

Les ulcères artériels aux membres inférieurs **partie 2**

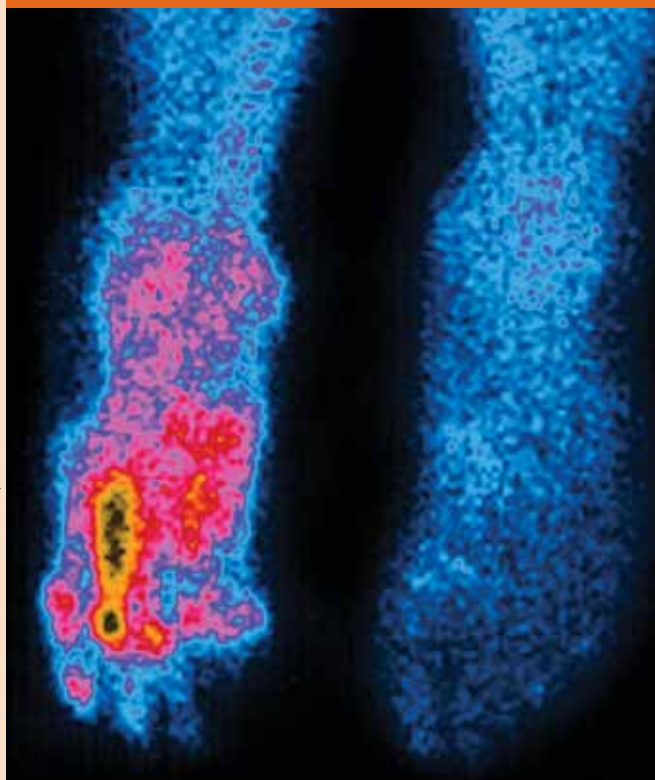
Des plaies complexes à traiter

Par **Diane St-Cyr**, inf. certifiée en stomothérapie (C), B.Sc., M.Éd.

Objectif pédagogique

Cette série de deux articles permettra à l'infirmière de reconnaître les signes de la maladie vasculaire athérosclérotique, de connaître les principaux tests diagnostiques, d'évaluer les ulcères artériels aux membres inférieurs et d'appliquer le meilleur traitement afin de réduire les complications et de soulager son patient.

Ce deuxième article présente les caractéristiques des ulcères artériels aux membres inférieurs et leurs traitements.



© BSP, Cavallini, James / Science Photo Library

Tomoscintigraphie au gamma d'un ulcère ischémique chez un client diabétique. La tomoscintigraphie au gamma capte la radiation du gamma, un isotope radioactif qui a été injecté dans la circulation sanguine. L'examen révèle un flux sanguin diminué dans la zone de l'ulcère sur la face latérale du pied droit (zones jaune/rouge/rose avec un centre noir). Ce patient a déjà perdu deux orteils nécrotiques par amputation.

Bien évaluer un ulcère artériel permet de déterminer le meilleur traitement et d'améliorer la qualité de vie de votre patient en le soulageant et en réduisant le risque de complications.

Les caractéristiques

À l'évaluation de la lésion, il est important d'obtenir des réponses aux questions suivantes :

- Le patient a-t-il déjà eu un ou des ulcères aux membres inférieurs ?
- Où précisément ?
- Y a-t-il eu un événement déclencheur ? Par exemple, un traumatisme.
- Quels traitements a-t-on utilisés ?
- Combien de temps a-t-il fallu à la lésion pour se cicatriser ?

Ces caractéristiques permettent de découvrir l'étiologie artérielle des plaies situées sur les jambes. Le Tableau 1 les résume.

Les soins

L'amélioration du flux artériel, les soins locaux de la plaie, la prévention de l'infection et l'enseignement dispensé à la clientèle pour qu'elle abandonne les habitudes de vie qui

Tableau 1 Caractéristiques des ulcères artériels aux membres inférieurs

| Paramètres | Caractéristiques |
|-------------------|---|
| Site | <ul style="list-style-type: none"> ■ Orteils. ■ Points de pression (talon, côtés du pied). ■ Proéminences osseuses (tibia, malléoles). |
| Taille | <ul style="list-style-type: none"> ■ Souvent petits ; s'agrandissent rapidement s'il y a détérioration du flux artériel. |
| Forme | <ul style="list-style-type: none"> ■ Souvent ronds. |
| Bords | <ul style="list-style-type: none"> ■ Bien délimités comme à l'emporte-pièce. |
| Profondeur | <ul style="list-style-type: none"> ■ Souvent profonds. ■ Structures visibles : tendon, fascia, muscle, os, capsule articulaire. |
| Lit de la plaie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Pâle avec nécrose humide grise ou jaunâtre. ■ Escarre brune ou noire. |
| Exsudat | <ul style="list-style-type: none"> ■ Peu abondant. |
| Peau environnante | <ul style="list-style-type: none"> ■ Mince, sèche, fragile, pâle ou rougeur déclive. |
| Douleur | <ul style="list-style-type: none"> ■ Souvent importante en présence d'escarres. |

Sources : Ermer-Seltun, 2012 ; Holloway, 2007 ; Norgren *et al.*, 2007 ; OllQ, 2007 ; Sieggreen *et al.*, 2008.

Soulager la douleur

Rappelons que la douleur ressentie par ces patients est très vive. L'intensité de la douleur augmente au fur et à mesure que l'ischémie s'aggrave ; la douleur devient alors continue.

Parmi les soins, le contrôle de la douleur est une priorité. Il améliore non seulement la perfusion artérielle des clients aux prises avec la MVAS, mais également leur qualité de vie (Woelk, 2012). Le soulagement de la douleur favorise par exemple le sommeil, l'appétit et la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne.

Les opiacés sont la pierre angulaire de la gestion de la douleur associée à la MVAS (Woelk, 2012). Les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticonvulsivants, les antidépresseurs et la méthadone sont des options pharmacologiques qui peuvent contribuer à réduire la douleur chez cette clientèle (Houghton *et al.*, 2013 ; Woelk, 2012). La nitroglycérine topique, de par son effet de vasodilatateur est une autre option pour augmenter le flux artériel localement. L'application d'onguent (Nitrol^{MD}) ou de timbres cutanés (Nitro-Dur^{MD} 0,4 ou 0,6 mg) peut aussi soulager la douleur (OIIQ, 2007 ; Jimenez et Whitney-Caglia, 2012).

constituent des facteurs de risque de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) font partie de l'éventail des soins à donner à la personne ayant un ulcère artériel (Doughty, 2012 ; Marston *et al.*, 2006).

Améliorer le flux artériel. La première préoccupation doit viser l'amélioration de la circulation artérielle, car il existe une corrélation entre le potentiel de cicatrisation d'un ulcère artériel et une irrigation tissulaire suffisante en oxygène et nutriments (Doughty, 2012).

L'étude de Marston *et al.* (2006), qui traitait des clients ayant des ulcères artériels sans pontage ni angioplastie, a aussi mis en évidence l'importance de soulager la pression sur le site de l'ulcère. Cette étude a également démontré que le traitement médical des ulcères artériels (critère d'inclusion : indice de pression systolique cheville bras (IPSCB < 0,7) était possible mais lent. Plusieurs ulcères ont mis plus d'une année à guérir. Les clients qui avaient un IPSCB de moins de 0,5 étaient plus à risque de subir une amputation.

Les mesures entreprises pour améliorer le flux artériel comprennent les procédures de revascularisation, soit les pontages et les angioplasties percutanées qui sont de plus en plus fréquentes (Lumsden *et al.*, 2009), la gestion des facteurs de risque pour réduire la progression de la MVAS, l'administration de médicaments tels des agents antithrombotiques et vasoactifs et le recours à l'oxygénothérapie hyperbare (Doughty, 2012 ; OIIQ, 2007). Parce qu'ils créent une pression sur le site

de la plaie, le port de chaussures trop serrées et les bandages constrictifs sont à éviter.

Les soins locaux. Les soins locaux des ulcères artériels sont semblables à ceux de tous les autres types de plaies et comprennent le débridement, la prévention de l'infection et la cicatrisation en milieu humide (Doughty, 2012 ; Marston *et al.*, 2006 ; OIIQ, 2007). Cependant, il faut insister sur la différence de traitement quand il s'agit d'ulcères artériels nécrotiques et fermés (Doughty, 2012). Le Tableau 2 illustre et résume les soins locaux selon l'aspect des ulcères.

Prévention de l'infection et traitements. Typiquement, les ulcères artériels ont peu d'exsudat et leur risque d'infection est élevé. Les pansements qui hydratent la plaie créant de l'humidité et qui ont en plus un effet antimicrobien sont particulièrement recommandés. De plus, la couche externe du pansement ne devrait pas être occlusive.

La peau autour de la lésion est très fragile. Les pansements non adhérents avec une couche de contact de silicone sont indiqués. On peut utiliser un protecteur cutané liquide ou une crème barrière pour protéger la peau environnante contre la macération (Doughty, 2012).

Lorsque le potentiel de cicatrisation de l'ulcère est connu (IPSCB de plus de 0,5) et que le lit de la plaie présente une nécrose humide (jaune, blanchâtre ou grisâtre) avec peu d'exsudat, le débridement autolytique à l'aide d'un

hydrogel isotonique appliqué quotidiennement peut être amorcé. De plus, un nettoyage quotidien permettra de déloger les débris nécrotiques liquéfiés par l'action de l'hydrogel, ce qui accélère le processus de débridement.

Il est recommandé d'effectuer ce nettoyage avec de la solution saline physiologique à l'aide d'une seringue de 30 ml munie d'une aiguille ou d'un cathéter périphérique de calibre 20, ce qui permet à la pression de l'irrigation d'atteindre 8 lb par po et d'optimiser le traitement en combinant débridements mécanique et autolytique.

Trois à sept jours après le début de ce traitement, il est important que l'infirmière évalue la progression du débridement. S'il n'a pas ou n'a eu que peu de résultats, on pourra considérer un débridement enzymatique pour donner à l'autolyse naturelle une aide externe supplémentaire. La collagénase, seule enzyme disponible au Canada (Santyl^{MC}), procure un débridement plus rapide que le processus naturel (Sibbald *et al.*, 2006).

Les ulcères artériels nécrotiques et fermés, couverts d'une escarre intacte (couche dure noire ou brunâtre) et sèche, doivent être traités différemment surtout chez les clients qui présentent un faible flux artériel. En fait, le tissu nécrotique sec qui recouvre la plaie la protège contre la pénétration des microorganismes, diminue le risque d'infection et conséquemment le risque d'une amputation (Doughty, 2012). Utiliser quotidiennement une solution Proviodyne 10 % ou chlorhexidine 0,5 % pour désinfecter et assécher l'ulcère et le recouvrir d'un pansement sec pour le protéger contribuent à réduire la charge microbienne et le risque d'infection (OIIQ, 2007).

Soulager la douleur. Les mesures antidouleur contribuent à l'amélioration du flux artériel et de la qualité de vie des patients (voir Encadré).

L'orteil

Généralement, soigner un orteil gangrené présentant du tissu nécrotique sec consiste à le désinfecter quotidiennement à l'aide de solutions antiseptiques (Proviodyne 10 % ou chlorhexidine 0,5 %) et à le recouvrir d'un pansement sec protecteur.

Les désinfectants favorisent le processus d'auto-amputation naturel des orteils (Ollq, 2007). Ce processus est encouragé lorsqu'un orteil nécrotique présente les signes d'une gangrène bien démarquée. Les auteurs Fikri *et al.*, (2011) recommandent d'ailleurs cette approche comme première stratégie pour la clientèle diabétique. Les tissus nécrotiques se dessèchent, s'atrophient et la portion nécrotique distale de l'orteil devient mobile et peut se détacher spontanément, sans laisser de plaie ouverte.

Pendant l'évolution de ce processus, il faut toutefois évaluer attentivement et périodiquement l'état de l'orteil nécrotique pour s'assurer qu'il n'y a pas d'articulation ouverte dans la plaie. Lorsque l'orteil est désarticulé et que la capsule articulaire est ouverte, le risque d'une infection profonde est élevé. Le médecin doit rapidement être informé de ces signes, car ils indiquent souvent la nécessité d'amputer partiellement ou complètement l'orteil afin de prévenir une infection profonde qui pourrait menacer le pied ou la jambe.

Lorsque plusieurs orteils sont nécrotiques, il est important de les maintenir séparés les uns des autres à l'aide de tampons d'alcool ou de gazes sèches. Cette mesure vise à permettre l'assèchement de chaque orteil et à accélérer l'auto-amputation. Si les orteils gangrenés n'ont pas été séparés, ils risquent de se fusionner et de former une masse nécrotique qui nuit au processus d'auto-amputation et le ralentit, favorisant ainsi l'infection.

Enseignement

L'enseignement est essentiel pour réduire les facteurs causaux et prédisposants de la MVAS et en ralentir la progression. Modifier certaines habitudes de vie ou recourir à des traitements médicamenteux sont des moyens d'éliminer ou de diminuer plusieurs facteurs de risque. Des mesures pour favoriser la cessation tabagique, le contrôle de la glycémie, de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie doivent être mises en place. De même, contrôler l'obésité, pratiquer une activité physique, réduire le stress et briser l'isolement social doivent être encouragés.

Les ulcères artériels sont particulièrement difficiles à traiter sans procé-

Tableau 2 Soins locaux selon l'aspect des ulcères artériels

| Aspect | Soins locaux |
|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> Nettoyage quotidien de la plaie. Irrigation avec de la solution saline physiologique à l'aide d'une seringue de 30 ml munie d'une aiguille ou d'un cathéter périphérique de calibre 20 (débridement mécanique). Application quotidienne d'hydrogel isotonique et couvrir d'un pansement non-adhérent. Évaluation du traitement après 3 à 7 jours. <ul style="list-style-type: none"> S'il y a peu ou pas de progrès, envisager un débridement enzymatique. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Désinfection die avec solution de Providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5 % en présence d'allergie à l'iode. Couvrir d'un pansement sec protecteur. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Désinfection die avec solution de Providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5% en présence d'allergie à l'iode. Couvrir d'un pansement sec protecteur. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Désinfection die avec solution de Providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5% en présence d'allergie à l'iode. Couvrir d'un pansement sec protecteur. Informez rapidement le médecin de la présence d'une articulation ouverte et, selon sa recommandation : <ul style="list-style-type: none"> Appliquer le traitement de l'ostéomyélite. Préparer le patient en vue d'une amputation partielle ou complète de l'orteil, pour éviter une amputation plus étendue. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Désinfection die avec solution de Providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5 % en présence d'allergie à l'iode. Appliquer entre les orteils des tampons d'alcool ou des compresses sèches pour les maintenir séparés. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> Désinfection die avec solution de Providine iodée 10 % ou chlorhexidine 0,5% en présence d'allergie à l'iode. Appliquer entre les orteils des tampons d'alcool ou des compresses sèches. Couvrir avec un pansement à charbon activé pour diminuer l'odeur. |

© Tarik Alam

Photos © Diane St-Cyr

dures de revascularisation. Il est important de les reconnaître rapidement en pratique clinique, de connaître la gravité de l'atteinte artérielle, de diriger la clientèle pour une évaluation vasculaire plus approfondie au besoin et de favoriser la revascularisation précoce du membre inférieur. ■

Remerciements : L'auteure remercie Danielle Gilbert, infirmière stomothérapeute, enseignante au Cégep de Lévis-Lauzon, pour la relecture de cet article.

L'auteure



Diane St-Cyr est infirmière stomothérapeute. Elle donne des formations et agit à titre de consultante auprès de différents établissements. Elle a fondé sa propre entreprise. Elle travaille aussi au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et au Centre de stomie Premier, de Montréal.

Il s'agit du second article d'une série de deux traitant des ulcères ischémiques aux membres inférieurs. Le premier article a présenté les facteurs de risque de la maladie vasculaire athérosclérotique, l'étiologie des ulcères artériels et les principaux éléments de l'examen physique. Il a été publié dans le numéro de septembre/octobre 2013, en page 40.

Ces deux articles sont accompagnés d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est disponible sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Références

- Doughty, D.B. et R. Holbrook. « Lower-extremity ulcers of vascular etiology », in R.A. Bryant et D.P. Nix (ss la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts* (4^e éd.), St. Louis (MO), Mosby Elsevier, 2012, p. 178-193.
- Ermer-Seltun, J. « Lower-extremity ulcers of vascular etiology », in R.A. Bryant et D.P. Nix (ss la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts* (4^e éd.), St. Louis (MO), Mosby Elsevier, 2012, p. 169-177.
- Fikri, R., C.D. Bicknell, L.M. Bloomfield, S.P. Lyons, D.G. Samarasinghe, R.G. Gibbs et al. « Awaiting autoamputation: a primary management strategy for toe gangrene in diabetic foot disease », *Diabetes Care*, vol. 34, n° 8, août 2011, e134.
- Holloway, G.A. « Arterial ulcers: Assessment, classification, and management », in D. Krasner, G.T. Rodeheaver et R.G. Sibbald (ss la dir. de), *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (4^e éd.), Malvern (PA), HMP Communications, 2007, p. 443-449.
- Houghton, P., C. Koso et V. Schulz. « Assessing and managing arterial ischemic pain », *Wound Care Canada*, vol. 11, n° 1, 2013, p. 31-32.
- Jimenez, E.R. et L. Whitney-Caglia. « Treatment of chronic lower extremity wound pain with nitroglycerin ointment », *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 39, n° 6, nov./déc. 2012, p. 649-652.
- Lumsden, A.B., M.G. Davies et E.K. Peden. « Medical and endovascular management of critical limb ischemia », *Journal of Endovascular Therapy*, vol. 16, n° 2 Suppl. 2, avril 2009, p. I131-I162.
- Marston, W.A., S.W. Davies, B. Armstrong, M.A. Farber, R.C. Mendes, J.J. Fulton et al. « Natural history of limbs with arterial insufficiency and chronic ulceration treated without revascularization », *Journal of Vascular Surgery*, vol. 44, n° 1, juil. 2006, p. 108-114.
- Norgren, L., W.R. Hiatt, J.A. Dormandy, M.R. Nehler, K.A. Harris, F.G. Fowkes et al. « Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II) », *Journal of Vascular Surgery*, vol. 45 Suppl. 5, janv. 2007, p. S5-S67.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIIQ, 2007, 512 p.
- Sibbald, R.G., H.L. Orsted, P.M. Coufts et D.H. Keast. « Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006 », *Wound Care Canada*, vol. 4, n° 1, 2006, p. 73-86.
- Sieggreen, M.Y., R.A. Kline et R.G. Sibbald. « Arterial ulcers », in S. Baranoski et E.A. Ayello (ss la dir. de), *Wound Care Essentials: Practice Principles* (2^e éd.), Philadelphie (PA), Lippincott Williams & Wilkins HMP Communications, 2008, p. 443-449.
- Woelk, C.J. « Management of critical limb ischemia », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 9, sept. 2012, p. 960-963.



Comment accéder aux questionnaires en ligne relatifs aux articles de *Perspective infirmière*.

Vous avez lu les articles **Les ulcères artériels aux membres inférieurs, parties 1 et 2** et vous souhaitez répondre au questionnaire de validation des acquis.

Comment faire ?

1. Rendez-vous sur la page d'accueil du site de formation continue de l'OIIQ : mistral.oiiq.org
2. Utilisez un des moteurs de recherche pour retrouver l'article et son questionnaire.
3. Sur la page de l'article recherché, cliquez sur le bouton **M'inscrire**.

The screenshot shows the website interface. At the top, there is a search bar with a magnifying glass icon and a 'Recherche avancée' button. Below the search bar, there is a 'Jeu-questionnaire' card. The card displays the following information:

| | |
|--|----------|
| ORGANISATEUR | OIIQ |
| DURÉE | 1 heure |
| NOMBRE D'HEURES ADMISSIBLES DANS LA CATÉGORIE FORMATION ACCRÉDITÉE | 2 heures |

At the bottom of the card, there is a blue button labeled 'M'inscrire'.

PLATEFORME DE TÉLÉAPPRENTISSAGE

Pour un accès facile à la
formation continue



Mistral, c'est quoi ?

- Un répertoire de formations continues pertinentes à la pratique infirmière, offertes en salle et en ligne;
- Des questionnaires d'évaluation des acquis portant sur des articles parus dans *Perspective infirmière*;
- Un registre qui vous permet de noter les formations suivies;
- Des outils de développement pour noter votre parcours professionnel et documenter votre démarche d'amélioration continue de la compétence professionnelle;
- Des documents et des sites d'intérêt relatifs à la formation continue.