les plaies en contact avec les surfaces en position assise ou allongée (par ex., coussins de fauteuil roulant ou lits) peut s'avérer nécessaire, à cause des frottements et des cisaillements liés aux transferts et changements de position. Les produits de protection à base de terpolymère d'acrylate et d'élastomère peuvent permettre de protéger des frottements, et leur utilisation doit être envisagée pour ces patients.

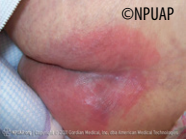

### **Classification et documentation**

Un diagnostic précis doit permettre de différencier la DAI d'autres pathologies ou causes potentielles. Il convient de noter qu'il existe un lien entre la DAI, ses facteurs étiologiques les plus importants (incontinence et humidité) et les escarres (Beeckman et al., 2014). Des études ont démontré qu'il peut y avoir une confusion, la DAI étant classée comme une escarre (Beeckman et al., 2014). Consulter le Tableau 3 pour plus d'informations sur les différences entre la DAI et les escarres.





Divers outils de classification sont utilisés pour la DAI et l'absence de cohérence du langage et de la terminologie peut entraîner des problèmes de classification. L'outil Ghent de Classification de la DAI (GLOBIAD) apporte un éclairage sur cela (Beeckman et al., 2018). Consulter le Tableau 4 pour la classification à l'aide de l'outil GLOBIAD.



**Tableau 3. Différenciation entre la DAI et l'escarre (adaptation de Back et al., 2011 et Beekman et al., 2011 ; publié par Wounds International, 2015)**

Paramètre	DAI	Escarre
<b>Antécédents</b>	Incontinence urinaire et/ou fécale	Exposition à une pression/un cisaillement
<b>Symptômes</b>	Douleur, brûlure, démangeaison, picotement	Douleur
<b>Emplacement</b>	Affecte la zone périnéale, péri-génitale, péristomiale ; les fesses ; le repli fessier ; les parties postérieures et médianes du haut des cuisses ; le bas du dos ; peut s'étendre sur les saillies osseuses	Généralement sur les saillies osseuses ou associée à l'emplacement d'un dispositif médical
<b>Forme/contours</b>	La zone affectée est étendue avec des contours peu définis/ peut former une plaque	Contours ou bords prononcés
<b>Présentation/ profondeur</b>	Peau intacte avec érythème (blanchiment/pas de blanchiment à la pression), avec/sans perte superficielle/partielle de l'épaisseur de la peau 	1. La présentation varie d'une peau intacte avec un érythème sans blanchiment à la pression à la perte complète d'épaisseur cutanée 2. La base de la plaie peut présenter un tissu non viable 
<b>Autre</b>	Présence possible d'infection cutanée superficielle secondaire (par ex., candidose)	Présence possible d'infection secondaire des tissus mous

**Tableau 4. Outil Ghent de classification de la DAI (Beekman et al., 2018)**

Catégorie 1 : Rougeur persistante	Catégorie 2 : Perte tissulaire
<p><b>1A - Rougeur persistante sans signe clinique d'infection</b></p>  <p><b>Critère critique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rougeur persistante</li> </ul> <p>Diverses teintes de rougeurs peuvent être présentes. Chez les patients dont le teint est plus foncé, la peau peut être plus claire ou plus foncée que la normale, ou de couleur violette.</p> <p><b>Critères supplémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zones marquées ou décoloration due à un défaut cutané antérieur (guéri)</li> <li>Aspect brillant de la peau</li> <li>Peau macérée</li> <li>Vésicules et/ou bulles intactes</li> <li>La peau peut être tendue ou enflée à la palpation</li> <li>Brûlure, picotement, démangeaison ou douleur</li> </ul>	<p><b>2A - Perte tissulaire sans signe clinique d'infection</b></p>  <p><b>Critère critique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perte tissulaire</li> </ul> <p>La perte tissulaire peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules ou de bulles endommagées/s/érodées), de dénudation ou d'excoriation. Le motif des lésions cutanées peut être diffus.</p> <p><b>Critères supplémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rougeur persistante</li> </ul> <p>Diverses teintes de rougeurs peuvent être présentes. Chez les patients dont le teint est plus foncé, la peau peut être plus claire ou plus foncée que la normale, ou de couleur violette</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zones marquées ou décoloration due à un défaut cutané antérieur (guéri)</li> <li>Aspect brillant de la peau</li> <li>Peau macérée</li> <li>Vésicules et/ou bulles intactes</li> <li>La peau peut être tendue ou enflée à la palpation</li> <li>Brûlure, picotement, démangeaison ou douleur</li> </ul>
<p><b>1B - Rougeur persistante avec signes cliniques d'infection</b></p>  <p><b>Critère critique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rougeur persistante</li> </ul> <p>Diverses teintes de rougeurs peuvent être présentes. Chez les patients dont le teint est plus foncé, la peau peut être plus claire ou plus foncée que la normale, ou de couleur violette.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Signes d'infection</li> </ul> <p>Par exemple une décoloration blanche de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à la <i>Candida albicans</i>).</p> <p><b>Critères supplémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zones marquées ou décoloration due à un défaut cutané antérieur (guéri)</li> <li>Aspect brillant de la peau</li> <li>Peau macérée</li> <li>Vésicules et/ou bulles intactes</li> <li>La peau peut être tendue ou enflée à la palpation</li> <li>Brûlure, picotement, démangeaison ou douleur</li> </ul>	<p><b>2B - Perte tissulaire avec signes cliniques d'infection</b></p>  <p><b>Critère critique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perte tissulaire</li> </ul> <p>La perte tissulaire peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules ou de bulles endommagées/s/érodées), de dénudation ou d'excoriation. Le motif des lésions cutanées peut être diffus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Signes d'infection</li> </ul> <p>Par exemple une décoloration blanche de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à la <i>Candida albicans</i>), tissu nécrosés mous visibles dans le lit de la plaie (jaune/brun/grisâtre), aspect vert dans le lit de la plaie (suggérant une infection bactérienne à la <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), taux d'exsudats excessif, exsudat purulent (pus) ou aspect brillant du lit de la plaie.</p> <p><b>Critères supplémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rougeur persistante</li> </ul> <p>Diverses teintes de rougeurs peuvent être présentes. Chez les patients dont le teint est plus foncé, la peau peut être plus claire ou plus foncée que la normale, ou de couleur violette</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zones marquées ou décoloration due à un défaut cutané antérieur (guéri)</li> <li>Aspect brillant de la peau</li> <li>Peau macérée</li> <li>Vésicules et/ou bulles intactes</li> <li>La peau peut être tendue ou enflée à la palpation</li> <li>Brûlure, picotement, démangeaison ou douleur</li> </ul>

# Dermatite péristomiale

Il est nécessaire d'uniformiser et de promouvoir une meilleure compréhension du langage et de la terminologie associés à la dermatite péristomiale. Le terme « stomie » fait référence à toute ouverture chirurgicale pratiquée dans un organe creux, en particulier à la surface du corps pour mener à l'intestin ou à la trachée. Une stomie abdominale est l'abouchement d'une partie de l'intestin à la paroi abdominale pour permettre de déverser les déchets dans une poche portée à l'abdomen. Les stomies peuvent être placées à n'importe quel endroit du tractus gastro-intestinal et les stomies urinaires sont l'abouchement de l'urètre à une partie de l'iléon réséqué depuis la continuité GI et utilisé comme conduit ; une trachéostomie est une stomie dans le vrai sens du terme, mais est créée afin de dégager les voies respiratoires.

La dermatite péristomiale fait référence aux lésions cutanées situées à l'endroit même où la peau est en contact avec les sécrétions/liquides/effluents/produits de la stomie. La dermatite péristomiale est le fruit d'une inflammation ou de l'érosion de la peau à cause de l'humidité provenant des selles, de l'urine et des irritants chimiques à la jonction muco-cutanée et pouvant s'étendre tout autour pour affecter la peau environnante. Plus de 50 % des personnes présentant des stomies rencontrent des problèmes de fuites (Woo et al., 2017). Une étude complémentaire a montré qu'environ un tiers des patients avec une stomie et suivis pendant 5 ans ont eu des complications cutanées dans les 90 jours suivant l'intervention chirurgicale (Taneja et al., 2017). Les patients qui vivent avec une iléostomie ont plus de chances de souffrir de MASD péristomiales que les patients avec une colostomie (Colwell et al., 2017 ; Nagano, 2019).

## Facteurs de risque

Les facteurs suivants augmentent le risque de développer une dermatite péristomiale (Hoeflok et al., 2017) :

- Anatomie abdominale : peau qui plisse lors des changements de position (debout, assis, couché)
- Emplacement de la stomie (par ex., dans le tractus GI)
- Construction de la stomie, y compris degré de protrusion et position de la lumière sur l'abdomen
- Technique de changement de la poche incorrecte et/ou durée de port
- Transpiration excessive ou exposition à une humidité extérieure, qui peut entraver la capacité de fixation de la plaque de base de la stomie, permettant aux effluents d'entrer en contact avec la peau (par ex., douche, piscine)
- Valeurs incorrectes concernant le nombre de types différents de stomies à prendre en compte pour une gestion efficace.

## Protection de la peau et prise en charge

La poche doit être régulièrement réexaminée afin de s'assurer qu'elle est bien raccordée et dotée d'une barrière cutanée adaptée au type de déchets. Pour les stomies abdominales, la première ligne de protection doit garantir la propreté et la sécheresse de la peau avant l'application de la poche et se concentrer sur le raccord et l'étanchéité (c'est-à-dire dimensionnement de l'ouverture et adaptation aux contours du corps).

En cas de dermatite/lésion cutanée, des produits topiques (par ex., poudres, pâtes, anneaux de protection cutanée) peuvent être utilisés pour absorber l'humidité, assurer une barrière physique supplémentaire, réduire l'irritation existante et permettre une adhérence adaptée du pansement hydrocolloïde.

La protection cutanée doit être envisagée pour les patients sujets aux dommages cutanés et pour ceux présentant un risque de développer des lésions cutanées dues aux adhésifs médicaux. Chez les patients dont la zone péristomiale est dénudée, l'application de dispositifs de stomie peut être difficile et inconfortable. Par conséquent, des produits de protection avancés à base de polymères doivent être appliqués pour protéger la peau, favoriser la cicatrisation et soulager l'inconfort. Les films protecteurs à base de terpolymères d'acrylate agissent comme un substrat sacrificiel entre la peau et le pansement hydrocolloïde et peuvent être envisagés pour prévenir les lésions cutanées provoquées par les adhésifs

**La protection cutanée doit être envisagée pour les patients sujets aux dommages cutanés et pour ceux présentant un risque de développer des lésions cutanées provoquées par les adhésifs médicaux.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

**Une protection cutanée autour d'une sonde peut être requise, par exemple pour soigner les patients avec une trachéostomie, une gastrostomie ou une jéjunostomie**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Le cas échéant, prendre des mesures pour identifier toute cause sous-jacente supplémentaire de dermatite péristomiale.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Le cas échéant, utiliser des films protecteurs et des produits de retrait d'adhésif pour prévenir les lésions cutanées causées par les adhésifs péristomiaux médicaux.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Décrire et documenter les signes et les symptômes observés dans toutes les dermatites péristomiales.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

médicaux. Si la source d'humidité est l'exsudat d'une plaie, un pansement absorbant adapté doit être appliqué. Il est également important d'identifier la cause sous-jacente des plaies profondes, qui peuvent être liées à des maladies (par ex., pyoderma gangrenosum) et d'exclure les lésions liées à la pression (par ex., une ceinture trop serrée).

### **Lésions liées aux adhésifs péristomiaux**

Des lésions cutanées causées par les adhésifs médicaux peuvent se produire lors des soins de la stomie. Le terme « lésions cutanées causées par les adhésifs péristomiaux médicaux » (PMARSI, en anglais) a été défini comme « une altération de l'intégrité cutanée par un érythème et/ou d'autres altérations cutanées comme les déchirures cutanées, l'érosion, les cloques et les vésicules qui apparaissent après le retrait d'un système adhésif de poche de stomie » (Le Blanc et al., 2019). La définition n'inclut pas l'examen de 30 minutes généralement recommandé pour les lésions cutanées causées par les adhésifs médicaux (McNichol et al., 2013), car de nombreux patients équipés d'une stomie ne peuvent pas retirer leur poche pendant une période aussi longue. Le Blanc et al. (2019) ont également affirmé que l'arrachement de la peau (retrait ou déchirure de l'épiderme lors de l'enlèvement de la plaque frontale adhésive) est une forme relativement courante de lésion cutanée causée par les adhésifs péristomiaux médicaux. Même si les preuves font défaut, il a été observé que ces blessures sont fréquemment associées à un traumatisme provoqué involontairement lors du retrait des produits adhésifs.

Les stratégies de prévention et de prise en charge des lésions cutanées causées par les adhésifs péristomiaux médicaux sont étroitement liées, y compris l'évaluation de la technique individuelle d'application ou de retrait de la barrière cutanée de la stomie. La prise en charge se base sur l'identification du type de lésion cutanée causée par les adhésifs péristomiaux médicaux, à savoir l'arrachement de l'épiderme, les déchirures cutanées et les blessures de tension (Le Blanc et al., 2019). Les films protecteurs à base de terpolymères d'acrylate peuvent faire office de couche sacrificielle entre la peau et le dispositif adhésif de la stomie. Les produits de retrait d'adhésif peuvent également s'avérer utiles.

### **Classification et documentation**

Même si plusieurs systèmes sont disponibles - par ex., Guide des peaux stomisées (Martins et al., 2010), L'algorithme des stomies (Beitz et al., 2010), Echelle des lésions péristomiales (Menin et al., 2018) - il n'existe actuellement aucun système de classification uniforme pour la dermatite péristomiale ou les lésions cutanées causées par les adhésifs péristomiaux médicaux. Certaines classifications existent, mais ne sont pour le moment pas adaptées dans ce cas. Afin d'améliorer les soins, une normalisation s'impose, et la documentation sur la dermatite péristomiale est par conséquent importante.

L'objectif est le suivant :

- Normaliser la tenue des registres de soins cutanés péristomiaux
- Guider les soins futurs et améliorer les résultats
- Faciliter le signalement des incidents
- Encourager la recherche

Des recherches complémentaires sont nécessaires sur la prévalence de la dermatite péristomiale et les lésions cutanées causées par les adhésifs péristomiaux médicaux, puisque la documentation est primordiale dans ce domaine (Le Blanc et al., 2019 ; Yates et al., 2017). Il peut également s'avérer indispensable de travailler conjointement avec les infirmières spécialisées dans les soins des stomies (SCN, ET ou WOC) en cas de problèmes non résolus (Colwell et al., 2011).

# Dermatite intertrigineuse

La dermatite intertrigineuse (également connue sous le nom d'intertrigo) est une inflammation clinique qui se développe sur les surfaces cutanées opposées suite à des frottements, de l'humidité et une circulation d'air réduite (occlusion), à savoir une inflammation issue des liquides corporels piégés dans les plis cutanés soumis à des frottements (Metin et al., 2018 ; Sibbald et al., 2013). Dans la classification CIM-11, elle est décrite comme une « dermatite de contact irritante des plis cutanés (axillaires, sous-mammaires, génito-crural, tablier abdominal) provoquée par des forces de cisaillement de la peau sur la peau. La transpiration, d'autres liquides corporels, l'occlusion et l'obésité contribuent à son développement (EK02.2) » (OMS, 2020).

La dermatite intertrigineuse peut se manifester partout où deux surfaces cutanées sont en contact, comme les espaces interdigitaux des pieds et des mains. Cependant, la dermatite intertrigineuse est plus fréquente dans les grands plis cutanés naturels du corps comme les zones axillaire, infra-mammaire, ombilicale, périnéale et inguinale (Kalra et al., 2014 ; Metin et al., 2018).

La dermatite intertrigineuse a tendance à être négligée dans la littérature sur les MASD. Une étude menée sur la population allemande a indiqué qu'une personne âgée sur 6 en établissement de soins infirmiers souffre de dermatite intertrigineuse (Gabriel et al., 2019). Aux Pays-Bas, la prévalence générale est plus élevée pour les soins à domicile, avec environ 10 %, suivis des établissements de soins infirmiers à environ 7 % (Kottner et al., 2020). Nous manquons d'essais cliniques bien conçus pour étudier les traitements couramment utilisés pour traiter ou prévenir la dermatite intertrigineuse (Mistiaen et van Halm-Walters, 2010 ; Sibbald et al., 2013). De plus, malgré de nombreux traitements, il n'existe pas assez de preuves sur leur efficacité (Black et al., 2011 ; Mistiaen et van Halm-Walters, 2010).

## Identification des facteurs de risque

Un certain nombre de facteurs de risque ont été pris en considération, parmi lesquels l'hyperhidrose, l'immunodéficience, le diabète sucré, l'immobilité, les grands plis cutanés et l'obésité (Woo et al., 2017) ; tous les facteurs de risque de la dermatite intertrigineuse sont amplifiés par les environnements chauds et humides (Sibbald et al., 2013). Même si la dermatite intertrigineuse peut toucher une grande variété de patients, elle est fortement associée à l'obésité et à la dépendance vis-à-vis des soins cutanés (Gabriel et al., 2019 ; Kottner et al., 2020), il existe de plus un lien entre le degré d'obésité et l'incidence de la dermatite intertrigineuse (Shareef et al., 2018).

Un tout récent groupe présentant un risque élevé de développer une dermatite intertrigineuse regroupe les anciens patients obèses, qui ont connu une perte importante de poids, mais ont conservé de grandes quantités de peau en excès et des plis cutanés extrêmes, qui peuvent nécessiter une réduction chirurgicale des tissus (Acartuk et al., 2004).

## Identification et classification

Actuellement, aucun outil d'évaluation des risques standardisé n'est utilisé pour la dermatite intertrigineuse. Un programme de prévention pour les individus à risque peut inclure la perte de poids, un programme d'hygiène des plis cutanés et une détection précoce, ainsi que le traitement des récives (Sibbald et al., 2013).

Le diagnostic de la présence de dermatite intertrigineuse dépend du regroupement des facteurs de risque présents. Les premiers symptômes de la dermatite intertrigineuse comprennent une rougeur et une inflammation de la peau, suivies du risque de développement d'une infection. Les signes cliniques classiques de la dermatite intertrigineuse incluent un érythème des deux côtés des plis cutanés, accompagné de sensations de démangeaison, de picotement et de brûlure.

**Garder les zones cutanées à risque propres et sèches et inspecter régulièrement.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Souligner l'importance de la mise en place de bons principes d'hygiène pour les individus à risque.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

Dans la plupart des cas, la dermatite intertrigineuse est associée à une prolifération bactérienne ou fongique. Par conséquent, il est essentiel de conserver la zone propre et sèche, mais aussi de réduire au maximum les frottements. Chez les patients à risque, en particulier ceux avec des plis cutanés (par ex., lymphœdème, obésité, patients affichant une perte de poids considérable et un excès de peau), il est important d'inspecter régulièrement la peau pour détecter d'éventuels signes de dermatite intertrigineuse.

### **Charge bactérienne et infection secondaire**

Les patients souffrant d'une infection secondaire due à la *Candida* se plaignent souvent de démangeaisons intenses et la zone enflammée possède des contours clairs accompagnés de lésions satellites (NICE, 2018), tandis que l'infection bactérienne se présente souvent sous la forme de lésions rouges « ardentes », avec de l'exsudat et une odeur. En cas d'infection secondaire non résolue, la dermatite intertrigineuse peut se transformer en infection plus grave des tissus mous, comme la cellulite, ou même donner lieu à une septicémie, en particulier chez les patients diabétiques avec une dermatite intertrigineuse interdigitale au pied (Black et al., 2011 ; Kalra et al., 2014).

Il est important d'évaluer et d'examiner la charge bactérienne pour savoir si elle est élevée. Cette charge peut se voir clairement sur la peau (c'est-à-dire sous forme de rougeur intense ou délimitée, pouvant être le signe d'une infection bactérienne). Il est également recommandé de surveiller l'odeur, car sa présence peut indiquer une charge bactérienne élevée.

Il convient de souligner l'importance pour les individus à risque d'appliquer les bons principes d'hygiène de base suivants. Si nécessaire, il est possible d'utiliser un écouvillon pour confirmer la charge bactérienne et une potentielle infection (Voegeli, 2020).

### **Prise en charge de la dermatite intertrigineuse**

Les principes de prise en charge de la dermatite intertrigineuse proposés (Sibbald et al., 2013) suggèrent que la prévention et le traitement de la dermatite intertrigineuse doivent renforcer la fonction de protection contre l'humidité intrinsèque de la peau en se concentrant sur au moins l'un des objectifs suivants :

- Réduire les contacts peau contre peau et les frottements
- Retirer les irritants présents sur la peau et la protéger d'autres expositions à des irritants
- Évacuer l'humidité de la peau affectée et à risque (envisager l'utilisation de produits favorisant l'évacuation de l'humidité)
- Contrôler ou détourner la source d'humidité
- Prévenir une infection secondaire

Des traitements utilisant des agents déshydratants (talc, fécule de maïs), des produits astringents et absorbants, ont été utilisés pour la dermatite intertrigineuse. Toutefois, des études plus récentes montrent que ces agents ne sont pas adaptés à cette utilisation et peuvent aggraver l'irritation (Janniger et al., 2015). Il convient d'éviter d'utiliser des textiles, comme la gaze, des serviettes en tissu ou en papier, placés sur les plis cutanés, car, même s'ils absorbent l'humidité, ils ne lui permettent pas de s'évaporer et la retiennent au contraire, augmentant ainsi le risque de lésions (Sibbald et al., 2013 ; Cunliffe, 2018). Des tissus récents favorisant l'évacuation de la transpiration acheminent l'humidité vers la couche externe du tissu pour permettre au porteur de rester sec et confortable ; ces tissus présentent une surface accrue, permettant une plus importante absorption de l'eau présente sur la peau et un taux d'évaporation plus rapide. Les tissus favorisant l'évacuation de la transpiration sont généralement utilisés entre les plis cutanés et doivent être correctement placés pour permettre à l'humidité de s'évaporer. En l'absence de signes de charge bactérienne accrue, les films protecteurs à base de terpolymère d'acrylate peuvent être employés, puisqu'ils permettent de réduire les frottements entre les plis cutanés.

La dermatite intertrigineuse peut être une importante source d'inconfort et affecter négativement la qualité de vie des patients. Les démangeaisons peuvent poser problème, en particulier en présence d'une infection

**Éliminer la possibilité d'infection avant d'appliquer des produits de soins cutanés.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

**Envisager l'utilisation de textiles favorisant l'évacuation de la transpiration, indiqués dans la prise en charge des plis cutanés.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

fongique. Le grattage incontrôlé d'une démangeaison peut endommager considérablement la peau et entraîner le transfert de l'infection à d'autres parties du corps, en particulier les yeux. Non contrôlée, une infection peut se transformer en inflammation plus grave, avec une érosion, un suintement, une exsudation, une odeur et une macération de la peau, pouvant avoir un impact extrêmement négatif sur la qualité de vie (Metin et al., 2018).

Même si les produits de soins cutanés ne sont généralement pas recommandés, il est possible d'appliquer des crèmes à base de corticoïdes ou d'antifongiques topiques (souvent une combinaison des deux), ainsi que des films protecteurs pour protéger la peau de l'humidité et réduire les frottements (Sibbald et al., 2013 ; Cunliffe, 2018). Un régime de soins structurés de la peau est recommandé chez les individus à risque (Gabriel et al., 2019), et l'utilisation de textiles favorisant l'évacuation de la transpiration, spécialement conçus pour la prise en charge des plis cutanés, est désormais recommandée pour la prévention et le traitement de la dermatite intertrigineuse. Des recherches complémentaires sont indispensables pour évaluer le rôle possible des produits et des films protecteurs dans la réduction des frottements.

Il est important que les patients soient formés sur la prise en charge des plis cutanés et conseillés pour porter des vêtements adaptés, associés à des tenues amples et légères en tissus naturels qui évacuent la transpiration et limitent les contacts peau contre peau (Sibbald et al., 2013). Ces tissus naturels doivent également être utilisés pour le linge de lit, en vue de permettre à l'air de circuler et d'absorber la vapeur d'eau. La dermatite intertrigineuse des orteils peut être évitée en portant des chaussures ouvertes, même les pieds des patients souffrant de diabète doivent faire l'objet de soins pour les protéger (Janniger et al., 2015).

# Macération péri-lésionnelle

**Un film protecteur à base de terpolymères d'acrylate est efficace pour prévenir les dommages de la peau péri-lésionnelle chez les patients souffrant d'un ulcère de jambe veineux.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

**L'état de la peau environnante doit être inclus dans l'examen formel de la plaie.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

**Toutes les causes sous-jacentes d'un excès d'exsudat doivent être identifiées et traitées.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

Même si la production d'exsudat est nécessaire au processus de guérison des plaies, en l'absence de prise en charge adaptée, l'exsudat peut endommager la peau (environnante) péri-lésionnelle (WUWHS, 2019). La peau péri-lésionnelle est particulièrement sensible aux MASD lorsque le volume de drainage dépasse la capacité de gestion des liquides du pansement. En outre, l'application répétée et le retrait des bandes et pansements adhésifs peuvent endommager la couche cornée péri-lésionnelle, augmentant ainsi le risque de lésions cutanées (Colwell et al., 2011 ; Woo et al., 2017).

La prévalence de la macération péri-lésionnelle n'est pas bien documentée, mais il est reconnu que son impact est « considérable » pour les individus et les systèmes des soins de santé (Woo et al., 2017). Une étude internationale à grande échelle menée sur 2 018 patients souffrant de plaies chroniques a révélé que 25 % des personnes interrogées ressentait une douleur autour de la plaie, certainement à cause de la macération péri-lésionnelle et d'une inflammation locale (Price et al., 2008).

La macération péri-lésionnelle retarde la guérison générale de la plaie et est également liée à des niveaux de douleur élevés avant et pendant les changements de pansements (Woo et al., 2017).

L'utilisation d'un film protecteur à base de terpolymères d'acrylate a permis de faciliter la guérison de grandes plaies sans augmenter les coûts ; aussi, l'utilisation d'un film protecteur à base de terpolymères d'acrylate pour la protection de la peau péri-lésionnelle chez les patients souffrant d'ulcère de jambe veineux (UJV) est la stratégie de traitement à privilégier (Guest et al., 2012).

## Identification de la cause

Les causes de l'excès d'exsudat doivent être identifiées pour permettre la prise en charge de la macération péri-lésionnelle. Toute stratégie de prise en charge doit donc traiter les facteurs qui contribuent à des niveaux d'exsudat élevés (et les dommages péri-lésionnels potentiels), ainsi que le volume d'exsudat.

Une inflammation intense et continue est une cause potentielle qui peut être négligée, mais qui doit être examinée et prise en charge si nécessaire. En ce qui concerne les plaies qui ne guérissent pas, l'inflammation intense et continue contribue certainement à la production accrue d'exsudat. Ce phénomène peut également être lié à une infection de la plaie et/ou à la présence de biofilm (Schultz et al., 2011 ; Percival, 2017). Il est important d'établir une distinction entre une infection et une inflammation. La présence d'un œdème localisé peut également entraîner une production plus élevée d'exsudat ; dans ce cas, une compression adaptée doit être mise en place.

Il convient également de tenir compte de l'ensemble des comorbidités, médicaments ou facteurs psychosociaux du patient.

## Choix du pansement

Le choix du pansement est le pilier de la prise en charge des plaies avec exsudat, à l'origine de la macération péri-lésionnelle. En général, les pansements traitent les liquides en les absorbant et/ou en leur permettant de s'évaporer à la surface du pansement (Wounds UK, 2013).

Le pansement doit être sélectionné pour traiter l'exsudat et évacuer l'humidité de la peau environnante afin de prévenir les lésions, le cas échéant. Le type d'exsudat (par ex., viscosité) et son volume doivent être pris en considération dans le choix du pansement.

**Le choix du pansement doit tenir compte de l'exsudat et des problèmes cutanés et doit être adapté au patient et à la plaie.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Examiner les aspects de la gravitation et de la pression du flux d'exsudat lors de l'application du pansement.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

**Réduire les risques de traumatismes cutanés en sélectionnant un pansement adapté, lors de l'application/retrait et en utilisant des produits de protection de la peau.**

## **Déclaration de bonnes pratiques**

Cette dernière doit être propre au patient en fonction des facteurs de prise en charge requis ; il est peut-être intéressant d'essayer différents pansements pour trouver celui le plus adapté aux besoins individuels du patient et au traitement clinique (WUWHS, 2019).

Pour les plaies des membres inférieurs avec un exsudat élevé comme les ulcères de jambe veineux, il est capital d'opter pour des pansements capables de traiter l'exsudat avec une utilisation sous compression. Les effets de la gravité doivent être pris en compte lors de l'application du pansement.

### **Encadré 8 : Propriétés du pansement idéal (adaptation de WUWHS, 2007 ; Dowsett, 2011 ; Vowden et al., 2011)**

- Disponible dans toutes les tailles et formes pour l'ensemble des soins
- Facile à appliquer
- N'exige pas de pansement secondaire
- Confortable/réduit la douleur/application non douloureuse
- Confortable
- Empêche les fuites et la saturation
- Absorbe les odeurs
- Reste intact et en place pendant le port
- Adapté à un port prolongé
- Capacité de gestion des liquides adaptée au niveau d'exsudat
- Conserve sa capacité de rétention sous compression ou avec l'utilisation d'un dispositif de réduction de la charge
- Non traumatique et conserve son intégrité lors du retrait
- Probabilité négligeable d'entraîner une sensibilisation ou de provoquer une réaction allergique
- Acceptable d'un point de vue cosmétique et disponible dans toute une gamme de coloris pour s'adapter aux demandes du patient
- Ne gêne pas une activité physique
- Possibilité de prendre une douche avec le pansement
- Intègre des capteurs/alertes pour le retour d'informations sur la performance du pansement, la nécessité de le changer et l'état de la plaie
- Désactive les facteurs favorisant l'inflammation (c'est-à-dire les métalloprotéases matricielles)
- Économique - prise en compte de facteurs tels que le prix unitaire du pansement par rapport au temps de prise en charge, l'impact potentiel sur la guérison en cas d'utilisation de pansements moins chers, l'approvisionnement

### **Application du pansement**

Lors de l'utilisation de pansements, il est important de tenir compte des problèmes liés à l'exsudat et à la macération péri-lésionnelle potentielle en termes de technique d'application. Par exemple, il convient d'examiner les aspects liés à la gravitation et à la pression du flux de l'exsudat (par ex., en bas d'une plaie à la jambe ou au sacrum pour certains patients ayant des difficultés de mobilité) lors de la l'application du pansement.

Les risques de traumatisme cutané pendant le retrait du pansement/dispositif doivent être minimisés (WUWHS, 2019). L'utilisation de pansements en silicone ou à faible adhérence, de bandes ou de dispositifs de maintien, ainsi que l'application de baumes, crèmes ou films de protection sur la peau péri-lésionnelle peut contribuer à protéger la peau et à réduire le risque de lésions (Bianchi, 2012). En cas d'inflammation de la peau péri-lésionnelle en raison des effets irritants de l'exsudat, l'application d'un corticoïde local peut être indiquée (Woo et al, 2017).





Tous les pansements internes pour cavité (par ex., matériaux en corde, ruban ou bande) doivent être limités à la plaie et ne doivent pas toucher la peau environnante ; le matériau du pansement doit être en contact avec le lit de la plaie et doit supprimer tout espace mort. Cependant, il convient d'éviter de surcharger la cavité (WUWHS, 2019).

Même si des pansements imperméables sont utilisés, il convient de se demander si l'excès d'humidité est dû à la douche/au bain du patient ou à d'autres problèmes quotidiens susceptibles d'avoir un impact sur l'efficacité du pansement.

### **Protection de la peau**

Des produits de protection de la peau doivent être utilisés pour protéger la peau péri-lésionnelle. Des produits de protection à base de polymère avancé peuvent être employés quand les niveaux d'exsudat sont très élevés (par ex., pour les ulcères de jambe veineux) ou lorsque la durée de port du pansement peut être prolongée indépendamment de votre volonté (c'est-à-dire pour les patients qui ne respectent pas régulièrement leurs rendez-vous de suivi du pansement). Les produits de protection formant un film peuvent être envisagés dans le cadre d'un traitement, en cas d'usage et de remplacement fréquent de grandes étendues d'adhésif, comme pour la thérapie par pression négative (TPN).

Les produits de protection cutanée doivent toujours être utilisés conformément aux instructions du fabricant et doivent être adaptés au patient et à la plaie. Par exemple, certains produits de protection de la peau peuvent interférer avec l'adhérence et l'absorption du pansement et ne doivent être utilisés que pour certaines plaies (WUWHS, 2019).

**Des produits de protection de la peau doivent être utilisés pour éviter d'endommager la peau péri-lésionnelle.**

**Déclaration de bonnes pratiques**

# Conclusions

Même si les MASD peuvent être réparties en quatre catégories, elles présentent des facteurs de cause communs. Le plus important n'est pas l'humidité, mais la composition chimique des liquides corporels, les frottements et l'occlusion. Les principales stratégies de soins doivent se concentrer sur l'évaluation des risques, la prévention des facteurs aggravants, l'utilisation d'un parcours de soins adapté et structuré pour préserver l'intégrité de la peau.

Chez tous les patients, les soins personnels doivent être favorisés dans la mesure du possible ; le patient doit être encouragé à s'engager dans son traitement et être informé de l'importance de l'intégrité et la protection de la peau. La capacité personnelle devra être prise en compte afin d'être certain d'obtenir un niveau de capacité et de volonté adapté. Tous les soins personnels doivent être encouragés dans le cadre d'un système d'assistance et le patient doit savoir comment obtenir plus de conseils, le cas échéant.

Alors que les MASD sont de plus en plus reconnues comme un problème majeur, il est évident que nous rencontrons encore des lacunes en termes de connaissances et de pratique. Des recherches complémentaires sont nécessaires sur l'efficacité des produits pour protéger la peau de l'humidité et des irritants, mais aussi réduire les frottements. Dans de nombreux domaines des MASD, aucune documentation normalisée n'est effectuée. La standardisation et la documentation sont essentielles pour la collecte de données et l'établissement de conseils pour les soins et la recherche.

Dans bon nombre de cas, toutes les formes de MASD ont un impact significatif sur le bien-être et la qualité de vie des patients et c'est la raison pour laquelle il est indispensable d'utiliser les bonnes pratiques et de placer le patient au centre des soins.

# Références

- Acartur TO, Wachtman G, Heil B et al (2004) Panniculectomy as an adjuvant to bariatric surgery. *Annals of Plastic Surgery* 53(4): 360-6
- All Wales Tissue Viability Nurse Forum and All Wales Continence Forum (2014) Best Practice Statement on the Prevention and Management of Moisture Lesions Available online at: [www.welshwoundnetwork.org/files/5514/0326/4395/All\\_Wales-Moisture\\_Lesions\\_final\\_final.pdf](http://www.welshwoundnetwork.org/files/5514/0326/4395/All_Wales-Moisture_Lesions_final_final.pdf) (accessed 21.07.2020)
- Bates-Jensen BM, Alessi CA, Al Samarrai NR, Schnelle JF (2003) The effects of an exercise and incontinence intervention on skin health outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51(3): 348-55
- Bayón García C, Binks R, De Luca E et al (2011) Prevalence, clinical management and risks associated with acute faecal incontinence in the critical care setting: the FIRST questionnaire survey. *Critical Care* 15: P480
- Beekman D, Campbell J, Campbell K et al (2015) Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. *Wounds International*. Available online at: [www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward](http://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward) (accessed 6.07.2020)
- Beekman D, Campbell K, Le Blanc K et al (2020) Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. *Wounds International*. Available online at: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/best-practice-recommendations-holistic-strategies-promote-and-maintain-skin-integrity> (accessed 6.07.2020)
- Beekman D, Smet S, Van den Bussche K (2018) Incontinence-associated dermatitis: why do we need a core outcome set for clinical research? *Wounds International* 9(2): 21-5
- Beekman D, Van Damme N, Schoonhoven L et al (2016) Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Available online at [www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011627.pub2/full](http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011627.pub2/full) (accessed 27.08.2020)
- Beekman D, Van den Bussche K, Alves P et al (2018) Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *Br J Dermatol* 178(6):1331-40
- Beekman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S (2014) A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Research in Nursing & Health* 10.1002/nur.21593
- Beele H, Smet S, Van Damme N, Beekman D (2017) Incontinence-associated dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging* 35(1): 1-10
- Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P et al (2010) Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Management* 56(10): 22-38
- Bianchi J (2012) Protecting the integrity of the periwound skin. *Wound Essentials* 1: 58-64
- Black JM, Gray M, Bliss DZ et al (2011) MASD part 2: incontinence associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J Wound Ost Continence Nurs* 38(4): 359-70
- Colwell JC, Ratcliff CR, Goldberg M et al (2011) MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(5): 541-53
- Colwell JC, McNichol L, Boarini J (2017) North America Wound, Ostomy, and Continence and Enterostomal Therapy Nurses Current Ostomy Care Practice Related to Peristomal Skin Issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44(3): 1-5
- Cunliffe T (2018) Intertrigo: clinical guidance. Primary Care Dermatological Society. Available online at: [www.pcds.org.uk/clinical-guidance/intertrigo](http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/intertrigo) (accessed 21.07.2020)
- Doughty D, Junkin J, Kurz P et al (2012) Incontinence-associated dermatitis: Consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, current challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 39(3): 303-15
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019) Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: p88-9
- Gabriel S, Hahnel E, Blume-Peytavi U, Kottner J (2019) Prevalence and associated factors of intertrigo in aged nursing home residents: a multi-center cross-sectional prevalence study. *BMC Geriatrics* 19(1): 105
- Gray M, Black JM, Baharestani MM et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(3): 233-41
- Gray M, Kent D, Ermer-Seltun J, McNichol L (2018) Assessment, selection, use, and evaluation of body-worn absorbent products for adults with incontinence: A WOCN Society Consensus Conference. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 45(3): 243-64
- Guest JF, Taylor RR, Vowden K, Vowden P (2012) Relative cost-effectiveness of a skin protectant in managing venous leg ulcers in the UK. *J Wound Care* 21(8): 389-94, 396-8
- Hoeftok J, Salvadala G, Pridham S et al (2017) Use of convexity in ostomy care: Results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44(1): 55-62
- Janniger CK, Schwartz RA, Szepletowski JC, Reich A (2015) Intertrigo and common secondary skin infections. *Am Fam Physician* 72(5): 833-38
- Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C (2008) Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand* 22(45): 53-8
- Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS (2014) Intertrigo and secondary skin infections. *Am Fam Physician* 89(7): 569-73
- Kottner J, Everink I, van Haastregt J (2020) Prevalence of intertrigo and associated factors: A secondary data analysis of four annual multicentre prevalence studies in the Netherlands. *Int J Nurs Stud* 104: 103437
- Le Blanc K, Whiteley I, McNichol L et al (2019) Peristomal medical adhesive-related skin injury: Results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 46(2): 125-36
- Lichterfeld-Kottner A, El Genedy M, Lahmann N et al (2020) Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 103: 103509
- Martins L, Ayello EA, Claessens I et al (2010) The Ostomy Skin Tool: Tracking peristomal skin changes. *Br J Nurs* 19(15): 960, 932-4
- McNichol, LL, Ayello, EA, Phearman et al (2018) Incontinence-Associated Dermatitis: State of the Science and Knowledge Translation. *Adv Skin Wound Care* 31(11):502-13
- McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M (2013) Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 40(4):365-80
- Menin G, Barbierato M, Peghetti A et al (2018) Design and validation of a 'Peristomal Lesion Scale' for peristomal skin assessment. *Int Wound J* 16: 960
- Metin A, Dilek N, Bilgili SG (2018) Recurrent candidal intertrigo: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 11: 175-85
- Mistain P, van Halm-Walters M (2010) Prevention and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: a systematic review. *BMC Nursing* 9: 12
- Percival SL (2017) Importance of biofilm formation in surgical infection. *Br J Surg* 104: e85-94
- Price PE, Fagervik-Morton H, Mudge EJ et al (2008) Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. *Int Wound J* 5(2): 159-71
- Schultz GS, Davidson JM, Kirsner RS et al (2011) Dynamic reciprocity in the wound environment. *Wound Rep Reg* 19(2): 134-48
- Shareef RA, Prasad PVS, Kaviarasan PK (2018) Cutaneous markers of obesity. *Int J Res Med Sci* 6(11): 3562-66
- Sibbald RG, Kelley J, Kennedy-Evans KL et al (2013) A practical approach to the prevention and management of intertrigo, or moisture-associated skin damage, due to perspiration: Expert consensus on best practice. Wound Care Canada. Available online at: [www.woundscanada.ca/docman/public/71-bpr-prevention-management-fall-2013/file](http://www.woundscanada.ca/docman/public/71-bpr-prevention-management-fall-2013/file) (accessed 6.07.2020)
- Taneja C, Netsch D, Rolstad BS et al (2017) Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44(4): 350-7
- Van Damme N, Clays E, Verhaeghe S et al (2018) Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: a cross-sectional observational study in 48 ICU units. *International Journal of Nursing Studies* 81: 30-9
- Van den Bussche K, Kottner J, Beele H et al (2018) Core outcome domains in incontinence-associated dermatitis research. *J Adv Nurs* 74(7): 1605-17
- Voegeli D (2020) Intertrigo: causes, prevention and management. *Br J Nurs* 29(12): 516-22
- Wishin J, Gallagher TJ, McCann E (2008) Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(1): 104-10
- Woo KY, Beekman D, Chakravarthy D (2017) Management of moisture-associated skin damage: A scoping review. *Adv Skin Wound Care* 30(11): 494-501
- Woo KY, Coultts PM, Price P et al (2009) A randomized crossover investigation of pain at dressing change comparing 2 foam dressings. *Adv Skin Wound Care* 22: 304-10
- World Union of Wound Healing Societies (2019) Wound exudate: Effective assessment and management. Available online at: [www.woundsinternational.com/resources/details/wuwhs-consensus-document-wound-exudate-effective-assessment-and-management](http://www.woundsinternational.com/resources/details/wuwhs-consensus-document-wound-exudate-effective-assessment-and-management) (accessed 10.06.2020)
- Wounds UK (2013) Best Practice Statement. Effective exudate management. London: Wounds UK. Available at: [www.wounds-uk.com](http://www.wounds-uk.com)
- Yates S, McNichol L, Heinecke SB, Gray M (2017) Embracing the concept, defining the practice, and changing the outcome: Setting the standard for medical adhesive-related skin injury interventions in WOC Nursing Practice. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 44(1): 13-7



**Wounds**  
INTERNATIONAL