



Prévention et traitement de la dermite associée à l'incontinence : implication du pharmacien d'officine

Lorène Marcelin

► To cite this version:

Lorène Marcelin. Prévention et traitement de la dermite associée à l'incontinence : implication du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. hal-03297901

HAL Id: hal-03297901

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297901>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2019

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 06 mai 2019, sur un sujet dédié à :

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA DERMITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE : IMPLICATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Lorène MARCELIN**

Née le 29 avril 1992 à Remiremont

Membres du Jury

Président :	Mme Anne SAPIN-MINET, Maître de Conférences des Universités
Directeur	Mme Sabine POIGNON, Docteur en pharmacie
Juges :	Mme Mathilde HERRY-SIMON, Docteur en pharmacie
	Mme Juliette RETZINGER, Infirmière diplômée d'état

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2018-2019

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Innovation pédagogique

Référente ADE

Référent dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Alexandrine LAMBERT

Virginie PICHON

Dominique DECOLIN

Responsabilités

Filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Julien GRAVOULET

Filière Industrie

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Pharma Plus ENSAIA

Xavier BELLANGER

Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Luc FERRARI

Commission d'agrément des maîtres de stage

François DUPUIS

ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Pierre LEROY

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Alain NICOLAS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Marianne BEAUD

François BONNEAUX

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDIAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

*Section
CNU**

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTEAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Loïc REPPÉL	82	Biothérapie
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine CAPIZZI BANAS	87	Parasitologie
Xavier BELLANGER	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOÎT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique

Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>
ENSEIGNANTS (suite)	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Arnaud PALLOTTA	86	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
PROFESSEUR ASSOCIE		
Julien GRAVOULET	86	<i>Pharmacie clinique</i>
PROFESSEUR AGREGÉ		
Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

A MON PRESIDENT DE THESE

Madame le Professeur Anne SAPIN-MINET,
Maître de conférences de pharmacie galénique

Pour l'honneur que vous me faites de présider et co-diriger cette thèse,
Pour avoir toujours su répondre à mes hésitations et à mes doutes,
Pour vos enseignements,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A MON DIRECTEUR DE THESE

Madame Sabine POIGNON,
Docteur en pharmacie

Pour l'honneur que vous me faites de diriger ce travail,
Pour l'intérêt que vous y avez porté,
Pour m'avoir fait découvrir la DAI,
Pour le partage de vos connaissances et votre précieuse aide,
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MES JUGES

Madame Mathilde HERRY-SIMON,
Docteur en pharmacie

Pour votre disponibilité, vos conseils et votre gentillesse,
Pour avoir accepté de juger ce travail,
Recevez mes sincères remerciements et soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Madame Juliette RETZINGER,
Infirmière diplômée d'état

Pour avoir manifesté de l'intérêt pour cette thèse,
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail,
Soyez assurée de mes sentiments respectueux.

Aux laboratoires 3M et Métanoïa santé, pour avoir accepté de me transmettre de la documentation sur vos produits.

Au docteur Nathalie FAUCHER, pour avoir pris le temps de répondre à mes questions.

A la pharmacie Clairefontaine, c'est un plaisir de travailler avec vous au quotidien.

A mes parents, vous m'avez toujours fait confiance et soutenue dans ce que j'ai entrepris. Je vous remercie pour votre présence à mes côtés.

A mon frère, pour ton soutien.

A mes grands-parents, pour votre gentillesse, votre présence et votre générosité.

A Mickaël, pour m'avoir encouragée et soutenue durant ces études. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

A Adeline, pour ton aide apportée lors de la rédaction de cette thèse et ton soutien depuis toujours, pour tes précieux conseils. Tu es une sœur pour moi.

A Karine, pour ta disponibilité et tes réponses à mes nombreuses questions.

A mes amies du collège **Mathilde et Manon**, pour tous ces fous rires et bonheurs partagés passés et à venir. Que notre amitié dure toujours.

A mes amis de Nancy, **Anaïs, Caroline, Cécile, Charlotte, Juliette, Kim-Nora, Arthur, Jérémie, Marc, Martin, Maxime...** pour ces moments de rigolade, de partage et d'amitié sincère.

A ma marraine, A mon parrain, pour votre affection et votre soutien.

A mon filleul Thomas, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A tous mes amis, ma famille, et belle famille, pour vos encouragements et votre soutien.

Table des matières

<i>Liste des figures</i>	4
<i>Liste des Abréviations</i>	6
<i>Introduction</i>	7
I. La dermite associée à l'incontinence : son étiologie, sa définition générale, sa clinique, ses facteurs de risque	9
I.1. Les incontinenances	9
I.1.1. L'incontinence urinaire	10
I.1.2. L'incontinence fécale	11
I.1.3. L'incontinence double	12
I.2. Structure et fonction de la barrière de la peau	12
I.2.1. Physiologie de la barrière cutanée	13
I.2.2. Le pH cutané	15
I.2.1. Effet de l'incontinence sur la peau	16
I.2.1.1. Les irritants	16
L'urine	16
Les selles	16
I.2.1.2. Effets des irritants sur la peau	17
I.3. Définition de la DAI	19
I.3.1. Prévalence et incidence	20
I.4. Clinique	20
I.4.1. Typographie des lésions	22
I.5. Facteurs de risque de DAI	23
II. Les instruments d'évaluation	27
II.1. Diagnostic différentiel	27
II.1.1. Les plaies de pression	27
II.1.2. Les plaies mycosiques	29
II.1.3. Le psoriasis	30
II.1.4. La dermite de contact	31
II.1.5. Le zona	31
II.1.6. L'herpès génital	32
II.2. Complications	33
II.2.1. DAI infectée	33
II.2.1.1. Surinfection mycosique	34
II.2.1.2. Surinfection bactérienne	34
II.2.2. Risque d'escarre	35
II.3. Evaluation de l'inconfort, de la douleur	36
II.4. Outils d'évaluation de la DAI	38
II.4.1. Outil d'évaluation des risques de DAI	39
II.4.2. Outils d'évaluation de la sévérité de la DAI	39
II.4.3. Recommandations de 2015	40

II.4.4.	Globiad.....	41
II.5.	Dossier de soins du patient atteint de DAI.....	42
II.5.1.	La fiche d'observation	42
II.5.1.	Le tableau de bord.....	43
III.	Prévention et traitement de la DAI	45
III.1.	La prise en charge de l'incontinence.....	45
III.1.1.	Identifier les causes réversibles et les traiter	45
III.1.1.1.	Les interventions comportementales non invasives	45
III.1.1.2.	Les interventions environnementales non invasives	46
III.1.1.3.	Apprécier la fréquence et la sévérité.....	46
III.1.1.4.	L'examen clinique	46
III.1.2.	Les systèmes palliatifs.....	47
III.1.2.1.	Les dispositifs de recueil.....	47
III.1.2.2.	Les changes absorbants.....	48
III.2.	Mise en œuvre d'un protocole structuré de soin	50
III.2.1.	Repérer la DAI	53
III.2.2.	Protocole de nettoyage de la peau	54
III.2.3.	Protocole de réparation de la peau	56
III.2.4.	Protocole de protection de la peau	58
III.2.5.	Différents principes actifs utilisés	60
III.2.5.1.	La vaseline	60
III.2.5.2.	L'oxyde de zinc	61
III.2.5.3.	Le Dexpanthénol 5%	63
III.2.5.4.	La diméthicone	63
III.2.5.5.	Le film polymère	64
III.2.5.6.	L'acide stéarique.....	66
III.2.6.	Association de produits	67
III.2.7.	Evaluer l'efficacité	69
III.3.	Place des pansements dans la prise en charge de la DAI.....	70
III.4.	Économie de la DAI	71
III.5.	Implication du pharmacien : la prévention et la prise en charge en pratique à l'officine	72
III.5.1.	Demande spontanée pour la prise en charge de la DAI à l'officine	72
III.5.2.	Listes non exhaustives de produits non adaptés à la DAI	73
III.5.2.1.	Produits pour l'érythème fessier, demandés dans le cas d'une DAI mais non adaptés.	74
	Les colorants	74
	Le liniment oléo-calcaire	74
	Les pâtes ou pommades à l'oxyde de zinc	74
	Le talc	75
	Les pâtes à l'eau.....	75
III.5.2.2.	Autres produits non adaptés dans le cadre de la DAI	75
	La trolamine.....	75
	Les antiseptiques.....	75
III.6.	Trois fiches pratiques pour une meilleure prise en charge	76
III.7.	Croyances des soignants	81
Conclusion		82

<i>Bibliographie</i>	<i>84</i>
<i>Glossaire.....</i>	<i>96</i>
<i>Annexes.....</i>	<i>98</i>

Liste des figures

Figure 1: Représentation schématique de la structure de la peau	13
Figure 2: Représentation schématique de l'épiderme	13
Figure 3: Représentation schématique du mur de cornéocytes et de lipides	14
Figure 4: Photographies de peaux traitées avec de l'urine synthétique alcaline.....	17
Figure 5: Effet de l'association urine-selles sur le siège	18
Figure 6: Étiologie de la DAI	18
Figure 7: Présence de la DAI dans la classification internationale des maladies	19
Figure 8: Aspect clinique caractéristique, érythème rouge avec peau intacte	21
Figure 9: Erosion de l'épiderme exposant le derme humide	21
Figure 10: Aspect hémorragique	22
Figure 11: Aspect lichénifié	22
Figure 12: Aspect nécrotique, rare	22
Figure 13: Atteinte extensive.....	22
Figure 14: Zones cutanées à risque de DAI chez l'homme et chez la femme	23
Figure 15: Risque de DAI en fonction du type d'incontinence	23
Figure 16: Classification des escarres de stade I et II	27
Figure 17: Mécanismes d'action de la DAI et de l'escarre	28
Figure 18: Candidoses inguinale	30
Figure 19: Psoriasis en plaques	30
Figure 20: Psoriasis inversé du pli inter-fessier	30
Figure 21: Syndrome « Lucky Luke ».....	31
Figure 22: Dermite de contact allergique	31
Figure 23: Syndrome « babouin »	31
Figure 24: Zona	31
Figure 25: Vésicules herpétiques.....	32
Figure 26: Ulcérations herpétiques.....	32
Figure 27: Ulcérations herpétiques périanales	32
Figure 28: Vésicules herpétiques périanales	32
Figure 29: DAI surinfectée par Candida albicans	34
Figure 30: Association conjointe DAI et escarre chez un même patient.....	35
Figure 31: Traduction de l'outil d'évaluation périnéale	39
Figure 32: Outil de catégorisation de la sévérité de la DAI par le groupe d'experts ..	40
Figure 33: Outil GLOBIAD	41
Figure 34: Fiche d'observation de l'état cutané	43
Figure 35: Tableau de bord des lésions de DAI	44
Figure 36: Dispositifs de recueil des urines	47
Figure 37: Dispositifs de recueil des selles	48
Figure 38: Diffusion d'urine sur les changes	49
Figure 39: Différents changes pour incontinences	50

Figure 40: Différents protocoles de soin en fonction de l'état cutané	52
Figure 41: L'impact sur la cicatrisation des lésions d'un protecteur non adapté	62
Figure 42: L'impact du film Cavilon Advanced® sur la cicatrisation de la peau	65
Figure 43: Mode d'action d'Irriprotect®	66
Figure 44: L'importance de la prévention de la DAI/ de la protection de la peau	70

Listes des tableaux

Tableau I: Impacts des changes occlusifs sur la peau	24
Tableau II: Éléments permettant le diagnostic différentiel entre les dermites liées à l'incontinence et les plaies de pression	29
Tableau III: Principaux diagnostics différentiels de la DAI.....	33
Tableau IV: Facteurs de risque d'escarre et de DAI	36
Tableau V: Exemples de nettoyants périnéaux	56
Tableau VI: Avantages et inconvénients de la vaseline	60
Tableau VII: Avantages et inconvénients de l'oxyde de zinc.....	61
Tableau VIII: Avantages et inconvénients du dexpanthénol.....	63
Tableau IX: Avantages et inconvénients de la diméthicone	64
Tableau X: Avantages et inconvénients du film polymère	65
Tableau XI: Avantages et inconvénients de l'acide stéarique	67
Tableau XII: Fonctions principales des produits.....	68

Liste des Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CIM : Classification Internationale des Maladies

DAI : Dermite Associée à l'Incontinence

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ICS : International Continence Society

IASP : International Association for the Study of Pain

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursable

MASD : Moisture Associated Skin Damage

NMF : Natural Moisturizing Factors, facteurs naturels d'hydratation

NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIE : Perte Insensible en Eau ou en anglais TEWL Transepidermal Water Loss

pH : potentiel hydrogène

Introduction

L'une des compétences du pharmacien officinal est d'accompagner les patients dans la prévention et le traitement de leurs pathologies. Ainsi la formation continue et régulière est une notion primordiale pour tous professionnels de santé. Ils suivent la mise à jour des progrès scientifiques ainsi que les évolutions législatives et réglementaires de manière permanente. Or, récemment, en juin 2018, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a publié sa nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11) qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Parmi les nouvelles pathologies inscrites, il y a la dermite associée à l'incontinence (DAI).

Nous avons donc choisi d'étudier la dermite associée à l'incontinence, car il nous semble important pour les professionnels de santé, et les pharmaciens en particulier, de comprendre cette dermite, de la reconnaître, de la prévenir et de la traiter. Le pharmacien a donc un rôle de premier plan à jouer afin de conseiller au mieux les patients.

Il convient tout d'abord de définir les termes de notre sujet. La dermite associée à l'incontinence (DAI) se définit comme une plaie aigue de type dermite irritative de contact causée par l'exposition répétée et prolongée de la peau à l'urine et / ou aux selles. Cette dermite est retrouvée chez des patients atteints d'incontinence transitoire ou acquise. L'origine de la DAI est multifactorielle, les facteurs comme l'humidité, les irritants et les frottements entrent en jeu. Ces facteurs déclenchent une inflammation de l'épiderme aboutissant à sa rupture et sa dégradation sans traitement adapté. Les patients atteints de DAI peuvent ressentir de l'inconfort et de fortes douleurs.

Le professionnel de santé a un rôle fondamental dans la DAI : en amont dans la prévention et en aval dans le traitement curatif. D'un côté, la prévention de la DAI désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher son apparition ou ses conséquences. De l'autre, le traitement repose sur l'ensemble des méthodes employées pour tenter de la guérir.

La prévention et la prise en charge de la DAI est une problématique identifiée depuis peu de temps. Certaines études et publications récentes ont participé à faire connaître la DAI. Pourtant, il semblerait qu'un grand nombre de DAI ne soient pas diagnostiquées à cause de l'ignorance de la symptomatologie par les professionnels de santé. Certaines DAI seraient confondues avec d'autres pathologies cutanées dont la prise en charge diffère.

Compte tenu des éléments cités ci-dessus, un référentiel relatif aux bonnes pratiques a été créé par un groupe d'experts internationaux. Depuis 2015, ces recommandations internationales sont disponibles en français. Nous les examinerons dans cette thèse. Ce référentiel veut combler les lacunes pour faire progresser la prévention. Il semble pertinent, quelques années après la diffusion de ce référentiel, de sensibiliser le personnel à ce diagnostic et d'actualiser les connaissances aux professionnels de santé précédemment sensibilisés. Il est

en effet primordial que le corps médical soit informé de cette pathologie, la reconnaisse et applique les recommandations en vigueur.

Dans une première partie, nous définirons l'incontinence urinaire et fécale. Nous aborderons ensuite l'effet de l'urine et des fèces sur la peau, ainsi que les signes cliniques qui en résultent. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux diagnostics différentiels afin de reconnaître correctement la DAI. Puis, nous avons cherché les outils à disposition des cliniciens pour évaluer les risques, la sévérité et l'évolution suite à la prise en charge. Enfin, nous distinguerons la démarche préventive très similaire à la démarche curative pour une bonne prise en charge du patient. Nous dégagerons l'idée suivante : il est essentiel pour le pharmacien de connaître les protocoles et les produits de soins. Les différentes recherches, les discussions avec les professionnels de santé et la littérature nous ont amené à créer des fiches pratiques destinées aux praticiens, à l'équipe officinale et aux patients. Celles-ci doivent permettre de faciliter la compréhension de la DAI, son diagnostic, sa prévention et son traitement.

I. La dermite associée à l'incontinence : son étiologie, sa définition générale, sa clinique, ses facteurs de risque

I.1. Les incontinenances

La dermite associée à l'incontinence (DAI) résulte d'une exposition de la peau à l'urine et/ou aux selles en raison de l'incontinence. Pour qu'un individu puisse développer ce type de dermite, il doit être incontinent. Par conséquent, une appréciation de l'incontinence est essentielle afin de comprendre la DAI. Les incontinenances comprennent l'incontinence urinaire ou l'incontinence fécale. L'association des deux types d'incontinence est l'incontinence double.

La continence des individus : c'est la capacité à retenir les urines ou les selles entre deux phases mictionnelles ou défécatoires. Elle nécessite une alliance de toutes les structures anatomiques et neurovégétatives normales. Ainsi, les incontinenances résulteront de l'atteinte de l'un ou plusieurs de ces mécanismes. Toutefois, la déficience de l'un d'eux peut être compensée par les autres (VILLET, SALET-LIZEE, ZAFIROPULO, *et al.*, 2001).

Le retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie est important tant au niveau psychologique que social. Les effets émotionnels et sociaux peuvent être dévastateurs pour les patients et leur entourage. Ils comprennent la dépression, le stress, l'isolement, la dégradation de l'image de soi, le dysfonctionnement sexuel et la frustration. Les malades ont une santé perçue plus mauvaise que les sujets indemnes, comme le montre l'étude de KO *et al.* Celle-ci s'intéresse aux personnes âgées de 65 ans et plus, et elle constate que l'impact négatif de l'incontinence urinaire plus important que certaines maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle (KO, LIN, SALMON, *et al.*, 2005). L'étude de GRIMBY *et al* rapporte que les femmes souffrant d'incontinence urinaire sont plus déprimées et sont socialement plus isolées (GRIMBY, MILSOM, MOLANDER, *et al.*, 1993).

L'incontinence est un handicap qui concerne tous les âges, tous les groupes de population et les deux sexes, bien qu'il soit plus fréquent chez les femmes et les personnes âgées. En ville, 10 à 35% des adultes sont incontinents urinaires (NEWMAN, PRESTON, et SALAZAR, 2007). Le nombre d'individu touché par une incontinence urinaire et/ou fécale est élevé.

Une autre répercussion importante de ce syndrome sur les sujets âgés est l'augmentation de la dépendance. Des études montrent que l'incontinence urinaire associée à la démence et à la mobilité réduite, a une prévalence plus élevée dans les établissements de santé (HUNSKAAR, BURGIO, et CLARK, 2005). L'incontinence est aussi considérée comme un facteur clé dans la décision d'institutionnaliser les personnes âgées. Dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), des prévalences d'incontinence supérieures à 50% sont signalées (ZULKOWSKI, 2012).

L'évaluation précise des coûts de l'incontinence est difficile à déterminer. D'une part, du fait de la sous-estimation de la prévalence de l'incontinence et, d'autre part, compte tenu de la difficulté d'évaluer les coûts directs (honoraires des professionnels de santé, thérapeutiques, frais d'hospitalisation, changes...) et les coûts indirects (absentéisme, performance au travail, troubles psychologiques et dépression ...) (MINER, 2004).

I.1.1. L'incontinence urinaire

On définit l'incontinence urinaire comme la plainte d'un malade de l'écoulement de ses urines de façon involontaire par l'urètre. Il s'agit non seulement d'un constat clinique, mais également d'un «vécu cognitif» (FRITEL, 2017). Cette définition tirée de l'*International Continence Society* (ICS) ne fait pas apparaître la notion de quantité, de circonstance de survenue, ni la cause des fuites d'urines.

Il existe de grandes variabilités dans la sévérité et la nature des symptômes. La gravité peut être évaluée par la fréquence des pertes, la quantité des pertes ou les deux. L'incontinence urinaire peut affecter tout type d'individu. L'histoire naturelle est différente pour chaque malade, et différents types d'incontinences peuvent se succéder à différentes périodes de la vie.

Les résultats des études de prévalence dépendent de la définition donnée pour qualifier les incontinences. Ainsi, les auteurs prennent en compte l'aspect clinique et/ou l'aspect physiologique notamment la qualité de vie. Les études varient également selon les questions posées, le mode de recueil des réponses (interview, téléphone, courrier, internet) et la population étudiée (femmes, hommes, âge de la population, population générale, échantillon représentatif...). La comparabilité des études est compliquée et la prévalence de l'incontinence variable. En France, l'incontinence urinaire concerne au moins 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans (AMELI, 2018a). Dans un échantillon représentatif de la population française féminine, la prévalence de l'incontinence urinaire est de 12% chez les 20-24 ans à 33% chez les 75-79 ans (BEDRETDINOVA, FRITEL, PANJO, *et al.*, 2016). Le plus grand nombre des études concernent majoritairement la population féminine, seulement certaines s'intéressent aux hommes. Les études ciblées dans la population masculine ont été menées pour la plupart consécutivement à une prise en charge prostatique. On estime que les fuites urinaires concernent 7 à 8 % des hommes de 65 ans et plus de 28 % des hommes de plus de 90 ans (AMELI, 2018a).

L'âge est le principal facteur de risque des incontinences urinaires. D'un point de vue physiologique, il y a une modification histologique et fonctionnelle des structures anatomiques et une diminution des pressions des sphincters avec le vieillissement. Le système nerveux végétatif qui contrôle la vessie se détériore, ce qui peut provoquer des contractions accidentelles des muscles vésicaux (hyperactivité vésicale). De plus, il y a une inversion du cycle nyctéméral de l'hormone antidiurétique et une meilleure perfusion rénale en décubitus dorsal, on retrouve une augmentation de la diurèse nocturne au détriment de la diurèse diurne (HAAB, CASTEL, CIOFU, *et al.*, 1999). Les femmes ont également un risque d'incontinence plus élevé que les hommes. La prévalence de l'incontinence urinaire chez les sujets âgés de plus de 60 ans est de 19,3% pour les femmes et 10,4% pour les hommes. Les études montrent une augmentation progressive de l'incontinence avec l'âge (SCHUMACHER, 2007). L'incontinence urinaire est dans la plupart des cas associée à d'autres facteurs comme les facteurs obstétricaux (grossesse, accouchement), la ménopause, l'obésité, la dépendance et la perte d'autonomie (immobilité, troubles cognitifs), les pathologies prostatiques, les maladies neurologiques (paraplégies, hémiparalysies, sclérose en plaque...), le diabète de type II et toutes les causes de polyurie, etc.

I.1.2. L'incontinence fécale

On définit par incontinence fécale l'émission incontrôlée de matières liquides ou solides par l'anus en dehors des épisodes de défécations volontaires. L'incontinence anale y inclut l'incapacité à retenir les gaz (DAMON, VITTON, et SOUDAN, 2013). Comme pour l'incontinence urinaire, cette définition ne tient pas compte de la gravité du handicap. Les problèmes fécaux peuvent avoir différents impacts : l'estime de soi et l'image corporelle peuvent être dégradées.

La prévalence de l'incontinence anale en population générale française est de 5,1%. Elle peut être sous-estimée pour plusieurs raisons. Premièrement, les patients peuvent adapter leurs comportements à leur handicap et ainsi limiter le nombre d'accident d'incontinence. Deuxièmement, les malades préfèrent utiliser le terme diarrhée plutôt que de se considérer comme incontinent (DAMON, VITTON, et SOUDAN, 2013). Enfin, le nombre de patient évoquant spontanément leur incontinence est faible, comme le souligne l'étude de TOBIN : seulement 4% des malades ont consulté leur médecin alors que 75% déclaraient une incontinence depuis plus d'un an (TOBIN et BROCKLEHURST, 1986). A l'inverse, la prévalence peut être surestimée : 13,1% des patients consultant en gastro-entérologie sont incontinents (DAMON, GUYE, SEIGNEURIN, *et al.*, 2006). L'incidence dans la population hospitalière est plus élevée en raison de plusieurs facteurs, tels que l'utilisation d'antibiotiques, l'alimentation entérale, l'immobilité, l'aphasie, les causes chirurgicales, les infections, la sédation, etc.

L'incontinence fécale peut être avoir pour origine une atteinte du système capacitif rectal ou du système résistif sphinctérien, ou encore une atteinte nerveuse ou musculaire. Le plus souvent, elle est multifactorielle et implique plusieurs mécanismes chez un même patient.

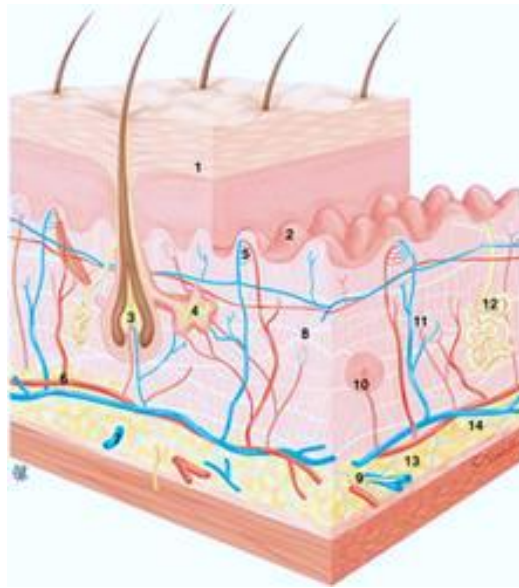
Dans les rectites graves associées aux maladies inflammatoires intestinales (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique), quand il y a la présence de fécalome, de tumeur, ou à cause de l'irradiation lors de radiothérapie ou de curiethérapie, la capacité de stockage du rectum est diminuée. Bien que paradoxal, la constipation chronique avec des selles dures et sèches trop volumineuses pour être évacuées peuvent affaiblir les parois du rectum et endommager les nerfs qui contrôlent la défécation. Les traumatismes obstétricaux peuvent aussi léser les nerfs et les sphincters. Les autres causes de dommages sphinctériens sont les chirurgies (hémorroïdes, fistule ou fissure anale), un traumatisme du périnée ou du bassin, des sévices sexuels, des pathologies inflammatoires ou tumorales, qui touchent les sphincters. Ces dommages peuvent apparaître des années après les traumatismes. Les atteintes nerveuses, responsables de la sensation rectale et du contrôle du sphincter anal peuvent concerner plusieurs systèmes : le système nerveux central ou périphérique. Par exemple, les atteintes peuvent apparaître lors de traumatismes de la queue de cheval, de lésions de la moelle épinière, après un accident vasculaire cérébral, chez les personnes souffrant de diabète ou de sclérose en plaque. L'intégrité de l'innervation du plancher est indispensable pour maintenir la continence. Les atteintes musculaires comme le prolapsus rectal et le rectocèle peuvent aussi être à l'origine de l'incontinence (THE CANADIAN CONTINENCE FOUNDATION, 2018).

I.1.3. L'incontinence double

On définit par incontinence double l'association pour le même patient d'une incontinence urinaire et d'une incontinence fécale. La moitié des patients atteint d'incontinence fécale ont une incontinence double (NEWMAN, PRESTON, et SALAZAR, 2007).

I.2. Structure et fonction de la barrière de la peau

La peau est constituée de trois couches superposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme, ainsi que d'annexes : les poils, les ongles, les glandes sudoripares et sébacées (figure 1). Une des fonctions principales de la peau saine est le maintien d'une barrière physique entre le corps et l'environnement extérieur. Cette fonction inclut la protection contre une multitude d'agents externes dangereux tels que les agressions chimiques, thermiques et mécaniques, l'humidité, les micro-organismes, le rayonnement électromagnétique et la protection contre la déshydratation (WIRTH et al., 2013). Le rôle barrière est principalement exercé par la couche supérieure de la peau : l'épiderme (figure 2).



al., 2014). Les couches empilées représentent une barrière physique protégeant les tissus sous-jacents de la déperdition d'eau, des lésions et empêchent la pénétration des micro-organismes pathogènes.

La couche cornée est composée de 70% de protéines, 15% de lipides et 15% d'eau (BEECKMAN, SCHOONHOVEN, VERHAEGHE, *et al.*, 2009). La couche cornée a une faible composition en eau comparée à la couche basale germinative (70 à 72 %). Ajouté à cela une forte concentration en kératine, elle empêche la perte insensible en eau transépidermique (PIE ou *TEWL Transepidermal Water Loss*), qui correspond à l'évaporation d'eau à la surface de la peau.

La structure de la couche cornée est agencée en strates successives semblable à la structure d'un mur en « briques » et en « mortier ». Les briques de cornéocytes riches en protéines (kératine) sont maintenues ensemble par un mortier riche en lipides (mélange de céramides, de cholestérol et d'acides gras libres) et de « rivets » (protéines appelés cornéodesmosomes) (figure 3) (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

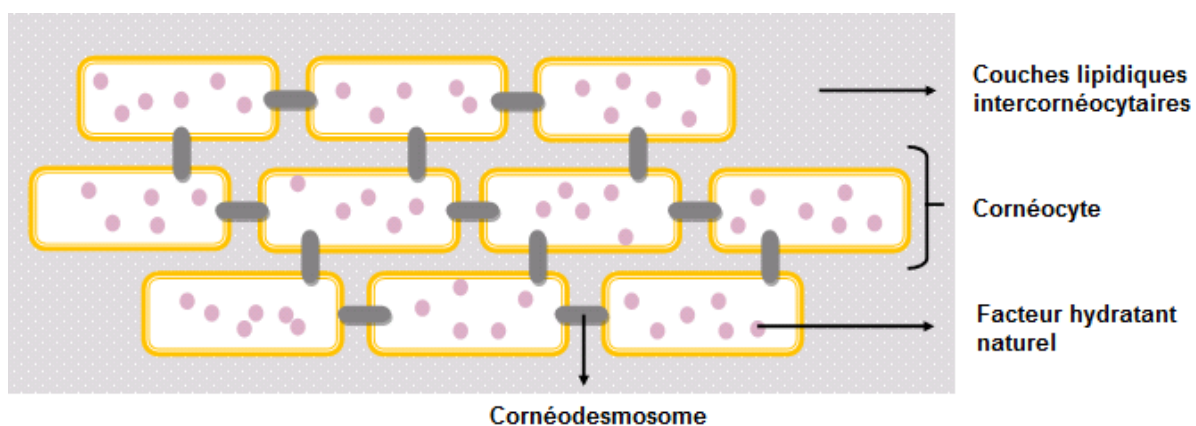


Figure 3: Représentation schématique du mur de cornéocytes et de lipides

La kératine est une protéine, qui confère une rigidité et une étanchéité pour tous les pénétrants, à l'exception de l'eau. Ainsi, les cornéocytes contiennent des substances nommées facteurs naturels d'hydratation (*natural moisturizing factors NMF*). Il s'agit des acides aminés, de l'acide lactique, de l'urée, des sucres et des sels minéraux. Ils attirent et retiennent l'eau dans la couche cornée. Ces facteurs d'hydratation fournissent une quantité d'eau intracellulaire. Ils favorisent la turgescence et le maintien de la forme des cornéocytes, ce qui permet de maintenir une barrière fonctionnelle et flexible.

Le film hydrolipidique de surface constitué de sébum, retient l'eau à la surface de la peau en s'opposant à la perte insensible en eau. Le sébum est constitué de triglycérides, d'esters de cire, de squalène, de cholestérol et de débris cellulaires. Ceux-ci humidifient et protègent la peau. Le film hydrolipidique permet de maintenir l'hydratation et la souplesse cutanée ainsi que le pH acide de surface (BENDER, FAERGEMANN, et SKOLD, 2017).

Les lipides et l'eau sont les composants clés de la fonction barrière de la peau. Les cornéocytes nécessitent un équilibre optimal entre l'humidité, la température et le pH afin être actifs. Leurs structures et leurs environnements sont importants pour réguler le flux d'eau entrant et sortant, ils empêchent la surhydratation (DRENO, 2009). Le processus épidermique de renouvellement prend environ 28 jours (FORE, 2006), mais peut être accéléré dans certains cas et être significativement plus lent chez les personnes âgées, parfois jusqu'à 42 jours (ROLSTAD, ERMER-SELTUN, et BRYANT, 2011).

Les enzymes protéolytiques dégradent les cornéodesmosomes, libérant les cornéocytes les plus usés en surface. Ce processus nommé desquamation est orienté vers la production de nouvelles cellules dans la partie profonde de l'épiderme. Ce renouvellement constant respecte la fonction barrière.

I.2.2. Le pH cutané

Le pH physiologique de la peau se situe entre 4,2 et 5,6 : il est légèrement acide. Connu sous le nom de manteau acide, ce pH joue un rôle dans le maintien de la fonction barrière de la peau en formant notamment une barrière contre les infections (ALI et YOSIPOVITCH, 2013). La croissance normale de la flore cutanée est optimale aux pH acides, alors que les bactéries et levures pathogènes telles que *candida albicans* s'épanouissent aux pH neutres ou basiques. Le manteau acide fournit une défense contre les organismes envahissants.

De plus, ce pH acide joue aussi un rôle pour le maintien de l'état d'équilibre de la barrière et la cohésion de la couche cornée (VOEGELI, 2017). Plusieurs enzymes dépendantes du pH interviennent dans la formation de la barrière (fonction de synthèse). Alors qu'au contraire, les enzymes qui ont des fonctions de dégradation, ont leur optima à un pH plus élevé (RIPPKE, SCHREINER, et SCHWANITZ, 2002). Ainsi, un pH cutané élevé modifiera l'équilibre en augmentant l'activité des enzymes impliquées dans la dégradation de la barrière cutanée et en diminuant l'activité des enzymes impliquées dans la synthèse et le traitement des lipides barrières (SCHREML, ZELLER, MEIER, *et al.*, 2012).

La capacité de la peau à fonctionner efficacement comme barrière dépend de plusieurs facteurs : l'intégrité de la peau et de sa structure, la présence d'eau et de lipides extracellulaires et le pH de la peau.



Le pH physiologique de la peau se situe entre 4,2 et 5,6.
Le pH acide assure la cohésion de la couche cornée et la fonction de barrière.

La peau devient vulnérable si $\text{pH} > 7,5$.
L'exposition à l'urine augmente le pH de la peau, devenant alcalin.

I.2.1. Effet de l'incontinence sur la peau

I.2.1.1. Les irritants

L'urine

La fonction urinaire permet la filtration du sang et l'élimination de ses déchets via l'urine, ainsi que le maintien des concentrations de divers éléments (eau, minéraux...). Ils sont essentiels à la stabilité de l'organisme. L'urine est constituée de 95% d'eau, les 5% restant sont des composés organiques (urée, acide urique, acides aminés, médicaments), des minéraux (sodium, potassium, chlore, phosphates, calcium, magnésium, sulfates) et des pigments biliaires (CARRERE D'ENCAUSSE et CYMES, 2018). Ces derniers donnent d'ailleurs aux urines leur couleur jaune pâle à l'état normal. La coloration de l'urine est plus claire lorsque l'urine est diluée (par exemple après prise de diurétiques), elle est plus foncée lorsque l'urine est concentrée (comme après une restriction hydrique nocturne). Le pH urinaire varie entre 4,5 et 8. Il est influencé par différents facteurs tels que l'alimentation, l'activité physique, le stress, les médicaments (LATINI KELLER, JUNOD PERRON, et GRAF, 2009). A l'état normal, l'urine ne contient pas de protéines et de glucose. Contrairement aux selles, aucune bactérie n'est contenue dans l'urine. De nombreux facteurs peuvent influencer le volume, la qualité des urines, ainsi que la capacité du patient à uriner. Certains états physiopathologiques sont aigus et réversibles (infection de l'appareil urinaire) tandis que d'autres sont chroniques et irréversibles. Les facteurs socioculturels, psychologiques et les médicaments peuvent aussi affecter la miction.

Une miction normale est un acte :

- volontaire (quand la personne le décide)
- diurne (soit quatre à six fois par jour et possible la nuit principalement chez le sujet âgé)
- rapide (moins d'une minute)
- facile (sans poussée abdominale)
- non douloureuse
- efficace (soit totale, ou moins de 100 mL chez le sujet âgé)

Un litre à un litre et demi d'urine sont produits par jour. Ce volume est dépendant des ingestats, des efforts physiques et du climat (BEGUIN, 2014).

Les selles

Les matières fécales sont les résidus de la digestion. Elles sont composées d'eau à 75% et de déchets biologiques (25%) tels que des bactéries mortes et des résidus alimentaires non absorbés, des cellules du tube digestif desquamées ainsi que des sels biliaires. Ces derniers sont responsables de la couleur marron des selles. Le pH est de 6,9 donc il est alcalin. On trouve quelques enzymes toujours actives dans les selles, comme la chymotrypsine qui au niveau intestinal a pour action de dégrader les protéines en acides aminés (RAISONNIER, 2004).

1.2.1.2. Effets des irritants sur la peau

L'étiologie de la DAI est complexe et multifactorielle. Lorsque la peau est exposée à l'humidité (urines et/ou matières fécales, mais également à des exsudats ou à des lavages fréquents), sa perméabilité augmente et sa fonction de barrière protectrice diminue. L'humidité excessive au contact de la peau provoque l'accumulation d'eau dans les cornéocytes. Le gonflement des cornéocytes perturbe l'organisation des bicouches lipidiques intercornéocytaires provoquant un œdème et une inflammation (WARNER, STONE, et BOISSY, 2003). La déstabilisation de la structure de la couche cornée augmente la perméabilité cutanée et permet aux substances irritantes de pénétrer facilement et plus profondément dans la structure pour aggraver l'inflammation.

L'humidité causée par l'incontinence est non seulement un facteur étiologique de la DAI, mais il faut ajouter que l'exposition à l'urine et/ou aux matières fécales, conduit la peau à devenir plus alcaline. Cela se produit quand les bactéries cutanées convertissent l'urée (produit du métabolisme protéique de l'urine) en ammoniacque, substance alcaline.

L'étude de LARNER *et al* a étudié l'application d'urine synthétique six heures par jour sur l'avant-bras pendant cinq jours consécutifs. Pour comparer, une solution saline isotonique (sérum physiologique) sert de témoin. L'application occlusive d'urine a indiqué que l'urine alcaline provoquait une irritation cutanée contrairement à l'eau isotonique. Cette étude met en avant le rôle de l'humidité et de la composition de l'urine (ammoniacque) dans l'apparition de l'érythème (LARNER, MATAR, GOLDMAN, *et al.*, 2015).



Figure 4: Photographies de peaux traitées avec de l'urine synthétique alcaline

Sur les photographies la peau est exposée six heures par jour pendant cinq jours à de l'urine alcaline. Les images des jours un à cinq, représentent la peau photographiées une heure après le retrait de la chambre, le jour huit représente la peau post-exposition (LARNER, MATAR, GOLDMAN, *et al.*, 2015).

L'augmentation du pH cutané affecte la cohésion de la couche cornée et le microbiome de la peau. Puisqu'il diminue la capacité de protection et facilite la colonisation des micro-organismes, il peut déclencher une prolifération bactérienne et des infections cutanées. L'élévation du pH cutané active aussi les enzymes digestives présentes dans les matières fécales. Les enzymes lipolytiques (qui digèrent les lipides) et des enzymes protéolytiques (qui digèrent les protéines) détériorent le ciment lipidique et les membranes kératinocytaires, ce qui altère la barrière cutanée. Les enzymes lipolytiques accélèrent les lésions tissulaires par diminution de la fonction barrière. Elles facilitent la pénétration des protéases dans la peau,

responsables du développement de la DAI (MUGITA, MINEMATSU, NAKAGAMI, *et al.*, 2018).

L'expérience clinique a montré que les matières fécales liquides sont plus nocives que les matières fécales moulées, car les premières contiennent généralement des taux d'enzymes digestives plus élevés. Avec leurs hautes teneurs en eau, elles sont en contact avec une plus grande surface cutanée, ce qui provoque une plus grande zone lésée. Plus le pH cutané est élevé, plus les enzymes sont actives, et plus le risque de dommage augmente. Cela pourrait expliquer le fait que l'association d'urine et de selles, observée dans les cas d'incontinence double, irrite plus la peau que l'urine ou les selles seules (figure 5) (LEBLANC, CHRISTENSEN, et ROBBS, 2010 ; BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

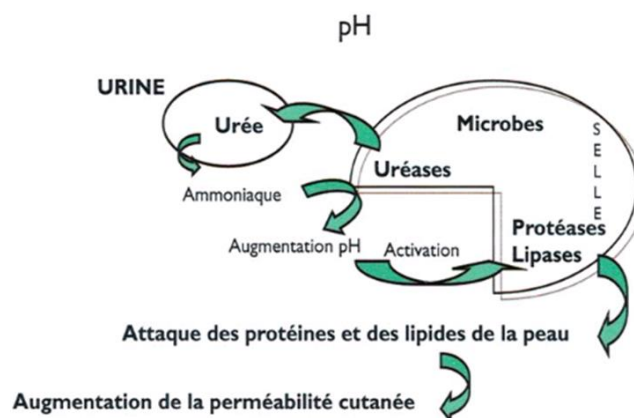


Figure 5: Effet de l'association urines-selles sur le siège (BEGUIN, 2006)

Outre l'irritation chimique, la peau subit une irritation physique résultant du frottement. Ces frottements sont dus aux soins d'hygiène (lavage, séchage), aux changes pour incontinences, aux vêtements, aux draps, à la surface du lit ou du fauteuil car ils sont irritants pour un épiderme humide. Si ces mécanismes affectent régulièrement l'intégrité de la peau, une dégradation des tissus et une rupture cutanée sont susceptibles de se développer car la barrière cutanée ne joue plus son rôle protecteur.

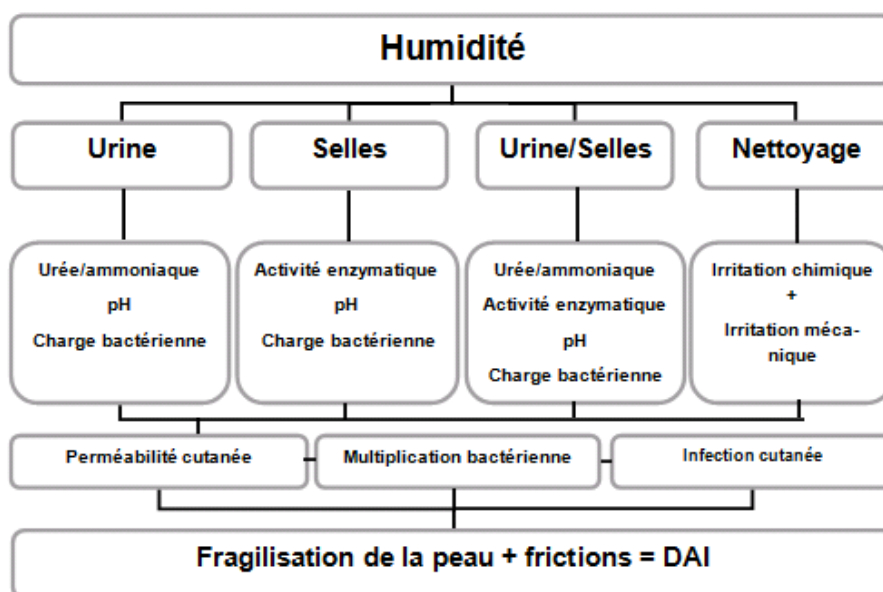


Figure 6: Étiologie de la DAI (BEECKMAN, SCHOONHOVEN, VERHAEGHE, et al., 2009)

I.3. Définition de la DAI

La dermite associée à l'incontinence (DAI) est une inflammation de l'épiderme accompagnée d'un érythème de la peau avec ou sans érosion, elle peut aller jusqu'à la dénudation de la peau. Cette affection peut entraîner des lésions extrêmement douloureuses. Elle concerne les patients exposés aux effluents : selles et urines. De ce fait, la DAI appartient au groupe des altérations cutanées engendrées par l'excès d'humidité : MASD (*moisture associated skin damage*) qui comprend les DAI, les dermites péristoméales, les dermites péri-ulcéreuses et les intertrigos (GRAY, BLISS, DOUGHTY, *et al.*, 2007). Elle peut toucher tous les âges.

Auparavant, la DAI était connue sous d'autres appellations telles que dermite périnéale, érythème fessier, lésions d'incontinence, dermite chronique du siège ou dermatite causée par le port de protection... Chez les bébés et les jeunes enfants, ce problème cutané a été reconnu depuis des décennies comme dermite fessière du nourrisson. Cependant, cette dermite se produit non seulement en pédiatrie, mais elle est également fréquente chez les adultes. Le terme DAI a été créé en 1987 (ANTHONY, BARNES, MALONE-LEE, *et al.*, 1987). Mais, c'est seulement en 2007 avec la publication d'un document de consensus que GRAY *et al* ont promu le nom et la définition de la maladie. Cette définition normalisée permet aux chercheurs et aux cliniciens de générer et de comparer des données en utilisant une conceptualisation uniforme de la maladie (CAMPBELL, COYER, et OSBORNE, 2016).

Récemment en juin 2018, la classification internationale des maladies (CIM-11) a intégré la dermite associée à l'incontinence (chapitre 14, EK02.22 *Irritant contact dermatitis due to incontinence*). Elle fournit un langage commun grâce auquel les professionnels de santé peuvent échanger des informations sanitaires partout dans le monde.

The screenshot displays the ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018) interface. The search bar at the top contains the text "incontinence associated". The left sidebar shows a hierarchical tree of categories, with "EK02.22 Irritant contact dermatitis due to incontinence" highlighted in orange. The main content area on the right provides details for this code, including its parent code (EK02.2 Irritant contact dermatitis due to friction, sweating or contact with body fluids), a description ("Irritant contact dermatitis from prolonged contact with urine or faeces as a result of incontinence."), and inclusions (Incontinence-associated dermatitis). There is also a section for postcoordination with a search bar.

Figure 7: Présence de la DAI dans la classification internationale des maladies (CIM-11) (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 2018)

I.3.1. Prévalence et incidence

Les calculs de prévalence et la mesure de l'incidence reflètent l'impact de cette affection. En épidémiologie, la prévalence dénombre les cas d'une maladie dans une population à un moment donné ou sur une période donnée, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens. Nos recherches nous ont amené à nous tourner vers des études internationales car en France, peu de données sont disponibles. Les enquêtes de prévalence retrouvent des valeurs variables de 5,7% (BLISS, SAVIK, HARMS, *et al.*, 2006) à 45,7 % chez 2492 patients incontinents dans des établissements de soins de courte durée aux États-Unis (GRAY et GIULIANO, 2017).

L'incidence est une mesure qui met en évidence le nombre de nouvelles DAI déclarées dans une population donnée durant une période fixée (GRAY et GIULIANO, 2017). L'incidence varie entre 5,5% (BLISS, MATHIASON, GURVICH, *et al.*, 2017) et 7,6 % (LONG, REED, DUNNING, *et al.*, 2012) avec une fréquence plus haute dans les soins intensifs (25%) (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Les valeurs retrouvées varient en fonction de la population étudiée et le lieu (service de médecine, réanimation, établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes, domicile) (FAUCHER, PALMIER, et VANDERBRUGHE, 2017).

L'absence d'outils d'évaluation standardisés entraîne une grande variation de résultats car le diagnostic différentiel n'est pas facile. Nous aborderons ce point par la suite.

I.4. Clinique

La DAI affecte tous les groupes d'âge, des deux sexes, autant chez les personnes incontinentes à long terme que lors d'épisode aigu. C'est une pathologie extrêmement fréquente.

L'aspect clinique caractéristique est un érythème (figure 8) qui évolue vers une dermite vernissée rouge (FAUCHER, PALMIER, et MEAUME, 2017). L'érythème vernissé (figure 9) est caractérisé par un derme brillant, semblable à du vernis. Cet aspect est la conséquence d'une destruction de l'épiderme et d'une mise à nu du derme humide. Une petite lésion peut rapidement s'étendre.



Figure 8: Aspect clinique caractéristique, érythème rouge avec peau intacte (FAUCHER et PHILIPPE, 2019)



Figure 9: Erosion de l'épiderme exposant le derme humide (FAUCHER et PHILIPPE, 2019)

L'inflammation ou l'érythème de couleur rose à rouge est retrouvé chez les incontinents à peau claire. Pour les patients présentant une couleur de peau foncée, l'inflammation peut présenter une teinte de peau plus claire (blanc, jaune) ou plus sombre (violette, rouge foncée) (BEECKMAN, 2017). L'inflammation se situe dans les zones en contact avec l'urine et les selles et dans les plis cutanés. La zone affectée présente des bords mal définis et peut être irrégulière ou continue sur de grandes surfaces. L'observation de la DAI est complexe et différents stades de sévérité sont décrits et peuvent coexister. En fonction de ces stades, l'aspect de la DAI est différent. La peau peut être intacte avec différents niveaux d'érythème (avec respect des plis inguinaux), une macération et un gonflement peuvent être observés. Il peut y avoir une disparition de la structure de la peau et des érosions ou des dénudations dans les cas extrêmes ou plus avancés peuvent apparaître, ce qui peut conduire éventuellement à des plaies cutanées (BEECKMAN, 2017). D'autres signes cliniques peuvent être présents : œdème, vésicules ou bulles contenant un exsudat clair (GRAY, BLISS, DOUGHTY, *et al.*, 2007). Pour les formes évoluées, la DAI peut aussi prendre un aspect hémorragique (figure 10) ou lichénifié (figure 11). Les lésions nécrotiques sont rares et la nécrose (figure 12) est en général superficielle contrairement aux escarres, où la nécrose est souvent plus profonde (FAUCHER, PALMIER, et VANDERBRUGHE, 2017). Les infections cutanées secondaires sont fréquentes.

En pratique clinique, la palpation peut aider à identifier les lésions cutanées. Les zones de DAI peuvent paraître plus chaudes (cette sensation est provoquée par l'inflammation), ou plus fermes par rapport aux tissus environnants. Le patient peut se plaindre de gêne, douleur, irritations, démangeaisons, brûlures, picotements (VAN DAMME, VANRYCKEGHEM, VERHAEGHE, *et al.*, 2015).

Dans un établissement de soins de longue durée, le délai moyen d'apparition de la DAI est de 14 jours (LONG, REED, DUNNING, *et al.*, 2012). Elle se développe plus rapidement, en 4 jours, chez les patients incontinents fécaux hospitalisés en unités de soins intensifs de chirurgie/traumatologie (BLISS, SAVIK, THORSON, *et al.*, 2011).

Ci-dessous, DAI a forme évoluée, mais avec différents aspects (FAUCHER et PHILIPPE, 2019)

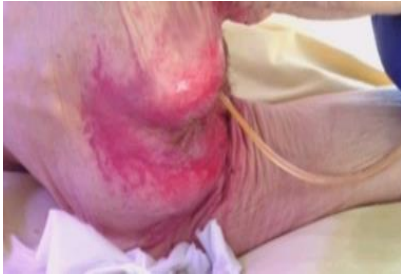


Figure 10: Aspect hémorragique



Figure 11: Aspect lichénifié



Figure 12: Aspect nécrotique, rare

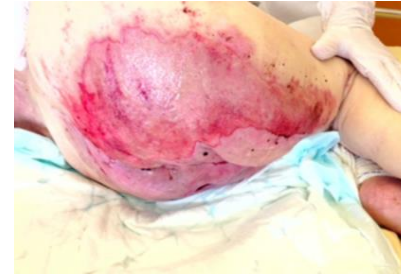


Figure 13: Atteinte extensive

I.4.1. Typographie des lésions

Le diagnostic de la DAI est basé sur la clinique. Les localisations typiques sont les convexités : fesses, organes génitaux externes et racines des cuisses. Les plis inter fessiers, les zones péri-anales, les faces postérieures des cuisses peuvent être atteintes selon les pathologies associées. La DAI apparaît uniquement dans les zones exposées à l'urine et /ou aux selles (GRAY, BLACK, BAHARESTANI, *et al.*, 2011). Ces zones peuvent être : au niveau du pli inter-fessier, des fesses, de la région sacrococcygienne et la face postérieure des cuisses en cas d'incontinence fécale, au niveau du scrotum et des grandes lèvres en cas d'incontinence urinaire (figure 14). La répartition de la peau atteinte est liée à l'étendue du contact avec l'urine et/ ou les selles.

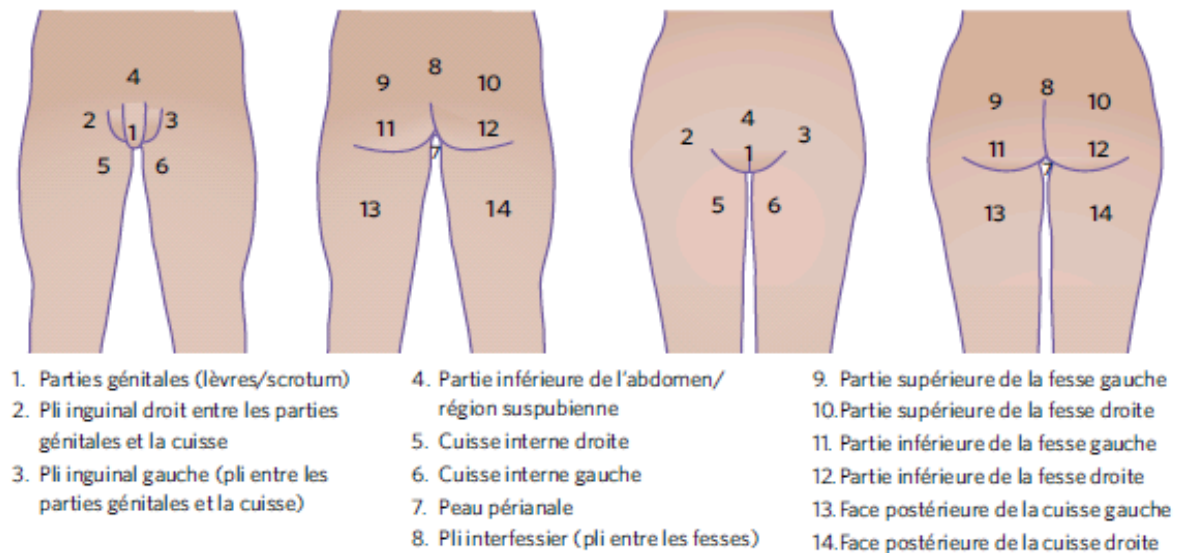


Figure 14: Zones cutanées à risque de DAI chez l'homme et chez la femme (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015)

I.5. Facteurs de risque de DAI

La connaissance des facteurs de risque est essentielle à la prévention et à une prise en charge efficace de la DAI. Le facteur le plus important est le contact cutané avec l'urine et/ ou les selles, c'est-à-dire le type d'incontinence. Un autre facteur essentiel est la durée de contact. Ci-dessous la liste des facteurs de risque (BEECKMAN et al. 2015 ; BEECKMAN 2017; VAN DAMME et al. 2018) :

- Le type d'incontinence

Cette distinction est importante car le type d'irritant en cause détermine la gravité, l'emplacement et l'étendue des dommages cutanés. L'incontinence urinaire seule induit moins de DAI que l'incontinence fécale à cause de l'action des bactéries et des enzymes digestives. Plus les selles sont liquides, plus le risque de DAI est élevé parce qu'il favorise un milieu humide et alcalin. L'incontinence double (fécale et urinaire) potentialise aussi le risque (GRAY, BLISS, DOUGHTY, et al., 2007).

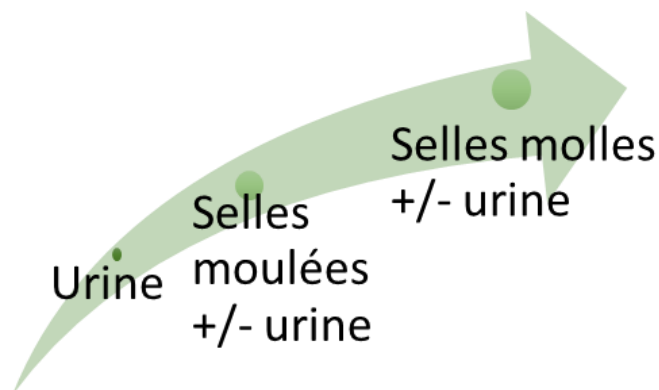


Figure 15: Risque de DAI en fonction du type d'incontinence (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015)

- Le caractère fréquent des épisodes d'incontinence

Par jour, un épisode de diarrhées à plusieurs selles est plus irritant qu'un petit épisode de selles liquides. Les selles liquides constituent un agent irritant très puissant qui risque d'altérer rapidement l'intégrité cutanée.

- L'utilisation de changes occlusifs

L'effet occlusif augmente la température locale et empêche l'évaporation de la macération par le maintien d'un milieu humide sur la peau. Les substances irritantes augmentent le pH et restent au contact de la peau parfois pendant plusieurs heures.

Tableau I: Impacts des changes occlusifs sur la peau				
Milieu humide	Milieu occlusif	Ammoniaque et enzymes digestives	Utilisation fréquente de produit de toilette	Mobilité réduite et alitement
↑ pH, ↑ population microbienne	↑ humidité, ↑ PIE, ↑ T°C, ↑ macération	↑ pH, ↑ irritations	↑ pH, assèche la peau, fragilise le film hydrolipidique	↑ friction, ↑ cisaillement

- L'altération de la peau (liée à l'âge, au diabète, aux corticoïdes)

Le vieillissement cutané constitue un risque plus important de lésions car la peau se fragilise avec l'âge. Elle n'assure plus sa fonction de protection de manière satisfaisante. L'épiderme est plus sec car la couche cornée est moins bien hydratée. Cette sécheresse cutanée entraîne des lésions plus facilement et plus rapidement qu'une peau souple et hydratée. La couche cornée devient plus perméable, l'humidité peut s'infiltrer plus vite dans l'épiderme et causer des lésions.

La jonction entre le derme et l'épiderme (dermo-épidermique) indispensable à la nutrition de l'épiderme et à la communication entre ces deux couches cellulaires, est réduite. Ainsi, cette diminution de surface d'échange fragilise la cohésion des deux couches entre elles et conduit à l'apparition de plaies. Au niveau du derme, il y a une disparition progressive de l'acide hyaluronique et une dégénérescence de la matrice extracellulaire, qui assure l'élasticité (collagène, élastine). Ceci entraîne une difficulté à répondre aux contraintes mécaniques de l'environnement. Le coefficient de frottement augmente induisant un risque plus important de dégradation cutanée. Le nombre de glandes sébacées est stable, mais il y a une réduction de la production de sébum qui aggrave la perte d'élasticité cutanée. Les structures responsables de la sensation de pression et de tact léger diminuent avec l'âge, ce qui expose à la survenue de blessures (CUDENNEC et FAUCHER, 2003).

Le diabète est délétère sur la circulation sanguine dermique. Il s'agit d'une atteinte des petites artérioles et d'une altération de la microcirculation. Le défaut d'apport sanguin conduit à une mauvaise oxygénation ainsi qu'à une nutrition inefficace des tissus de la peau. Le diabète a aussi une action défectueuse sur la réponse inflammatoire de l'organisme. Il y a aussi une augmentation du risque d'infection par hyperglycémie constante puisqu'elle « nourrit » les bactéries et diminue l'immunité.

Les corticothérapies générales et locales comme les dermocorticoïdes sont responsables de retard de cicatrisation. Ils perturbent la peau, entraînent une sécheresse, une atrophie, une fragilité cutanée et une perte d'élasticité.

- L'immobilité due soit aux troubles de la conscience, soit aux troubles moteurs

Le patient à mobilité réduite a davantage de risques du fait de son incapacité à se rendre facilement aux toilettes. Il n'a pas l'énergie de marcher longtemps ou il peut éprouver des difficultés à déboutonner ses vêtements ou à manipuler les fermetures éclair. La vision détériorée peut aussi contribuer à une diminution de la mobilité. Le patient devient lié au lit ou au fauteuil, et doit porter des changes. La mobilité réduite entraîne des frottements et des cisaillement de l'épiderme, ce qui diminue la résistance de la barrière épidermique aux irritants (KOTTNER, BLUME-PEYTAVI, LOHRMANN, *et al.*, 2014). Dans la mesure du possible, limiter les circonstances d'immobilisation au lit et maintenir les stimulations sensorielles et les repères spacio-temporaux (lumière, téléphone, calendrier) sont primordiales. L'étude de NELSON *et al* sur les personnes âgées montre que 82,1% des sujets grabataires sont incontinents contre 23,8% des patients mobiles (NELSON, FURNER, et JESUDASON, 2001).

- Les troubles cognitifs

Les pertes de mémoire, les difficultés à exécuter les tâches quotidiennes ou les désorientations dans l'espace et le temps influent sur l'hygiène personnelle. Plusieurs facteurs modifient la perception de la douleur : les troubles de la sensibilité, l'altération des voies sensitives, neuropathies, et périphériques, la prise de certains médicaments (analgésiques, antalgiques, sédatifs). Ces éléments peuvent faire passer inaperçue une dermite débutante.

- L'impossibilité d'assurer sa propre hygiène

Cette impossibilité entraîne une exposition prolongée à l'urine et aux selles.

- L'état nutritionnel et la dénutrition

Un déficit en vitamines, en nutriments... entraîne une peau fragilisée et une mauvaise cicatrisation. La vitamine C a un rôle sur l'angiogenèse et les fibroblastes. Les carences sévères en oligo-éléments zinc, fer et acides aminés comme l'arginine doivent être compensées.

- Les médicaments (antibiotiques, immunosuppresseurs)

Les antibiotiques par voie orale ou parentérale entraînent une perturbation de la flore intestinale, provoquant des diarrhées et potentialisent le risque de dermite.

Les immunosuppresseurs reposent sur un blocage du renouvellement cellulaire de l'épiderme et fragilisent la peau.

- La douleur

La douleur peut impacter l'individu en limitant ses activités journalières et son hygiène. Il peut rester en position immobile prolongée, et refuser d'aller aux toilettes.

- La fièvre

Lorsqu'un individu présente de la fièvre, sa température corporelle augmente. Ce mécanisme se produit par une vasoconstriction cutanée, qui permet de conserver la chaleur. Une contraction musculaire (frissons) apparaît, ce qui augmente la production de chaleur et élève la température sanguine. Le retour à une température corporelle normale est réalisé par une vasodilatation cutanée et la sudation. Les conséquences sont la transpiration sous les changes avec une augmentation de la macération locale.

- Les soins d'hygiène agressifs et répétés

Le nettoyage fréquent de la peau à l'aide d'eau calcaire et de savon non adapté au pH de la peau est préjudiciable à la fonction barrière. Le nettoyage élimine les lipides de la peau, augmente la sécheresse, endommage la couche cornée, créer un frottement et perturbe l'activité enzymatique. Une technique de nettoyage agressif (utilisation de gants de toilettes en tissu éponge et savon agressif) peut accroître les forces de frottements et être à l'origine de l'érosion de la peau.

- Une faible saturation en oxygène

Dans le derme, le déficit en oxygène peut être présent chez les patients insuffisants respiratoire ou cardiaque, et également dans les cas de chute de pression artérielle : chocs septiques ou cardiogéniques, traitement antihypertenseur, déshydratation, anémie profonde.

En conclusion, la connaissance et la sensibilisation aux facteurs de risque permet d'adapter la prévention et la prise en charge de la dermite. En effet, tous les patients incontinents sont à risque de développer une dermite associée à l'incontinence. Les facteurs de risque quand ils sont identifiés, peuvent contribuer à l'identification rapide des patients à risque et au développement d'interventions préventives spécifiques (VAN DAMME, CLAYS, VERHAEGHE, *et al.*, 2018).

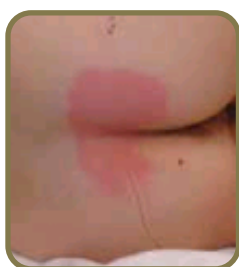
II. Les instruments d'évaluation

II.1. Diagnostic différentiel

Diagnostiquer et identifier la DAI est important pour éviter des traitements inutiles et inefficaces. Le diagnostic de la DAI est récent et uniquement clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour l'affirmer. Par ailleurs, le diagnostic peut être difficile à poser en raison de multiples causes : la variété des tableaux cliniques, la méconnaissance de la DAI, la similarité avec certaines autres dermatoses, qui se produisent dans la même zone corporelle. Il est donc essentiel d'avoir connaissance des principaux diagnostics différentiels de la maladie. Une erreur de diagnostic peut avoir de lourdes conséquences : un traitement inadéquat peut entraîner un retard de cicatrisation de la plaie, une hospitalisation prolongée et une augmentation des coûts.

II.1.1. Les plaies de pression

La méprise la plus courante est la confusion avec l'escarre. L'escarre est une lésion d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. La confusion est connue pour être un problème commun dans la pratique clinique (CAMPBELL, COYER, et OSBORNE, 2016). La présentation clinique des escarres de stade I et II tels que définis par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) peut être similaire, cependant les facteurs étiologiques diffèrent.



Escarre de stade I

Correspond à une rougeur persistante sur une peau intacte qui ne blanchit pas à la pression du doigt.



Escarre de stade II

Correspond à la perte de substance impliquant l'épiderme et/ou le derme, se présentant comme une phlyctène fermée ou ouverte, ou une ulcération superficielle avec un lit de plaie rouge/rosé sans fibrine.

Figure 16: Classification des escarres de stade I et II (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, et Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014)

Même si la présentation clinique peut être similaire et trompeuse, la physiopathologie de la DAI diffère de celle des escarres. Le panel d'experts cité en introduction décrit la différence entre la DAI et l'escarre de la façon suivante. La DAI résulte de lésions cutanées « descendantes » avec un environnement périnéal affecté initié à l'épiderme. En revanche, les escarres sont le résultat de dommages « ascendants » avec une compression des tissus entre une proéminence osseuse et une autre surface et par l'application conjointe de forces de cisaillement et de pression (figure 17). Le diagnostic peut être complexe car les deux types de lésions cutanées peuvent coexister chez un même patient (BEECKMAN, SCHOONHOVEN, VERHAEGHE, *et al.*, 2009). La localisation des escarres est dépendante de la position du patient.

En cas d'escarre constituée, il convient de décharger l'escarre en continuant à prévenir les zones à risques et de supprimer les facteurs favorisants (macération, cisaillement). Pour le stade I, la prise en charge comprend la protection de la peau par un film semi-perméable (hydrocolloïde mince transparent). Pour le stade II, il faut évacuer le contenu de la phlyctène séreuse en réalisant une brèche et maintenir le toit en place si possible. Au contraire pour la phlyctène hémorragique, l'excision du toit doit être réalisée pour éviter une surinfection. Il convient de recouvrir par un hydrocolloïde mince transparent semi-perméable dans les deux cas. Si il y a un exsudat important, l'utilisation possible d'hydrocellulaires ou d'alginate est possible. Ajoutons que ces deux pathologies peuvent être concomitantes alors qu'elles ont des prises en charge différentes.

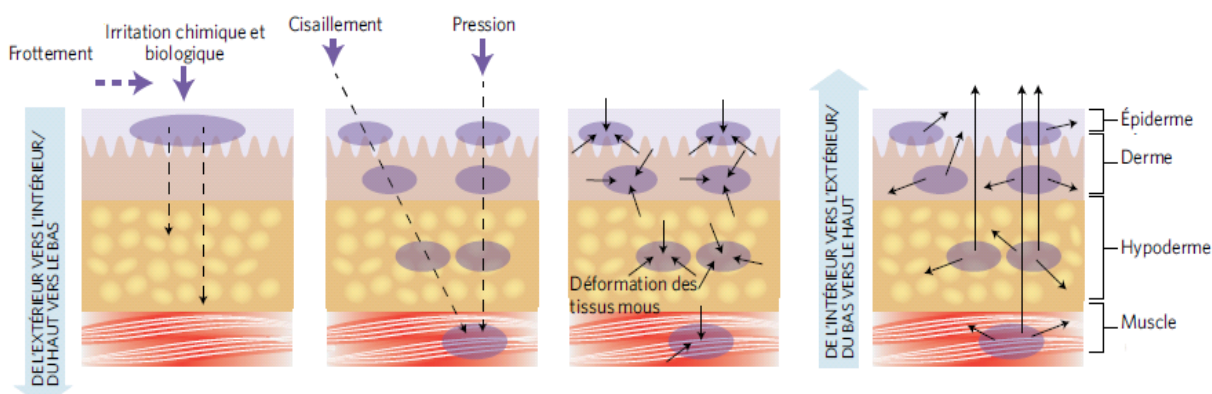


Figure 17: Mécanismes d'action de la DAI et de l'escarre (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015)

De plus, l'incontinence urinaire et fécale et la macération sont des facteurs de risques d'escarre, et figurent parmi les facteurs de risques cités par l'HAS dans sa conférence de consensus de 2001. Le niveau d'humidité à laquelle la peau est exposée est un item à part entière de l'échelle de Braden (HAS, 2001). L'humidité de l'incontinence et de la transpiration augmente la vulnérabilité de la peau et la rendent sensible aux effets de pression et de cisaillement (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

Le tableau ci-dessous évoque les différences de diagnostic entre DAI et escarre.

Tableau II: Éléments permettant le diagnostic différentiel entre les dermites liées à l'incontinence et les plaies de pression (DEFLOOR, SCHOONHOVEN, FLETCHER, <i>et al.</i>, 2005)		
Paramètres	DAI	Plaie de pression
Etiologie	Exposition à l'urine et/ou aux selles	Exposition à la pression et/ou au cisaillement
Physiopathologie	Inflammation causée par l'exposition aux irritants	Ischémie et destruction tissulaire
Localisation	Limitée aux zones exposées à l'urine, aux selles ou aux deux, particulièrement dans les plis cutanés ou sur une peau recouverte d'un produit absorbant	Typiquement sur les proéminences osseuses ou associée à l'emplacement d'un dispositif médical
Couleur	Rouge vif chez les personnes de pigmentation claire, rouge pâle ou hyperpigmentée chez les personnes de pigmentation foncée	Rouge foncé, marron ou violacé
Forme	La zone atteinte est diffuse avec des bords mal définis/ peut être tachetée	Bords ou marges distincts
Profondeur	Epiderme, derme	Profondeur variable, peut atteindre les muscles, les fascias ou les os
Tissus nécrotiques	Rarement retrouvés et superficiels	Tissus nécrotiques jaunes humides ou escarre noire

II.1.2. Les plaies mycosiques

La mycose se présente sous la forme d'un érythème prurigineux, avec des macules, des squames et des pustules en périphérie (WIRTH et BATTISTELLA, 2013). La mycose la plus fréquente sur le périnée est la candidose liée aux champignons de la famille des *Candida*. Elle est favorisée par le milieu chaud et humide ainsi que par la modification du pH cutané. Ce qui entraîne une colonisation, puis une infection par des micro-organismes se développant en milieu humide et alcalin. La localisation initiale dans les plis est un argument important pour trancher entre une dermite irritative et une dermite candidosique. L'érythème des plis s'étend ensuite de façon centrifuge. Les mycoses sont à la fois un diagnostic différentiel et une surinfection de la DAI. Leur traitement repose sur l'application d'un antifongique local imidazolé.



Figure 18: Candidoses inguinale (SORIA et CASANOVA, 2019)

II.1.3. Le psoriasis

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, l'anamnèse du patient doit rechercher un antécédent personnel ou familial (PRIGENT, ; MAHÉ, 2014).

- Les lésions du psoriasis en plaques (ou psoriasis vulgaire) sont érythématosquameuses et bien limitées. Le patient présente des plaques rouges bien circonscrites recouvertes de peau blanchâtre qui se détachent. Il faut savoir que les lésions du psoriasis sont plus sèches, plus épaisses, mieux délimitées que la DAI. Elles sont retrouvées sur les convexités car plus exposées aux frottements. Par exemple, la présence de signes cliniques sur les coudes ou les genoux, permet d'orienter le diagnostic du psoriasis.



Figure 19: Psoriasis en plaques (SORIA et CASANOVA, 2019))

- Le psoriasis inversé est localisé aux plis comme le pli inter-fessier et les plis inguinaux. L'examen clinique doit être minutieux. La recherche de lésions ailleurs sur le corps permettra de finaliser le diagnostic, le psoriasis inversé est retrouvé aux creux axillaires, aux plis sous mammaires ainsi qu'à l'ombilic. Il se révèle parfois comme la seule manifestation de la maladie psoriasique. Les antécédents doivent être recherchés. Les lésions sont plus inflammatoires et vernissées que squameuses. Elles sont bien délimitées d'abord localisées au fond des plis mais peuvent s'étendre sur les convexités. Le traitement repose sur l'application de dermocorticoïdes.



Figure 20: Psoriasis inversé du pli inter-fessier (SORIA et CASANOVA, 2019)

II.1.4. La dermite de contact

Les lésions sont d'abord érythématosquameuses puis vésiculeuses. Les lésions sont généralement polymorphes. Le prurit est inconstant. Il est le plus souvent dû à l'application de topiques allergisants : antiseptiques, cosmétiques, allergie aux protections, au latex. Les antécédents personnels et les patchs tests confirment le diagnostic (GIRARDIN, 2009).



Le syndrome « Lucky Luke » est un eczéma localisé sur la face latéro-externe des hanches, comme si le patient portait des étuis à pistolets. Il s'agit d'une allergie à un constituant des changes (FAUCHER et PHILIPPE, 2019).

Figure 21: Syndrome « Lucky Luke » (FAUCHER et PHILIPPE, 2019)



Une atteinte génitale ou anale peut être provoquée par un contact médicamenteux comme l'application de topiques pour hémorroïdes par exemple (anesthésiques locaux, corticostéroïdes, lanoline, huile de ricin...).



Figure 22: Dermite de contact allergique (SORIA et CASANOVA, 2019)



Outre un contact direct, la localisation au niveau des fesses peut évoquer un syndrome « babouin », qui apparaît le plus souvent lors de l'administration systémique d'une molécule à laquelle le patient a présenté antérieurement une sensibilisation de contact phénoxyéthylpénicilline, ampicilline, cimetidine, hydroxyurée, pseudoéphédrine, héparine... (SCHMUTZ, BARBAUD, et TRECHOT, 2008).

Figure 23: Syndrome « babouin » (SCHMUTZ, BARBAUD, et TRECHOT, 2008)

II.1.5. Le zona



La partie du corps affectée peut présenter une couleur rose vif, puis se couvrir de vésicules groupées en bouquets (AMELI, 2018b). Le territoire cutané atteint correspond au dermatome du ganglion sensitif, dans lequel a lieu la réactivation virale. Cette éruption est le plus souvent douloureuse. Le traitement repose sur l'utilisation des anti-viraux (VIDAL, 2019b).

Figure 24: Zona (SORIA et CASANOVA, 2019)

II.1.6. L'herpès génital

Le virus de l'herpès de type 2 est sexuellement transmissible. Les lésions peuvent apparaître au niveau de la peau et/ou au niveau des muqueuses génitales. Elles se présentent alors sous forme de vésicules douloureuses sur un fond rouge et inflammatoire, elles sont regroupées en bouquet. La rupture de ces vésicules entraîne des érosions et des ulcérations parfois très douloureuses, qui guérissent sans séquelle sous huit jours. Les vésicules provoquent des picotements, des brûlures, des démangeaisons, une irritation, ainsi que des sensations de gênes ou de douleurs (SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE, 2009). Le traitement comprend un antiviral par voie générale et l'antisepsie des lésions cutanées.



Figure 25: Vésicules herpétiques (SORIA et CASANOVA, 2019)

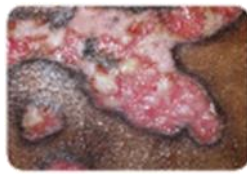


Figure 26: Ulcérations herpétiques (SORIA et CASANOVA, 2019)



Figure 27: Ulcérations herpétiques périanales (SORIA et CASANOVA, 2019)



Figure 28: Vésicules herpétiques périanales (SORIA et CASANOVA, 2019)

Pour conclure, différentes pathologies sont à distinguer de la DAI. Parfois, des examens complémentaires comme des biopsies peuvent être nécessaires pour confirmer le diagnostic. Il est important de noter que les traitements des autres pathologies ne sont pas bénéfiques sur la DAI, ce qui entraîne un retard dans la prise en charge.

Le tableau suivant présente les principaux diagnostics différentiels en fonction des signes cliniques.

Tableau III: Principaux diagnostics différentiels de la DAI		
	Aspects cliniques	Aspects différentiels
Plaie mycosique	Eruption érythémateuse pustuleuse à bords émiettés. Attention à la DAI surinfectée par une mycose.	Aspects périphériques des pustules. Squames.
Psoriasis en plaque	Plaques érythématosquameuses bien délimitées « émiettées » en périphérie.	Lésions sèches, bien délimitées. Recherche d'antécédent de psoriasis ou d'autres lésions sur le corps.
Psoriasis inversé	Lésions inflammatoires et vernissées.	Rarement squameuses, bien délimitées.
Dermite de contact	Lésions érythématosquameuses sèches mal délimitées souvent prurigineuses.	Lésions généralement polymorphes. Recherche d'une exposition à l'allergène (cosmétique, topique, change...) un patch test confirme le diagnostic.
Zona	Lésions érythémateuses roses vives puis vésiculeuses.	Vésicules groupées en bouquets, douloureuse. Eruption limitées au dermatome
Herpès génital	Eruption vésiculeuse puis ulcérations.	Vésicules groupées en bouquets.

II.2. Complications

Le patient doit être averti des risques de complications, c'est-à-dire infections et lésions de pression. Une orientation du patient vers le médecin traitant est nécessaire suite à ces signes de complication. Si l'infection n'est pas traitée, la cicatrisation n'aura pas lieu.

II.2.1. DAI infectée

En raison de la présence voisine de la voie urinaire et gastrointestinale, le risque de contamination bactérienne et fongique est augmenté, par rapport à des blessures sur d'autres emplacements anatomiques. Les entérobactéries de la flore digestive peuvent contaminer le patient au niveau du sacrum, comme les staphylocoques de la flore cutanée. En cas de lésions, la flore commensale peut franchir la barrière naturelle. Les infections se repèrent par des signes cutanés infectieux comme une éruption érythémateuse pustuleuse à bords émiettés ou vésiculo-

pustuleuse ou encore par un écoulement purulent. Les lésions se surinfectent rapidement, en quelques jours, favorisées par la macération et la modification du pH cutané.

II.2.1.1. Surinfection mycosique

La surinfection mycosique est principalement due à une colonisation par *Candida albicans* (principale levure impliquée en pathologie humaine). La consultation médicale est impérative. Dans la plupart des cas, la candidose est traitée localement par des antimycosiques imidazolés. Ces médicaments présentent l'avantage d'être actifs à la fois sur les bactéries et les champignons. L'application de l'antifongique local est biquotidienne, elle se fait jusqu'à la disparition complète des lésions (1 à 2 semaines) (eVIDAL, 2019). La solution d'éconazole pour application cutanée contient un excipient alcoolique, il est déconseillé de pulvériser sur les muqueuses génitales et les lésions suintantes. En dehors des applications de l'antifongique le protecteur cutané est à appliquer.

Il faut vérifier qu'il n'y a pas une autre atteinte fongique : le malade peut souffrir d'un muguet, d'une infection vaginale ou d'une atteinte digestive elle-même secondaire à une antibiothérapie à large spectre prolongée (FAUCHER, PALMIER, et MEAUME, 2017).



Figure 29: DAI surinfectée par *Candida albicans* (FAUCHER et PHILIPPE, 2019)

II.2.1.2. Surinfection bactérienne

En cas de surinfection bactérienne, il faut aussi être attentif à la couleur de la plaie ou de l'exsudat. Elle peut donner une indication sur la souche qui colonise la plaie. La plaie est verte si la bactérie *Pseudomonas aeruginosa* est présente, jaune crémeuse si la bactérie *Staphylococcus aureus* est présente, et marron si la bactérie *Escherichia coli* est présente. Un prélèvement par écouvillon doit être recueilli directement sur les lésions avant le traitement. L'augmentation de la résistance antimicrobienne justifie un usage judicieux des médicaments antibiotiques.

II.2.2. Risque d'escarre

L'exposition prolongée à l'humidité et aux irritants modifient les propriétés mécaniques de la peau et des tissus sous-jacents. L'augmentation du coefficient de friction et la modification de la rigidité des tissus potentialisent le risque d'escarre. De plus, l'augmentation locale de la chaleur cutanée par le biais de l'inflammation et de l'occlusion diminue la résistance cutanée à la déformation des tissus (GEFEN, 2014). Des études ont montré que plus de la moitié des patients porteurs d'escarres souffraient d'une incontinence fécale. Chez les patients incontinents fécaux, le risque de développer une escarre, était multiplié par 22 en comparaison aux patients continents (PARK et CHOI, 2016). Une étude indique que les patients incontinents et immobiles ont un risque plus élevé de développer une escarre (MAKLEBUST et MAGNAN, 1994). La gestion adéquate de l'incontinence réduit l'apparition des lésions et la survenue d'escarres. L'éducation des soignants est fondamentale pour une bonne prise en charge de ces pathologies. L'incontinence et la DAI apparaissent comme des facteurs de risque de survenue d'escarres. Mais la DAI peut survenir en l'absence de tout autre facteur de risque associé aux escarres et inversement (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). La plupart des facteurs de risque ne sont pas indépendants. La DAI et les escarres ont plusieurs facteurs de risques communs (tableau IV). Un même patient peut présenter les deux types de lésions conjointement, elles peuvent coexister rendant le diagnostic délicat (figure 30).

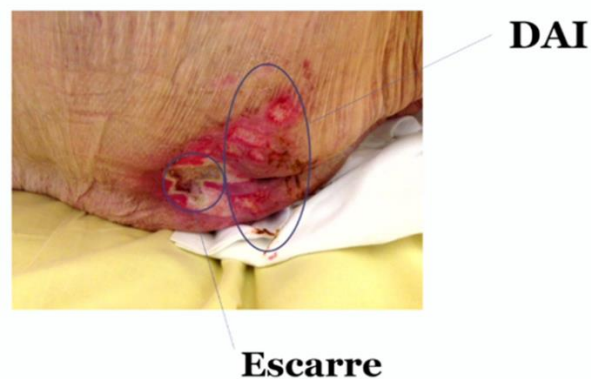


Figure 30: Association conjointe DAI et escarre chez un même patient

Tableau IV: Facteurs de risque d'escarre et de DAI (BEECKMAN, 2017)	
Escarre	DAI
<u>Facteurs de risque intrinsèque :</u> Age Troubles de la mobilité, immobilité Dénutrition Bas débit circulatoire Pathologies aiguës ou chroniques Altération de la peau (liée au diabète, aux corticoïdes) Antécédents d'escarre	Type d'incontinence : Incontinence fécale (selles liquides/selles moulées) Incontinence urinaire Incontinence mixte (fécale et urinaire) Fréquence des épisodes d'incontinence Utilisation de protections occlusives Altération de la peau (liée à l'âge, au diabète, aux corticoïdes) Troubles de la mobilité, immobilité Troubles cognitifs Impossibilité d'assurer sa propre hygiène Dénutrition Médicaments (antibiotiques, immunosuppresseurs, corticoïdes) Douleur Fièvre Soins d'hygiène agressifs et répétés
<u>Facteurs de risques extrinsèques :</u> Pression Cisaillement Friction Macération Incontinence	

II.3. Evaluation de l'inconfort, de la douleur

Selon l'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur), la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ». La DAI est une pathologie douloureuse. La douleur peut être spontanée ou non, brutale et inattendue, limitée aux soins, aux changements de position ou aux mobilisations. Les patients présentant une DAI ressentent gênes, sensations de brûlures, démangeaisons ou picotements. Des lésions de grattage peuvent être retrouvées en cas de démangeaisons.

On distingue la douleur par excès de nociception (aigüe ou chronique) et la douleur neuropathique (induite par une lésion nerveuse périphérique ou centrale). La douleur de DAI correspond à une douleur par excès de nociception lorsqu'une lésion stimule les récepteurs périphériques sensitifs, de façon aigüe ou chronique. L'intensité n'est pas corrélée à la taille de la lésion. La douleur neuropathique est ressentie comme des décharges électriques, des élancements, des brûlures et des picotements dans le territoire des nerfs atteints. Elle est extrêmement désagréable pour le patient. Pour tous les patients, la douleur doit être évaluée régulièrement avec des outils validés.

Actuellement, il n'existe aucun outil spécifique pour évaluer la douleur dans le cadre d'une altération de l'intégrité de la peau. Les outils d'évaluation sont à utiliser en fonction de la capacité cognitive du patient (POPESCU et SALCIDO, 2004). L'évaluation de la douleur est basée sur une auto-évaluation par le patient de son intensité à l'aide d'une échelle validée échelle numérique (EN 0 à 10), échelle verbale simple (EVS), échelle visuelle analogique (EVA). Si l'auto-évaluation par le patient n'est pas possible l'utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation adaptée à la situation du patient et au contexte est préconisée. Par exemple, un patient non communicant peut exprimer la douleur par des sons non-verbaux (des pleurs), des expressions faciales (des grimaces, froncement des sourcils), des mouvements corporels protecteurs ou des postures (en se retirant du toucher). Il existe plusieurs échelles dont ALGOPLUS et DOLOPLUS. Tout patient qui exprime une douleur doit être entendu, cru et traité (VIDAL, 2018).

Le médecin propose un traitement antalgique adapté au malade. Les douleurs de fond ou aiguës doivent être différenciées.

Pour prendre en charge les douleurs, un traitement antalgique continu peut être nécessaire. Les trois paliers de l'organisation mondiale de la santé (OMS) doivent être respectés ainsi que les délais d'action. Les doses doivent être adaptées aux sujets âgés, à la variabilité interindividuelle et à l'accoutumance. Le traitement des douleurs neurogènes est quant à lui très différent de celui des douleurs par excès de nociception. Les antalgiques n'ont que peu ou pas d'action sur elles.

En prévention de la douleur liée à un soin, l'adaptation des actes infirmiers a une grande importance pour le confort du patient. Ainsi, un certain nombre de mesures permettent de minimiser les phénomènes douloureux: une installation confortable, l'éviction des frottements, des topiques adaptés (non irritants, sans alcool, etc). Les antalgiques par voie générale (per os, sous cutanée ou intra-veineux) avec des bolus pour les pics douloureux prévisibles avant les soins sont possibles. Au niveau local, les anesthésiques locaux (de type lidocaïne ou xylocaïne) utilisés hors autorisation de mise sur le marché (AMM) n'ont pas leur place dans la prise en charge. Ils peuvent aggraver la douleur. Les douleurs peuvent aussi être anticipées par l'inhalation d'un gaz de mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène (MEOPA, Kalinox®). Son utilisation est limitée au milieu hospitalier, l'utilisation possible en ville relève de l'hospitalisation à domicile (HAD) (FAUCHER, PALMIER, et MEAUME, 2017). L'efficacité antalgique doit être réévaluée quotidiennement, si une molécule ne convient pas, il est nécessaire de la changer.

Encadré 1 : Conseils aux soignants

- Les douleurs procédurales avec des pics douloureux extrêmement intenses et répétées sont prévisibles et doivent faire l'objet d'une prévention.
- Le moindre mouvement dans le lit peut être douloureux pour le patient. Il faut donc être vigilant au changement de position, aux positionnements, aux plis des draps, à toutes forces de frottement et de cisaillement. Tous ces éléments peuvent être source d'inconfort.
- Les possibles effets indésirables d'un traitement antalgique doivent être signalés lors de la dispensation (troubles digestifs, troubles de l'équilibre, somnolence, constipation, etc) et si nécessaire ajouter des prescriptions préventives.
- Accepter le refus du patient d'être touché.
Discuter avec lui pour être au plus proche.

II.4. Outils d'évaluation de la DAI

Face à de très nombreux facteurs de risque, diagnostiquer et actionner des mesures préventives pour la DAI ont été nécessaires. Par conséquent, les cliniciens ont élaboré des échelles de risque ou de sévérité. On dispose à ce jour de différentes échelles anglo-saxonnes :

- *Perirectal Skin Assessment Tool* (PSAT) (BROWN, 1993)
- *Hospital Survey on Incontinence and Perineal Skin Injury* (LONG, REED, DUNNING, *et al.*, 2012)
- *Skin Assessment Tool* (LUTZ et KENNEDY 1996)
- *Perineal Assessment Tool* (PAT) (NIX, 2002)
- *Incontinence Associated Dermatitis and its Severity* (IADS) (BORCHET, BLISS, SAVIK, *et al.*, 2010)
- *Incontinence-Associated Skin Damage Severity instrument* (IASD-D.2) (BLISS, GURVICH, HURLOW, *et al.*, 2018)
- *Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool* (IADIT) (JUNKIN et SELEKOF, 2008)
- *Skin excoriation tool* (NATVNS, 2009), mise à jour *Scottish Excoriation & moisture related skin damage tool* (NATVNS, 2014)

Et deux échelles traduites en français :

- L'outil d'évaluation de la sévérité de la DAI (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015) (*IAD Severity Categorisation Tool* en anglais)
- *Globiad* (BEECKMAN, VAN DEN BUSSCHE, et ALVES, 2017)

II.4.1. Outil d'évaluation des risques de DAI

La nécessité de mettre en place des mesures préventives face à une si grande diversité de facteurs de risque a conduit le chercheur NIX à élaborer une échelle de risque. Détecter les facteurs de risque peut être considéré comme la première mesure préventive à mettre en œuvre. L'outil *PAT (outil d'évaluation périnéale)* est le seul outil d'évaluation des risques de la DAI. Les quatre catégories évaluées sont le type d'irritant (urine +/- selles), la durée d'exposition, l'état cutané et les facteurs contributifs extrinsèques (figure 31). Chacun de ces quatre critères est évalué et noté sur une échelle de 1 à 3. Une note cumulée de 4 représente le risque le plus faible, tandis qu'une note de 12 représente le risque le plus élevé (un score compris entre 4 et 6 indique un risque faible, entre 7 et 12, c'est un risque élevé) (LEBLANC, CHRISTENSEN, et ROBBS, 2010). Ce score devra être réévalué d'une manière générale, le plus régulièrement possible pour ne pas passer à côté d'une augmentation, même légère du risque du patient.

L'outil *PAT* intègre la mesure précise de la zone touchée. Cette mesure est compliquée voire impossible à réaliser chez les patients difficilement mobilisables. De plus, cette mesure est chronophage. Aussi, cet outil évalue les symptômes spécifiques des patients tels que les picotements, les brûlures, les démangeaisons et les douleurs. Cette mesure est de nouveau impossible chez les patients sédatisés, confus, inconscients. L'utilisation est limitée dans les études de recherches, son utilité en pratique clinique n'a pas été établie (NIX et HAUGEN, 2010).

Note			
	3	2	1
Intensité de l'irritant			
Type et intensité de l'irritant	Selles liquides avec ou sans urine	Selles molles avec ou sans urine	Selles moulées et/ou urine
Durée d'exposition			
Durée d'exposition de la peau à l'irritant	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 2 heures	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 4 heures	Changement des draps/serviettes au moins toutes les 8 heures
État cutané de la région périnéale			
Intégrité de la peau	Peau dénudée/érodée avec ou sans dermatite	Erythème/dermatite avec ou sans candidose	Peau claire et intacte
Facteurs contributifs			
Hypoalbuminémie, prise d'antibiotiques, alimentation par sonde, <i>Clostridium difficile</i> , autre	Trois facteurs contributifs ou plus	Deux facteurs contributifs	Aucun ou un facteur contributif
Note de 4 à 6 = risque faible Note de 7 à 12 = risque élevé			

Figure 31: Traduction de l'outil d'évaluation périnéale (NIX, 2002)

II.4.2. Outils d'évaluation de la sévérité de la DAI

Les autres outils évaluent la gravité de la DAI. Les outils *IADIT* et *skin excoriation tool* comportent une classification des lésions. Une échelle d'intervention est en complément. Les quatre catégories exposées avec photographies et définitions précises permettent de déterminer

le stade de gravité de la DAI et la conduite à tenir. L'avantage de ces échelles est la suggestion d'intervention en fonction du stade de DAI identifiée et de la surinfection fongique (uniquement IADIT).

Skin assessment tool, *IADS*, *IASD*, *skin excoriation tool*, *IADIT* proposent une évaluation globale et classent la DAI dans plusieurs catégories : légère, modérée ou sévère. L'outil de catégorisation de la sévérité de la DAI recommandé par le groupe d'experts a également des catégories similaires. Tandis que les autres outils utilisent un système de notation cumulatif. Chaque domaine comporte plusieurs items ou critères auxquels sont affectés des notes en fonction de l'état des patients. Ce qui permet d'obtenir un score global. Pour chaque échelle, il existe un score seuil qui classe la DAI ou le risque de DAI. Les échelles anglo-saxonnes sont utilisées dans les études mais pas en pratique clinique.

II.4.3. Recommandations de 2015

Le groupe d'experts recommande l'utilisation de l'outil de catégorisation de la sévérité de la DAI (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Cet outil classe en trois catégories la sévérité de la DAI. Elles sont illustrées par des photographies, une description de la peau et les signes observables d'aide au diagnostic : catégorie 0 (pas de rougeur et peau intacte), catégorie 1 (DAI légère), catégorie 2 (DAI modérée à sévère). L'évaluation des autres instruments étant limitée, certains étant trop fastidieux et trop complexes en pratique clinique pour le groupe d'experts.

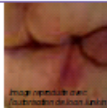
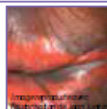
Présentation clinique	Sévérité de la DAI	Signes**
	Absence de rougeur et peau intacte (présentant un risque)	La peau est normale comparée au reste du corps (aucun signe de DAI)
	Catégorie 1 – Rouge* mais peau intacte (légère)	Érythème +/- œdème
 	Catégorie 2 – Rouge* avec rupture de la peau (modérée-sévère)	Mêmes signes que pour la catégorie 1 ci-dessus +/- vésicules/bulles/érosion de la peau +/- dénudation de la peau +/- infection cutanée
* Ou plus pâle, plus sombre, violet, rouge foncé ou jaune chez les patients dont les teintes de peau sont plus sombres		
**Si le patient n'est pas incontinent, l'affection n'est pas une DAI		

Figure 32: Outil de catégorisation de la sévérité de la DAI par le groupe d'experts (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015)

Une enquête de 2015 a examiné la faisabilité d'utiliser des outils dans la pratique courante en maison de retraite. Le personnel a indiqué que les instruments étaient chronophages et trop complexes sur le plan linguistique (outils non traduits). Il a été précisé que l'outil idéal doit comporter des photographies de référence de la peau illustrant les différents points de l'échelle (CLARKE-O'NEILL, FARBROT, LAGERSTEDT EIDRUP, *et al.*, 2015).

II.4.4. Globiad

En 2017, un nouvel outil de classification de la DAI a vu le jour : l'outil *Ghent Global IAD Categorization (Globiad)*. Cet outil est traduit en quatorze langues et aspire à une norme internationalement acceptée pour promouvoir un langage commun et une description normalisée de la sévérité de la DAI (BEECKMAN, VAN DEN BUSSCHE, et ALVES, 2017). Cette échelle sépare la DAI en deux catégories en fonction de la sévérité cutanée. La catégorie 1 correspond à la présence cutanée de rougeurs persistantes sans perte de peau. La catégorie 2 avec perte de peau : érosion cutanée, dénudation ou excoriation. Toutes deux subdivisées en fonction de l'absence (catégorie A) ou la présence de signes cliniques d'infection (catégorie B). Les quatre catégories sont illustrées par des photographies et des descriptions cliniques des lésions. Etant donné le développement récent de cet outil, aucun test de fiabilité, de validité ou de conformité n'a été signalé (BEECKMAN, VAN DEN BUSSCHE, ALVES, *et al.*, 2018).

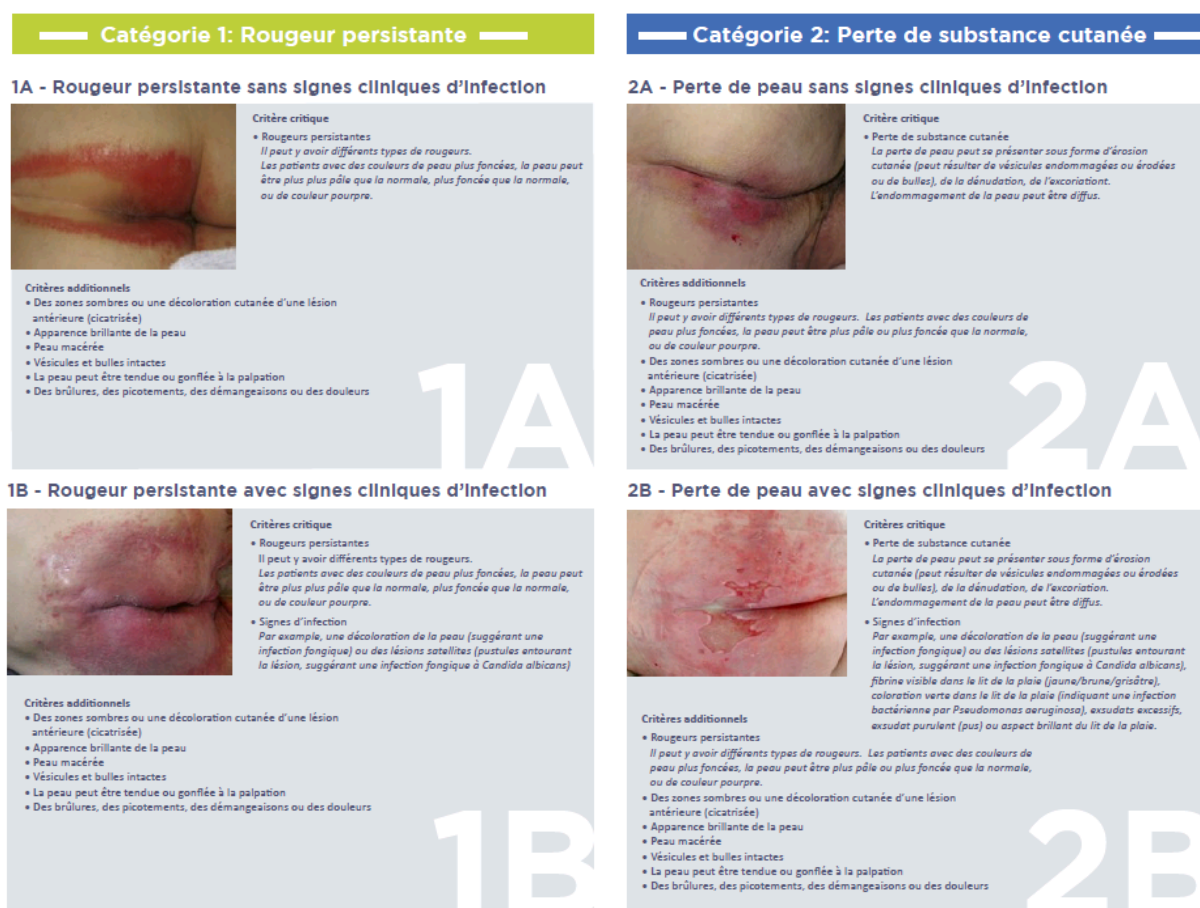


Figure 33: Outil GLOBIAD (BEECKMAN, VAN DEN BUSSCHE, ALVES, *et al.*, 2018)

Actuellement, l'utilisation d'un instrument validé pour l'évaluation des lésions est considérée comme un aspect fondamental et essentiel de l'investigation clinique. Cependant aucun outil n'est reconnu comme norme internationale.

II.5. Dossier de soins du patient atteint de DAI

Au domicile ou en établissement de soins, les patients présentant une DAI peuvent bénéficier d'un dossier de soins, où sont tracées précisément les informations sur l'évolution de la plaie. Le dossier de soin comprend une fiche d'observation et un tableau de bord. Les documents doivent être utilisés par les différents intervenants. Cette harmonisation est indispensable pour faciliter les consignes au chevet du patient.

II.5.1. La fiche d'observation

Le dossier de soin comprend une fiche d'observation, renseignant sur l'état des lésions. Cette fiche est à compléter tous les deux jours par le personnel soignant. Cet outil nommé *Globiad monitoring tool*, fait intervenir la classification *Globiad* (VAN DEN BUSSCHE, VERHAEGHE, VAN HECKE *et al.*, 2018).

La fiche initiale sert de document de référence.

Il convient de :

- Renseigner les données générales comme la date, le numéro d'identification du patient et les initiales de l'infirmière.
- Déterminer la classification de la gravité de la DAI (basée sur la classification *Globiad*) qui distingue la présence de rougeurs persistantes (catégorie 1), la présence de perte de peau (catégorie 2), tous deux subdivisés en fonction de l'absence (catégorie A) ou de la présence (catégorie B) de signes cliniques d'infection.
- Renseigner les données cliniques :
 - Décrire la topographie et l'étendue des lésions : l'érythème et la perte de la peau sont reportés sur une grille pour calculer automatiquement la surface atteinte en pourcentage.
 - La présence d'œdème, de macérations et de signes cliniques d'infections doivent être documentés.
 - Mesurer dans un même temps, la gêne et la douleur induites : la dernière catégorie comprend les démangeaisons, les fourmillements, les sensations de brûlures et les douleurs liées à la DAI.
 - L'intensité de la douleur liée à la DAI est évaluée à l'aide d'une échelle numérique de notation.

DAILY IAD MONITORING

GENERAL DATA	IAD CATEGORISATION
Date Patient ID Nurse initials 	Categorisation IAD according to GLOBIAD ☐ 1A Persistent redness without clinical signs of infection ☐ 1B Persistent redness with clinical signs of infection ☐ 2A Skin loss without clinical signs of infection ☐ 2B Skin loss with clinical signs of infection

PERSISTENT REDNESS	SKIN LOSS
Indicate the squares where you observe persistent redness 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  % redness	Indicate the squares where you observe skin loss 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  % skin loss

OEDEMA AND MACERATION	SIGNS OF INFECTION
☐ Oedema is present, skin feels tense or swollen at palpation ☐ Macerated skin	☐ Satellite lesions (pustules surrounding the lesion, suggesting a Candida albicans fungal infection) ☐ White scaling of the surrounding skin (suggesting a fungal infection) ☐ Changes in color in the wound bed (such as green, yellow, brown, greyish) ☐ Purulent exudate (pus) ☐ Excessive exudate levels

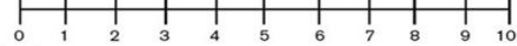
PATIENT EXPERIENCE	Intensity of IAD-related pain via Numerical Rating Scale
IAD related ☐ Itching ☐ Tingling ☐ Burning ☐ Pain	No pain Moderate pain Unbearable pain  Self-report is not possible

Figure 34: Fiche d'observation de l'état cutané (VAN DEN BUSSCHE, VERHAEGHE, VAN HECKE, et al., 2018)

II.5.1. Le tableau de bord

Pour suivre l'évolution du statut de la DAI au fil des jours, un tableau de bord regroupe les données de la fiche d'observation. Les critères obtenus de la fiche sont reportés dans le tableau. Les cases sont coloriées en rouge pour l'absence de l'élément et en vert pour sa présence. Une inspection cutanée quotidienne reste indispensable (VAN DEN BUSSCHE, VERHAEGHE, VAN HECKE, *et al.*, 2018). Un exemple d'utilisation est retrouvé en annexe n°1.



Ghent Global IAD Monitoring Tool

DASHBOARD

GENERAL DATA

Patient ID

Initial GLOBIAD categorisation

			Wound assessment					Patient experience			
Date	Nurse initials	Cat.	Persistent redness	Skin loss	Oedema	Maceration	Signs of infection	Itching	Burning	Tingling	Pain
			... %	... %							NRS:
			... %	... %							NRS:
			... %	... %							NRS:
			... %	... %							NRS:
			... %	... %							NRS:
			... %	... %							NRS:

N/R = Not Reported
absence
presence

Figure 35: Tableau de bord des lésions de DAI (VAN DEN BUSSCHE, VERHAEGHE, VAN HECKE, et al., 2018)

Le suivi de la cicatrisation doit permettre d'évaluer l'efficacité du protocole de soin mis en place afin de réajuster les pratiques et les prescriptions si besoin. Chacune des étapes du suivi doivent être consignées au dossier de soin au domicile du patient pour une prise en charge et une traçabilité optimale. L'ensemble des données recueillies doit être partagé avec le médecin référent pour une réponse médico-paramédicale rapide et efficace (VAN DEN BUSSCHE, VERHAEGHE, VAN HECKE, *et al.*, 2018).

III. Prévention et traitement de la DAI

L'exposition de la peau à l'urine ou aux fèces constitue la seule cause de la DAI. Par conséquent l'objectif de toute intervention consiste à éliminer ou minimiser le contact cutané avec les irritants. Deux interventions similaires sont retrouvées pour la prévention et le traitement, à savoir (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015):

- La prise en charge de l'incontinence
- La mise en œuvre d'un protocole structuré de soins cutanés

III.1. La prise en charge de l'incontinence

III.1.1. Identifier les causes réversibles et les traiter

Les incontinenances en rapport avec l'incapacité du patient ou l'inadaptation de l'environnement pour atteindre les toilettes doivent être corrigées.

III.1.1.1. Les interventions comportementales non invasives

L'interrogatoire nécessite une bonne coopération du patient avec l'évaluation de ses habitudes urinaires et/ ou défécatoires en termes de fréquence, de nature des fuites, de besoins pressants, d'ancienneté. Les facteurs aggravants sont aussi recherchés (maladie chronique, toux, infections urinaires à répétition, atrophie vulvovaginale, constipation, diabète, réduction de la mobilité). Les erreurs hygiéno-diététiques doivent être prises en compte (apports hydriques excessifs ou mauvaise répartition des prises liquidiennes, tisanes diurétiques, consommation importante d'alcool, de café ou de boissons contenant de la caféine). L'établissement d'un calendrier mictionnel est possible pour repérer les habitudes urinaires et corriger les erreurs de comportements (horaires, volume, sensation de besoins, survenue de fuites et leurs circonstances) (MATHIEU, BENCHIKH, AZZOUZI, *et al.*, 2014 ; DEFFIEUX, 2017). La mise en œuvre d'une conciliation des traitements médicamenteux avec les plaintes du patient peut permettre d'identifier une ou des molécules responsables d'une modification du transit ou des urines (laxatifs, antibiotiques, diurétiques, morphiniques...).

L'incontinence peut être le symptôme d'autres pathologies qui peuvent être traités (infections urinaires, infections à *Clostridium difficile*, fécaldomes) et pour lesquelles il existe des thérapeutiques efficaces.

III.1.1.2. Les interventions environnementales non invasives

Les difficultés potentielles d'accessibilité des toilettes doivent être prises en compte et corrigées : présence d'un bassin, ou d'une chaise percée, éclairage du trajet vers les toilettes pendant la nuit, poignées d'appui offrant une meilleure sécurité, présence de toilettes dans les lieux collectifs (CALLANQUIN, CAMUZEUX, et LABRUDE, 2008). Le choix de vêtements doit être orienté vers un facile à enlever et à remettre. L'entourage doit solliciter régulièrement la personne, notamment si elle n'exprime pas spontanément son besoin d'uriner, l'observation des changements de comportement peuvent être le signe d'un besoin d'uriner en cas de trouble de l'expression verbale (agitation, agressivité, déambulation) (RIOUFOL, 2006 ; TUSSEAU et RETAILLEAU, 2018). Le recours aux barrières de lit notamment la nuit et la contention physique sont utilisés qu'en cas d'absolue nécessité. Le fait de demander constamment au patient d'uriner peut aboutir à des comportements anxieux ou phobiques aggravant l'état mictionnel (pollakiurie de précaution) (ROUPRET et AUDENET, 2012).

III.1.1.3. Apprécier la fréquence et la sévérité

La gravité est fondée sur des scores cliniques, permettant de quantifier les symptômes de l'incontinence (nature, fréquence des pertes, port de protection) et le retentissement sur la qualité de vie (impossibilité de différer le besoin, renoncer à des activités, utiliser des ralentisseurs du transit, ou ne pas prendre son diurétique avant de sortir de chez soi). Les scores les plus fréquemment utilisés pour évaluer l'incontinence urinaire sont : le catalogue mictionnel et le pad-test (LE NORMAND, 2008 ; COUR, 2014). En ce qui concerne l'incontinence fécale la classification dit de *Jorge et Wexner* ou *Score de Cleveland* (JORGE et WEXNER, 1993) et le score de *Pescatori* sont utilisés.

III.1.1.4. L'examen clinique

L'examen clinique cherche à reconnaître le type d'incontinence. Il comporte une recherche des zones douloureuses, le praticien peut observer la région pelvienne à la recherche de cicatrices causées par un accouchement ou une opération chirurgicale. L'observation des sphincters de l'anus, un toucher rectal peut être réalisé pour mettre en évidence une anomalie de la structure de l'anus ou du rectum, comme un prolapsus ou des hémorroïdes ainsi que la détection d'un fécalome. Les réflexes périnéaux peuvent être testés afin de révéler une lésion nerveuse. L'interrogatoire permet de mettre en évidence les traitements entrepris et leurs efficacités (CORTESSSE et CARDOT, 2008 ; SIPROUDHIS, 2008).

Le diagnostic des incontinenances est avant tout clinique, bien que des examens complémentaires soient réalisables. D'une part pour la partie urinaire, il s'agit d'imagerie, d'échographie, de bandelettes urinaires, d'examen cyto bactériologique des urines (ECBU), de bilan urodynamique (GAILLET et KARSENTY, 2010 ; DEFFIEUX, 2017). D'autre part pour observer le rectum et l'anus, la manométrie ano-rectale, l'échographie endo-rectale, l'imagerie par résonance magnétique, l'électromyographie anale peuvent être réalisées. Eventuellement

une coloscopie peut être nécessaire pour examiner le colon (CERANTOLA, AELLEN, et GIVEL, 2009).

III.1.2. Les systèmes palliatifs

Si l'incontinence menace la peau, l'objectif est de collecter les effluents. Il existe deux types de produits. D'un côté, les produits non absorbants utilisés en traitement de la DAI (les étuis péniers, les sondes, etc) et de l'autre, les produits absorbants pour adultes, en prévention et en traitement. Les produits pour incontinence sont choisis avec soin en fonction des besoins et du patient (DENAT et KHORSHID, 2011).

III.1.2.1. Les dispositifs de recueil

Pour éviter le contact urine-peau, on peut utiliser des dispositifs de recueil ou de drainage des urines. Ces dispositifs externes sont positionnés autour des organes génitaux, ils sont destinés à canaliser l'écoulement des urines évacuées par les voies naturelles. Chez l'homme, l'étui pénien placé autour de la verge et percé à son extrémité, permet l'écoulement de l'urine dans une poche de recueil fixée à la jambe. En 2015, 8,8 millions d'étuis péniers ont été remboursés en ville (HAS, 2017). L'urinal et le plat bassin chez la femme sont des récipients lavables et réutilisables généralement utilisés chez les personnes ayant un contrôle de la miction, mais qui sont alitées ou dont la mobilité est réduite.

Si une déviation temporaire des irritants est préconisée, les sondes urinaires destinées à la vidange de la vessie par les voies naturelles peuvent être prescrites. Le sondage urinaire est un acte à risque infectieux élevé, il n'est réservé que pour certains cas précis. Il existe deux types de sondages : le sondage intermittent pratiqué plusieurs fois par jour et le sondage à demeure qui permet une vidange continue des urines pendant plusieurs jours ou semaines. En 2015, 45 millions de sondages intermittents et 240 000 sondes à demeure ont été remboursées en ville (HAS, 2017).

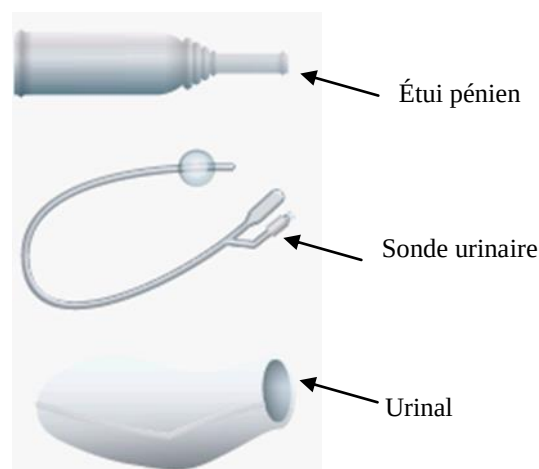


Figure 36: Dispositifs de recueil des urines (CROOK, EVANS, et PRITCHARD, 2014)

Pour les formes sévères d'incontinence fécale chez les patients à haut risque de DAI, et dans des cas spécifiques, les collecteurs fécaux peuvent fournir temporairement une solution (exemple Flexi-Seal® laboratoire Convatec) (Miget et al. 2018). L'obturateur anal est un tampon en mousse, il s'insère comme un suppositoire et se retire comme un tampon et ne nécessite pas d'éducation particulière. Il peut être utilisé temporairement ou quotidiennement. Le système d'irrigation transanale permet une vidange complète de la partie terminale du colon par l'introduction d'eau dans l'intestin à l'aide d'une sonde. Il prévient ainsi l'incontinence fécale et la constipation pendant deux jours en moyenne.

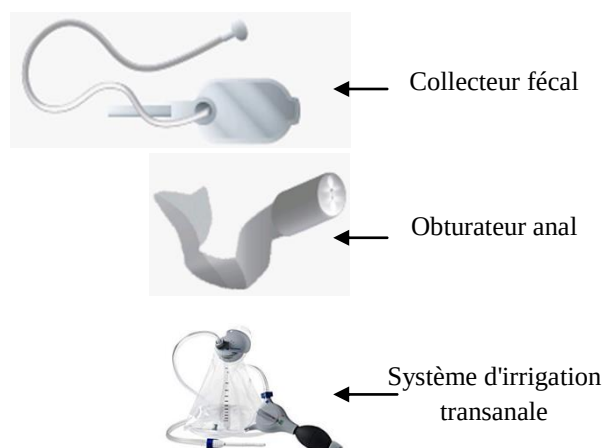


Figure 37: Dispositifs de recueil des selles (COLOPLAST, 2019 ; CROOK, EVANS, et PRITCHARD, 2014)

III.1.2.2. Les changes absorbants

Les changes absorbants sont disponibles en vente libre sans ordonnance et sans remboursement (pas d'inscription à la liste des produits et prestations remboursables LPPR). Le patient âgé de plus de 60 ans ayant un fort niveau de dépendance peut se faire financer une partie des dépenses grâce à une prise en charge par le conseil général du département, c'est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Il existe de nombreux produits absorbants très diversifiés en termes de composition, de design, de taille, d'utilisation (jetables ou réutilisables) (MIGET, MOUTOUNAICK, KERVINIO, *et al.*, 2018). Les critères à prendre en compte pour le choix d'un produit absorbant sont : le type et le niveau d'incontinence, le sexe du patient, la saturation des protections et l'importance des fuites, l'autonomie et les activités quotidiennes, le confort, l'utilisation diurne ou nocturne. Les protections sont constituées de trois parties : un noyau absorbant interposé entre une couche extérieure hydrophobe et une couche hydrophile au contact de la peau. Le système absorbant est constitué pour les formes jetables, de polymères super-absorbants ou de gélifiant absorbant et, pour les formes réutilisables de tissu en éponge ou polyester permettant un lavage en machine (MIGET, MOUTOUNAICK, KERVINIO, *et al.*, 2018).

Les laboratoires recherchent l'amélioration de leurs produits dans le cadre de la DAI. (BLISS, BLAND, WILTZEN, *et al.*, 2017) Pour supprimer l'humidité à la surface de la peau,

ils tendent à utiliser des matériaux lisses et respirants avec une capacité d'absorption maximale. Pour limiter les effets occlusifs, un revêtement extérieur respirant est développé. Le confort est aussi recherché avec la suppression des odeurs. La qualité et l'absorption d'une protection dépend du type d'absorbant utilisé et de sa quantité. L'épaisseur d'un change n'est pas proportionnelle à sa capacité d'absorption.

Un essai clinique randomisé portant sur l'incontinence urinaire féminine (SUGAMA, SANADA, SHIGETA, *et al.*, 2012) a démontré la plus grande efficacité d'un change super-absorbant dans le contrôle des lésions de la DAI. Ses caractéristiques sont : une absorption maximale de l'urine au niveau de l'emplacement anatomique de l'écoulement, une forme convexe de l'absorbant empêchant les fuites vers les fesses et la suppression de l'humidité à la surface de la peau. Les fesses restent au sec par rapport à un change standard (figure 34).

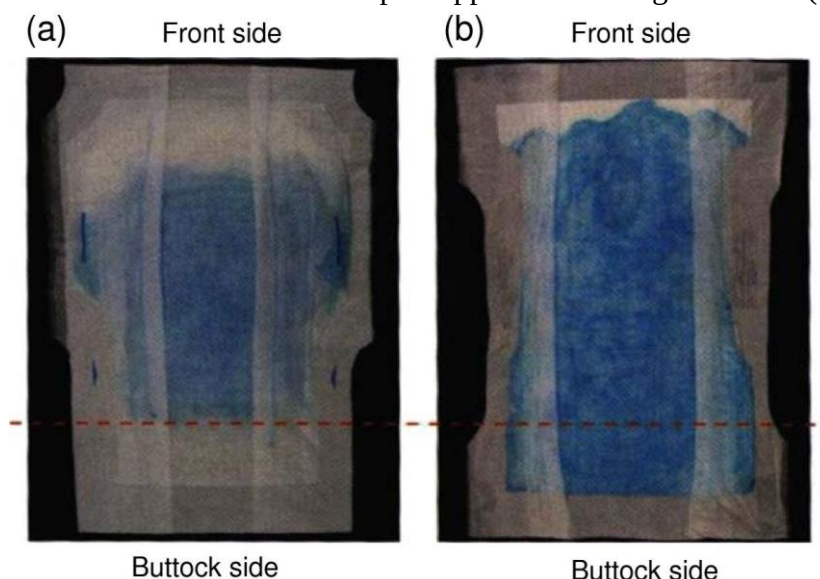


Figure 38: Diffusion d'urine sur les changes (SUGAMA, SANADA, SHIGETA, *et al.*, 2012)

Les photographies montrent que la diffusion de l'urine test en bleue est plus étroite sur le change super-absorbant (A) et empêche toute fuite dans la région des fesses comparé au change standard (B).

Les produits les plus récents aux propriétés de gestion des liquides sont considérés comme un appoint à un protocole structuré de soins cutanés pour aider à éviter l'occlusion et la surhydratation de la couche cornée (BEECKMAN, CAMPBELL, *et* CAMPBELL, 2015).

Les changes doivent être renouvelés fréquemment car ils retiennent l'humidité et les irritants à la surface de la peau (KOTTNER *et* BEECKMAN, 2015). Les complications liées au port de protections sont l'occlusion prolongée, l'humidité, la modification du pH local, l'exposition directe de la peau à l'urine, le frottement sur la peau. Elles sont des facteurs favorisant les complications cutanées locales, infectieuses ou la DAI. Les protections périodiques féminines n'ont pas leur place dans l'incontinence urinaire (COTELLE, 2017).

Il est recommandé de réévaluer le type et la fréquence de l'incontinence sur une base régulière, pour adapter la gestion et estimer le risque pour la peau. Il est important de présumer que tous les patients incontinents sont à risque de développer une DAI.

Exemples de changes pour incontinence :



Figure 39: Différents changes pour incontinences

III.2. Mise en œuvre d'un protocole structuré de soin

La présence d'une incontinence urinaire et/ ou fécale en l'absence de facteur de risque doit entraîner la mise en œuvre d'un protocole approprié de prévention pour minimiser l'exposition à l'urine et aux selles afin de protéger la peau (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

La deuxième stratégie clé est la mise en œuvre d'un protocole de soins cutanés. Cette intervention comporte un bilan cutané approfondi (diagnostic différentiel) et l'évaluation de la peau. Cette évaluation comprend l'observation clinique des signes de DAI par inspection visuelle des zones exposées aux irritants. Il est recommandé d'évaluer quotidiennement la peau de tous les patients souffrant d'incontinence. Dans certaines circonstances comme la diarrhée ou les épisodes fréquents d'incontinence, la peau doit être observée plus régulièrement.

Prévention

La mise en place des mesures de prévention commence dès l'identification de l'incontinence et concerne l'ensemble des soignants en contact avec le patient. La prévention et la surveillance concernent tous les patients incontinents, à un niveau variable certes, mais il ne faut négliger aucun individu. Ces mesures s'appliquent à tout individu dont l'état cutané est intact mais estimé à risque et visent à éviter la survenue de nouvelles dermites chez les patients, qui en ont déjà développée.

La prévention consiste à faire des soins de la peau comprenant deux interventions principales :

- Le nettoyage en douceur vise à éliminer l'urine et/ou les selles,

- La protection de la peau, par l'application d'hydratants et d'agents protecteurs :
 - L'hydratation correcte de la peau renforce et préserve sa fonction de barrière cutanée naturelle. La peau est moins fragile face aux contacts avec les urines.
 - L'application de protecteur cutané forme une barrière entre l'irritant et la peau. Les protecteurs cutanés ont le statut de médicament, de dispositifs médicaux ou des cosmétiques.

En prévention, si des produits hydratants efficaces et des changes appropriés sont utilisés et changés régulièrement, les protecteurs cutanés ne sont pas nécessaires (ERSSER, GETLIFFE, VOEGELI, *et al.*, 2005). Cependant, ces derniers doivent être appliqués sur les peaux vulnérables telles que les personnes âgées ou lorsque la peau est humide (macérée).

Traitement

Le traitement des lésions de DAI comporte un protocole identique à la prévention. Néanmoins, une étape supplémentaire est nécessaire. Il s'agit de la réparation, qui a pour but de cicatriser les lésions. Le protocole de soins comprend donc le nettoyage, la protection et la réparation de la peau par des protecteurs cutanés. Ce qui favorise la résolution de la DAI. La barrière cutanée est ainsi réparée.

La prise en charge de la prévention et du traitement de la dermite simple peut être faite en officine. Cependant, les patients présentant des signes cliniques d'infection, de retard de cicatrisation, de douleur ou les personnes sensibles doivent consulter leur médecin (voir figure 40).

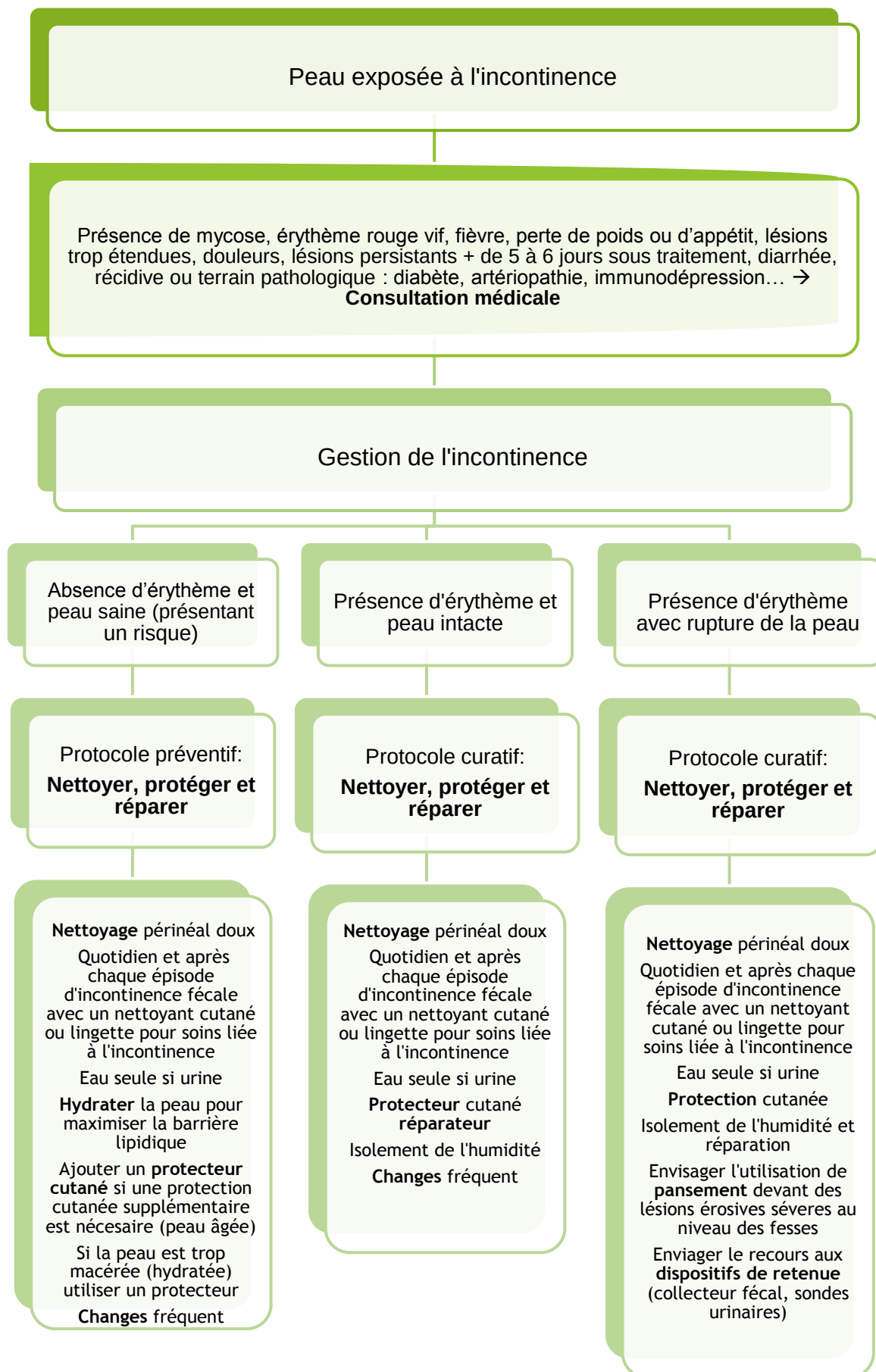


Figure 40: Différents protocoles de soin en fonction de l'état cutané

III.2.1. Repérer la DAI

Dans un premier temps il s'agira de repérer les patients à risque susceptibles de développer une DAI et à poser le bon diagnostic pour une DAI déclarée.

Exemple de démarche diagnostique à réaliser par le médecin ou l'infirmier sur une lésion cutanée :

- Première étape : est-on en présence d'une DAI ?

La DAI est définie comme la réponse de la peau à une exposition à l'urine et/ ou aux matières fécales (inflammation et érythème avec ou sans érosion). La peau de toute personne incontinente doit être inspectée quotidiennement afin de repérer des signes de DAI. Cette inspection peut être plus fréquente selon le nombre d'épisodes d'incontinence. Ce repérage précoce permet une prise en charge évitant ainsi l'étendue des lésions.

Une vigilance particulière doit être portée sur la zone au-delà du périnée : fesses, pli-inter fessier, cuisse, partie inférieure du dos et de l'abdomen, plis cutanés (aine, sous le pli abdominal...). En effet, la souillure ou l'humidité pourraient être emprisonnées dans ces zones. La présence possible des signes suivants : érosion, dénudation, vésicules, papules, pustules sont également à prendre en compte dans le diagnostic.

Un diagnostic différentiel doit être établi entre une DAI et d'autres pathologies telles qu'eczéma, herpès, zona...

En parallèle, le soignant doit demander au patient s'il ressent une douleur, une brûlure, des démangeaisons ou des picotements.

- Deuxième étape : la peau est-elle intacte ou abîmée ?

Le soignant peut déterminer la gravité de la blessure de la DAI en s'interrogeant sur l'intégrité de la barrière cutanée. L'atteinte de la DAI est divisée en deux catégories principales:

- La présence de rougeur persistante avec une peau intacte est considérée comme une forme légère de DAI. Différentes nuances de rougeurs peuvent être présentes du plus pâle au plus sombre (violette, rouge foncé ou jaune chez les patients dont les teintes de peau sont plus sombres).
- La présence de rougeur persistante avec rupture de la peau est considérée comme une forme modérée ou grave de DAI.

- Troisième étape : existe-t-il des signes cliniques d'infection ?

Une infection est possible sur une peau intacte ou érodée. En effet, certains micro-organismes prospèrent dans un environnement chaud et humide et endommagent la couche cornée. Il est donc important de reconnaître les signes possibles indiquant cette infection. L'infection fongique est caractérisée par une desquamation blanche de la peau. Des pustules satellites entourant la lésion peuvent orienter vers un *Candida Albicans*, principale levure impliquée en pathologie humaine. L'infection bactérienne se remarque par la présence d'exsudat purulent (coloration jaune, marron, ou verte dans le lit de la plaie) ou bien par de nombreux exsudats.

- Quatrième étape : d'autres caractéristiques sont-elles présentes ?

Toute lésion de DAI peut être accompagnée de signes supplémentaires. Ils ne sont pas obligatoires, mais ils peuvent être présents : œdème, peau ramollie ou brillante, blessures, escarre, lésions cicatrisées ou de grattage.

III.2.2. Protocole de nettoyage de la peau

Le nettoyage est la première étape du protocole de soins structuré recommandé par le groupe d'expert (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). L'objectif est d'assurer l'hygiène locale, l'élimination des effluents, des débris et des micro-organismes présents sur la surface de la peau.

L'utilisation d'un savon, de l'eau et d'un gant réutilisable en tissu pour la toilette n'est pas la méthode idéale pour l'hygiène des peaux à risques ou fragilisées des incontinents (BEECKMAN, VAN DAMME, SCHOONHOVEN, *et al.*, 2016). Le pH acide de la peau devient alcalin car c'est le résultat de l'association de l'utilisation des savons traditionnels alcalins, de l'urine et des fèces (qui sont alcalines) et de la transformation de l'urée en ammoniacque par les bactéries. Cette modification de pH endommage les cornéocytes et la fonction barrière de la couche cornée. De plus, les gants de toilette réutilisables en tissu sont à proscrire puisque qu'avec leurs textures rêches, ils causent des dommages dus aux frottements et assèchent la peau. L'utilisation de gants de toilette jetables non tissés est possible, ils sont plus doux et réduisent le risque de contamination microbienne comparés aux gants en éponges.

La fréquence optimale de nettoyage de la peau n'est aujourd'hui pas déterminée. Il faut veiller à limiter le contact de la peau avec les urines et surtout avec les fèces. Une autre cause d'irritation peut être la conséquence du nettoyage. Ce dernier peut être excessif car il a tendance d'une part à dessécher la peau et d'autre part à influencer sur le pH et la flore bactérienne. Ainsi, outre la toilette quotidienne, un lavage est préconisé après chaque épisode d'incontinence fécale avec un nettoyant doux (BEECKMAN, SCHOONHOVEN, VERHAEGHE, *et al.*, 2009). La durée de contact de l'irritant sur la peau est réduite si le nettoyage est réalisé rapidement (KOTTNER et BEECKMAN, 2015). Le chercheur néerlandais BEECKMAN montre qu'il est essentiel de trouver un équilibre entre l'élimination des irritants et la minimisation des frottements. Selon l'essai contrôle randomisé de CONLEY *et al* (CONLEY, MCKINSEY, ROSS, *et al.*, 2014), les patients recevant un protocole de soins d'hygiène (solution nettoyante avec hydratant et application de protecteur cutané) toutes les six heures ont une incidence moindre de développer une DAI par rapport au même protocole réalisé toutes les douze heures.

Les nettoyants se présentent sous forme de lotion, de solution, de gels, d'huile, de mousses ou de gants et lingettes pré-humidifiées (les lingettes pour soin liée à l'incontinence sont détaillées en annexe n°2). Certaines formules peuvent être pulvérisées directement sur la peau. Les nettoyants contiennent des tensioactifs nécessaires pour solubiliser les souillures et

les débris, les disperser et les aider à se rincer grâce à toutes leurs propriétés : mouillante, émulsionnante, solubilisante, détergente et moussante. Comme le produit lui-même peut devenir irritant pour la peau, les nettoyants contenant des tensioactifs non ioniques sont préférés en raison de leurs douceurs (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Le nettoyant doit être doté d'un pH similaire à celui de la peau normale. Les antiseptiques à rincer disponibles à l'officine comme Cytéal®, Solubacter®, Septivon®, ne doivent pas être utilisés comme nettoyant quotidien. Leur usage est réalisé sous contrôle médical.

Certains nettoyants peuvent nécessiter un rinçage ou non. Si le produit ne nécessite pas un rinçage, il suffit de l'appliquer, de le laisser agir quelques instants et de l'essuyer délicatement. Il sèche rapidement, cela évite le frottement du séchage manuel. Par conséquent, il permet un gain de temps pour le personnel soignant.

Une réflexion sur la notion du pH nous paraît pertinente. En effet, il est inscrit pH pour la peau sur les produits périnéaux. Or, les chimistes considèrent qu'un pH neutre correspond à 7.0. La peau a un pH à 4.0-5,0, elle est donc acide. Pour ne pas abîmer la peau, les nettoyants doivent avoir un pH identique à celui de l'épiderme. Les produits adaptés à la peau sont ainsi acides. Pour conclure, c'est un abus de langage de dire que le pH de la peau est neutre car il est en réalité acide.

Les nettoyants cutanés utilisés dans l'incontinence sont souvent désignés sous l'appellation de nettoyants « périnéaux » cutanés. Ils peuvent contenir d'autres ingrédients comme des protecteurs ou des hydratants. Lorsque les nettoyants cutanés ne sont pas disponibles, il est possible d'utiliser soit un savon doux et de l'eau, soit de l'eau uniquement (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

La peau doit être bien sèche car si celle-ci est humide, elle présente un plus grand risque de frottement avec son environnement. Cet acte doit être effectué par tamponnement avec une serviette plutôt que par frottement car cela fragilise la peau.

Liste non exhaustive des nettoyants périnéaux :

Tableau V: Exemples de nettoyants périnéaux						
Nom du produit	Mousse	Solution	Crème	Gel	Rinçage	
					Avec	Sans
Proshield® (SMITH&NEPHEW)	X	X				X
Mousse nettoyante (ID ON TEX) Mousse de toilette (ABENA) Mousse MoliCare skin® (HARTMANN)	X					X
Tena® Wash Cream (TENA)			X			X
Soin lavant intime (ROGES CAVAILLES, SAFORELLE, HYDRALIN)		X			X	
Lingettes Cavilon® (3M)		X				X
Gants de toilette imprégnés (ABENA)		X				X
Wet Wash Glove (TENA)		X				X
Hygiène intime (RIVADOUCE)				X	X	

Préserver l'intégrité de la peau est très important : que la peau soit soumise à des contraintes mécaniques (frottements, cisaillement) ou à des contraintes d'humidité (transpiration excessive, incontinence, écoulement de la plaie). Pour ces situations, il existe des hydratants et des protecteurs cutanés.

III.2.3. Protocole de réparation de la peau

Les patients peuvent bénéficier d'une phase supplémentaire pour favoriser et préserver la fonction barrière de la peau en utilisant un produit cutané topique, adapté, restant en contact avec la peau (souvent appelés agents hydratants) (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Une peau abimée par un nettoyage inadapté a perdu sa capacité à retenir l'eau et la diminution des lipides de surface ne forment plus une barrière efficace. La peau est alors plus vulnérable au contact des irritants, elle est plus rapidement et intensément irritée. L'objectif du traitement est de reconstituer l'hydratation (si la peau est sèche) et de reformer les lipides de l'épiderme.

L'étape d'hydratation consiste à apporter de l'eau à la couche cornée. Cependant, l'eau seule s'évapore naturellement. Elle doit donc être liée soit avec de l'acide hyaluronique, qui attire l'eau et la retient sur la couche cornée. Soit, avec des agents gras ou des lipides, qui retiennent l'eau à la surface. L'hydratation de la peau a pour objectif de maintenir la barrière cutanée (xérose, microlésions) par la conservation ou l'augmentation de sa teneur en eau. C'est la couche cornée de l'épiderme, qui bénéficie de l'hydratation. L'hydratation de la peau est garant d'une protection envers les irritants, et du renouvellement cellulaire.

Les produits hydratants apportent de l'eau à la couche cornée. Ils se présentent sous différentes formes et agissent de différentes manières :

- Les humectants attirent et retiennent l'eau dans la couche cornée. Ils comprennent l'eau, la glycérine, les dérivés des polyéthylène glycols, l'urée. Ces derniers participent à la régénération de la barrière de protection naturelle de la peau.
- Les agents occlusifs (vaseline, paraffine) forment une barrière et diminuent la perspiration en eau de la peau par leurs caractères gras. Ils conservent l'eau de la peau et ont une action protectrice contre l'urine. Cependant l'aspect occlusif peut avoir l'inconvénient de macérer la peau et d'empêcher sa perspiration.
- Les émollients ont pour propriétés de relâcher et d'adoucir la peau. Ils permettent à la peau de s'assouplir pour la réparer. Ces produits sont destinés à compenser la perte lipidique, ils comprennent les lipides et les huiles qui améliorent la réparation, l'hydratation et la perméabilité de la peau. Certains sont formulés avec des lipides similaires à ceux trouvés dans la couche cornée (par exemple les céramides). D'autres avec des ingrédients d'origine animale tel que la lanoline (graisse de laine de mouton).

Les produits hydratants contiennent donc de l'eau en grande proportion, et une petite proportion de lipides pour permettre une absorption optimale et former un film protecteur non occlusif et empêcher ainsi l'assèchement. D'autres agents hydratants comme des facteurs naturel d'hydratation (acide hyaluronique, acide lactique, acides aminés, urée) fixant l'eau dans l'épiderme peuvent être intégrés aux formulations (BIEDER, 1998).

Dans le cadre de la DAI, la nutrition de la peau a pour objectif de réparer la barrière cutanée, et de restaurer ou d'améliorer la structure lipidique intercornéocytaire par des protecteurs cutanés et des agents émollients. Le produit appelé nourrissant, surgraissant ou relipidant contient de l'eau, des agents hydratants et des lipides en plus grande quantité comparés aux produits hydratants.

De nombreuses formulation existent combinant des émollients et des humectants. Plusieurs galéniques sont disponibles sous forme de crèmes, de pommade, de lotion, d'huile, de gel. Le choix de la texture se fera avec le patient, en fonction de la xérose, de la demande cosmétique et de la tolérance. Les produits sans parfum et sans conservateur sont à privilégier

afin d'éviter les sensibilisations de contact. L'utilisation d'émollient adoucit et apaise la peau, mais n'apportent pas d'eau en excès (qui a déjà été endommagée par un excès d'humidité).

L'application de produits contenant de fortes concentrations d'humectants (qui retiennent l'eau dans la peau) est à éviter car la peau est déjà trop hydratée ou macérée à la suite d'une exposition à l'urine ou aux selles (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Il est important de limiter la quantité de produit appliqué, en particulier dans les plis de la peau afin d'éviter le ramollissement et la macération. Tous les hydratants ne sont pas capables de réparer la barrière cutanée.

L'application de tous les produits du protocole de soin (nettoyants, protecteurs ou hydratants) doit se faire par effleurage. Bien que l'effleurage dans le cadre des escarres soit réalisé à main nue, dans le cadre de la DAI, le port de gant est préconisé par la proximité des effluents.

III.2.4. Protocole de protection de la peau

Le protecteur cutané est utilisé soit en prévention, soit en traitement.

Son usage en prévention a pour objectif de fournir à la peau une barrière imperméable ou semi-perméable. Il empêche ou réduit la pénétration de l'eau, des irritants chimiques et biologiques présents dans les selles ainsi que dans l'urine.

En traitement, il a les mêmes propriétés, c'est-à-dire qu'il protège la peau lésée du contact des irritants. L'isolement de la peau favorise la cicatrisation.

Il existe plusieurs types de produits sur le marché pour protéger la peau. Historiquement, une barrière physique était réalisée avec des compresses, des langes ou des bandes de gaze. Ces méthodes sont désuètes. Le but était d'isoler la peau de la macération et des irritants. Ce système n'était pas garant d'une protection optimale parce que l'humidité à la surface de la peau est importante. Des produits à appliquer directement sur la peau sont plus efficaces : la vaseline, l'oxyde de zinc, le dexpanthénol la diméthicone, le film polymère, l'acide stéarique. Nous allons développer ces topiques dans la partie « différents principes actifs utilisés ».

Les nombreuses références de protecteurs cutanés rendent délicat le choix du produit approprié à la clinique. La décision de choisir un produit doit reposer sur l'ensemble de la formulation et pas uniquement par le(s) ingrédient(s) protecteur(s). Certains protecteurs ont une action plus curative (réparatrice) que d'autres. Il s'agit des films polymères, du dexpanthénol, de la diméthicone et de l'acide stéarique. D'autres ont des propriétés hydratantes comme la vaseline et la diméthicone. Tous les protecteurs doivent être utilisés conformément aux instructions du fabricant (fréquence, quantité de produit à appliquer, sur peau saine et/ou érodée, temps de séchage si besoin).

La compatibilité du protecteur est à vérifier avec les autres produits de soins cutanés utilisés en amont ou en aval, ainsi qu'avec les changes pour incontinence (notamment pour le risque de boucher les pores d'absorption).

Encadré 2 : Propriétés des protecteurs cutanés selon le groupe d'experts (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015)

- Adhère sur la peau, évite aux effluents d'entrer en contact avec la peau.
- Application sur toute la surface cutanée en contact ou susceptible d'être en contact avec les irritants.
- Le protecteur doit se retirer sans difficulté.
- Ne pas être altéré sur le court, moyen et long terme.

III.2.5. Différents principes actifs utilisés

III.2.5.1. La vaseline

La vaseline, appelée aussi gelée de pétrole est un mélange d'hydrocarbures. Elle agit à la fois comme protecteur cutané et hydratant. C'est une substance onctueuse et pâteuse, très grasse, imperméable à l'eau permettant de protéger la peau en l'isolant (PHARMACOPÉE FRANÇAISE, 2004). La vaseline a tendance à fondre avec la chaleur locale et peut migrer dans les plaies. Par conséquent, elle est incompatible avec les métaux lourds tels que des pansements à l'argent (SCHUREN, BECKER, et SIBBALD, 2005). Son action protectrice est plus efficace envers les urines que les selles (LEBLANC, CHRISTENSEN, et ROBBS, 2010).

Les soignants l'utilisent régulièrement. Or, ce n'est pas le choix le plus adapté (voir tableau ci-dessous). On peut retrouver la vaseline seule ou en association à d'autres composants. Exemples : Secura onguent protecteur (SMITH & NEPHEW), Barrier Cream (TENA), Vaseline officinale (COOPER)

Tableau VI: Avantages et inconvénients de la vaseline	
Avantages	Inconvénients
- S'applique facilement - Transparente si application en couche fine - Forme une couche occlusive, augmentant l'hydratation de la peau - Bonne protection envers l'urine - Faible coût	- Interfère avec l'absorption des changes absorbants et des pansements (adhésivité et absorption) - Augmente l'hydratation d'une peau sur hydratée : risque de macération - Retient la chaleur à la surface de la peau - Diminue la perspiration par effet occlusif - Application fréquente - Protection réduite en cas de selles - À proscrire sur les dermatoses infectées

III.2.5.2. L'oxyde de zinc

L'oxyde de zinc est certainement et malheureusement le protecteur cutané le plus utilisé en raison de son accessibilité, son coût et sa notoriété. C'est une poudre blanche opaque avec une action antiseptique. En comparaison à la vaseline, les pâtes ou pommades à l'oxyde de zinc sont moins susceptibles de se ramollir avec la chaleur ou l'humidité (SCHUREN, BECKER, et SIBBALD, 2005).

Ces produits sont difficiles et désagréables à éliminer. L'aspect occlusif de l'oxyde de zinc peut masquer les signes d'infections cutanées. Par ailleurs, vouloir enlever l'ensemble du produit présent sur la peau à chaque change n'est pas conseillé.

Ce protecteur cutané se présente sous différentes formulations : pâte, pommade, crème. Une étude randomisée (142 patients) vise à comparer l'efficacité d'une pommade et d'une pâte à l'oxyde de zinc. Les 69 patients traités par la pommade ont eu une guérison complète et une réduction des lésions de la zone traitée (RAZOR, 2015).

L'oxyde de zinc est retrouvé en pourcentage différent dans une large gamme de produits. Il est associé à la gomme de Karaya aux propriétés absorbantes (Conveen® Protact crème, COLOPLAST), à la vaseline (Secura® crème, SMITH & NEPHEW), à des acides aminés (Molicare® crème dermoprotectrice, HARTMANN).

Tableau VII: Avantages et inconvénients de l'oxyde de zinc	
Avantages	Inconvénients
- Isolant - Apaisant - Protection renforcée par rapport à la vaseline - Absorbe l'eau - Les pâtes adhèrent bien sur une peau humide - Faible coût	- Pâte difficile à appliquer - L'oxyde de zinc est difficile et désagréable à éliminer, voir douloureux - Opaque, il doit être éliminé pour inspecter la peau - Certaines formulations peuvent contenir des substances allergènes (lanoline, parfums) - Application fréquente après chaque épisode d'incontinence/toilette pouvant provoquer des frottements supplémentaires et des nouvelles lésions cutanées

Réflexion sur l'utilisation de la vaseline et l'oxyde de zinc

La littérature n'est pas unanime sur l'utilisation de ces deux protecteurs. En effet, plusieurs points sont à dégager.

Premièrement, les préparations à base de vaseline ou d'oxyde de zinc sont généralement hydrophobes (avec des composants repoussant l'eau). Ces préparations ont un effet occlusif

plus ou moins important. Elles permettent de former la barrière protectrice contre l'humidité. Au contraire, cet effet interfère avec la perspiration de la peau. La peau étant trop hydratée (retenue d'eau), elle peut avoir pour conséquence de léser les couches inférieures de la peau. Deuxièmement, ces préparations étant étroitement liées aux effluents, lors du nettoyage il est nécessaire d'éliminer et de remplacer les produits à chaque change. De plus, la consistance de la vaseline et de l'oxyde de zinc se transfèrent facilement dans les changes, la literie et nuit à l'adhésivité des pansements. C'est pourquoi, ces produits ne constituent pas le choix idéal du protecteur à utiliser pour la prévention et la prise en charge de la DAI.

Ci-dessous la liste des critères généraux du produit idéal selon le groupe d'experts (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). Plusieurs points font référence aux inconvénients de ces deux protecteurs.

- Prouvé cliniquement pour la prévention et/ou le traitement de la DAI
- Proche du pH de la peau
- Faible pouvoir irritant/hypoallergénique
- Ne pique pas à l'application
- Transparent ou aisément éliminé pour une inspection de la peau
- Elimination/ nettoyage tenant compte du temps du soignant et du confort du patient
- N'augmente pas l'altération de la peau
- N'interfère pas avec l'absorption ou la fonction des produits de gestion de l'incontinence
- Compatible avec les autres produits utilisés (pansement adhésifs par exemple)
- Acceptable pour les patients, les cliniciens et les soignants
- Minimise le nombre de produits, de ressources et de temps nécessaire pour terminer le protocole de soins cutanés complet
- Bon rapport coût-efficacité

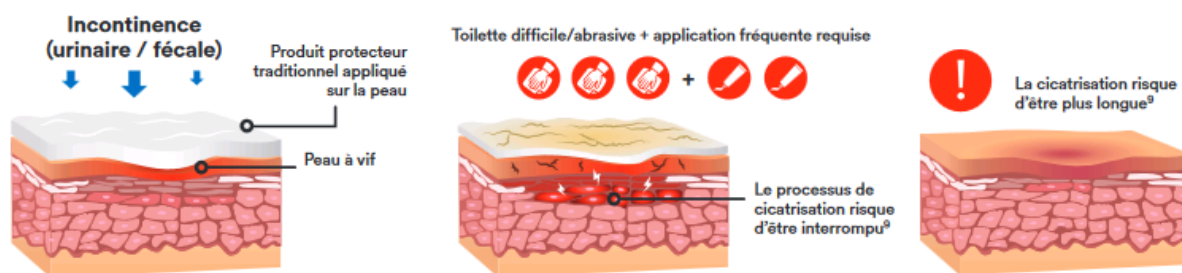


Figure 41: L'impact sur la cicatrisation des lésions d'un protecteur non adapté

III.2.5.3. Le Dexpanthénol 5%

Le dexpanthénol est transformé dans les cellules en acide pantothénique (ou vitamine B₅). Il est précurseur de la coenzyme A (participe à la synthèse des acides gras et du cholestérol). L'acide pantothénique est essentiel à l'intégrité des épithéliums : il restaure l'hydratation de la couche cornée, réduit l'évaporation d'eau transépidermique et diminue l'inflammation de l'érythème (DHAILLE, MATARD, et REYGAGNE, 2014).

Grâce à ses propriétés de protecteur-réparateur, il active la prolifération des fibroblastes tissulaires qui participent à la cicatrisation des lésions (GUILLAND, 2012). Il favorise également la régénération cellulaire, la réparation de l'épithélium cutané. Le dexpanthénol permet aussi d'apaiser le prurit, la sensation de brûlure et les irritations. Il est le principe actif de la pommade Bepanthen®.

Tableau VIII: Avantages et inconvénients du dexpanthénol	
Avantages	Inconvénients
- Cicatrisant - Résiste à l'eau - Transparent à l'application	- Contient des composés allergisants : lanoline, alcool stéarylique, alcool cétylique (eczéma) - Ne pas utiliser sur dermite infectée ou suintante

III.2.5.4. La diméthicone

Les produits à base de silicone sont hydrophobes et agissent comme une barrière semi-perméable à l'humidité. Ils renforcent le film hydrolipidique et protègent la peau de la déshydratation. L'application du produit (étalement) et l'inspection de la peau (transparence des produits) sont faciles.

En comparaison à la vaseline et l'oxyde de zinc, les produits à base de diméthicone stimulent l'hydratation de la peau et ont une plus grande durabilité.

Exemples : Aldanex® (MERCURE INNOVATION), Cavilon® crème (3M) associe le diméthicone et le terpolymère d'acrylate. Le terpolymère d'acrylate résistant au lavage permet la fixation de la diméthicone à la couche cornée, elle est utilisée sur peau saine (en prévention) ou sur peau irritée. L'annexe n°3 précise la formulation et le mode d'emploi de ces deux protecteurs.

Tableau IX: Avantages et inconvénients de la diméthicone	
Avantages	Inconvénients
- Emollient - S'étale bien sur la peau - Non occlusif - Transparent - Plus durable que la vaseline ou l'oxyde de zinc - Aldanex® : utilisable sur peau humide ou sèche, pas d'attente après l'application	- Impact écologique - Moins hydratant que la vaseline - Aspect collant (Aldanex®)

III.2.5.5. Le film polymère

Les produits formant un film barrière sont constitués de terpolymère d'acrylate (barrière liquide de copolymères) dispersée dans un solvant transparent. Ils se présentent sous forme de flacon pulvérisateur, tampon applicateur ou lingettes. Le film forme une barrière au contact de la peau en quelques secondes. Le film protecteur est transparent et imperméable aux fluides mais perméable aux gaz. Le fait d'être transparent permet une inspection de la peau facilitée. L'action est maintenue jusqu'à 72 heures après l'application puis se détache lors du renouvellement normal de la peau. Cette plus grande résistance permet une application tous les trois jours en prévention de la DAI évitant ainsi le besoin de ré application quotidienne (WILLIAMS, 1998 ; SCHUREN, BECKER, et SIBBALD, 2005).

Exemples :

Nom du produit	Prévention	Traitement
Cavilon NSBF® (no sting barrier film) Film protecteur cutané non irritant (3M)	X	
Cavilon advanced® (3M)		X
Secura NSNF® film (Smith & Nephew)	X	X
Brava® (Coloplast), Cutimed Protect® (BSN)	X	X

Détails des protecteurs Cavilon advanced®, Cavilon NSBF® et Secura® en annexe n°4.

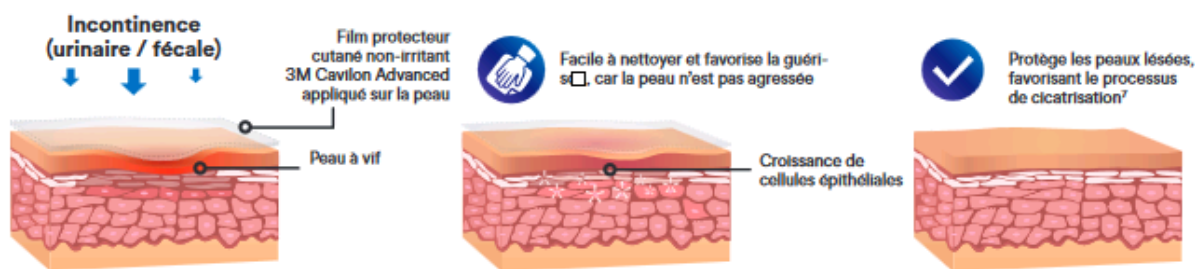


Figure 42: L'impact du film Cavilon Advanced® sur la cicatrisation de la peau (3M, 2017)

Tableau X: Avantages et inconvénients du film polymère	
Avantages	Inconvénients
- Facile à utiliser - Confort du patient : moins d'application, moins de douleurs - Non irritant pour la peau - Résiste aux lavages - N'interfère pas avec les absorbants pour incontinence - Ultra fin, transparent, permet l'observation de la peau - Permet l'adhésion des pansements et réduit le risque de blessures au retrait - Meilleure rentabilité : réduction du temps passé par le personnel soignant - Permet la régénération cutanée - Adhère aux surfaces endommagées de la peau, humides et suintantes - Nettoyage sans avoir à retirer le produit	- Certains films polymères contiennent une base alcoolique qui provoque des brûlures et des douleurs lors de l'application - Une application trop fréquente, peut entraîner une accumulation de produits - S'assurer que les zones en contact sont séparées pour permettre à la couche de sécher complètement avant qu'elles reprennent leur position normale - Laisser le film sécher (30 secondes ou si application d'un pansement adhésif 60 secondes)

III.2.5.6. L'acide stéarique

Un protecteur cutané récent a été créé en septembre 2014, sous la forme d'une émulsion : IrriProtect®. La particularité de la formulation des protecteurs IrriProtect® et EscarProtect® (Metanoïa santé) comprend des ingrédients : d'une part hydrophobes comme l'acide stéarique, d'autre part hydrophiles. Cette émulsion produit un cristal liquide appelé Mhevozyx®. L'acide stéarique appliqué sur la peau est cristallin. Pour cette raison, il reste sur la couche sébacée (surface) et seules les substances hydrophiles à forte affinité avec l'eau peuvent pénétrer dans l'épiderme (la kératine absorbe les composants hydrophiles).

En détail, la mise en place du produit sur la peau se passe de la façon suivante. Tout d'abord, les cristaux de stéarate forment un tamis à fines mailles à la surface de la peau, cela empêche un contact direct de celle-ci avec l'eau. La peau peut continuer à effectuer librement un échange de gaz avec l'environnement. Le réseau cristallin forme comme une seconde membrane autour des cellules, renforçant ainsi leur résistance et augmentant leur cohésion. Ensuite, le cristal liquide de cette formulation constitue un réseau intra-épidermique non perceptible, non occlusif, non filmogène et non gras. Les espaces intercellulaires sont recouverts par l'émulsion créant un écran épidermo-protecteur. Cette formulation protège l'épiderme contre les agressions, renforce sa résistance et participe à la régénération cutanée. Appliqué sur peau lésée, elle permet de rétablir une perméabilité cutanée normale et de réduire la perte insensible en eau. Le fait qu'il s'agisse d'un produit transparent permet un suivi continu de la zone lésée (METANOIA SANTE, 2018). L'annexe n°5 précise le mode d'emploi de ces deux protecteurs.

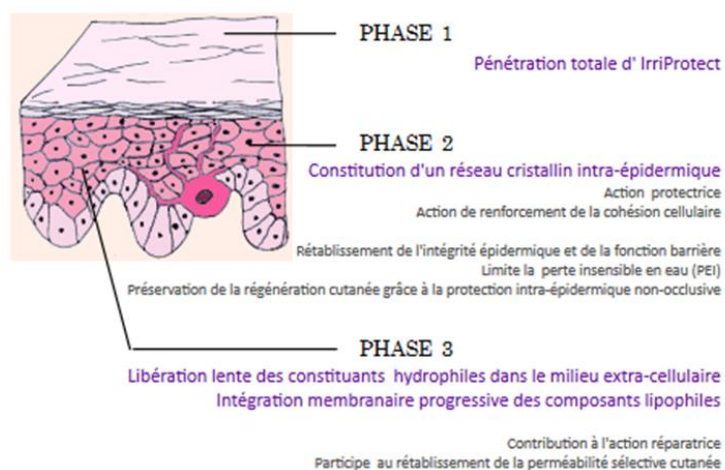


Figure 43: Mode d'action d'IrriProtect®

Tableau XI: Avantages et inconvénients de l'acide stéarique	
Avantages	Inconvénients
- Non irritant pour la peau et les muqueuses - Non allergisant - Possible effet barrière contre <i>Candida albicans</i> : prévient les infections - Résistant aux lavages - Durée d'action : trois à sept heures - Augmente l'effet des dermocorticoïdes ou d'huile végétale appliqués en amont - Utilisable sur peaux altérées ou lésées Huiles essentielles masquant les odeurs	- Une peau humide est un frein à la pénétration du produit - Des substances indésirables (résidus de produits de lavage, ou autres potentiellement irritants) présentent à la surface de la peau peuvent être entraînées par le produit dans l'épiderme (effet drainant) d'où possible aggravation des troubles - Lavage de la peau immédiatement après étalement du produit : non efficacité. Le réseau intra-épidermique n'a pas eu le temps de se positionner - Risque de sensibilisation induit par les huiles essentielles. Une alternative est possible avec une formulation sans huiles essentielles : EscarProtect®.

III.2.6. Association de produits

Pour nettoyer, protéger, voire réparer, il est possible d'utiliser des produits distincts ou de choisir des produits ayant plusieurs fonctions. En effet, des hydratants peuvent être intégrés dans la formulation des nettoyants ou des protecteurs cutanés. La diméthicone et la vaseline ont des propriétés émollientes, elles sont donc protectrices et hydratantes. Cela peut permettre de simplifier les soins en associant les produits pour réduire le nombre d'étapes nécessaires, faire gagner du temps au soignant et améliorer l'adhésion au protocole. (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015) En prévention, les lingettes pour soins liées à l'incontinence peuvent nettoyer, hydrater et protéger.

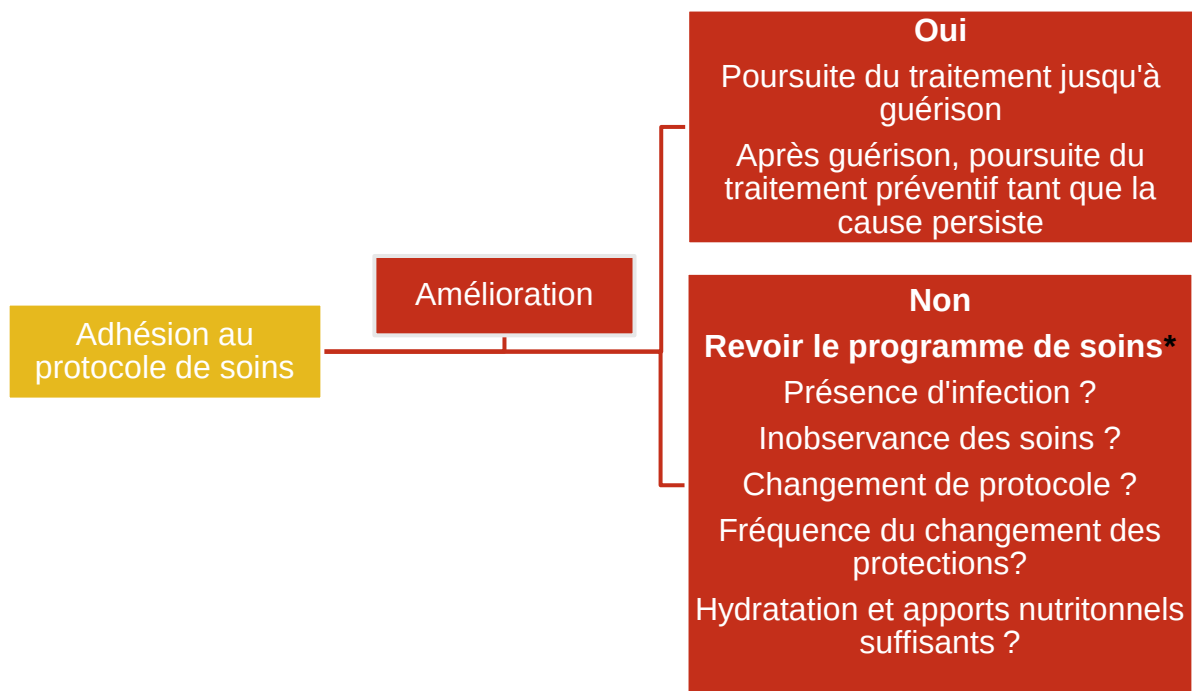
Ci-dessous un tableau récapitulatif des actions majeures de différents produits.

Tableau XII: Fonctions principales des produits				
	Nettoyer	Hydrater	Protéger	Réparer
Lingettes / Gants pour soins liées à l'incontinence (produit 3 en 1) 3M, TENA, ABENA	X	X	X 3% de diméthicone	
Lingettes imprégnées HARTMANN	X	X		
Lotion, mousse nettoyante ABENA, HARTMANN	X	X		
Vaseline		X Émollient	X	
Oxyde de zinc			X	
Dexpanthénol			X	X
Diméthicone		X Émollient	X	X
Film polymère			X	X
Acide stéarique		X Émollient	X	X

Encadré 3 : Conseils sur les soins cutanés
- De nombreux produits thérapeutiques sont disponibles en pharmacie pour le soin de la peau des patients incontinents, aucun d'entre eux n'est efficace sans une utilisation cohérente. - Les produits de soin doivent être à la portée des patients pour une meilleure utilisation. - Les superpositions de pansements d'américains ou de compresses dans les changes sont à proscrire. - Le mélange de deux topiques n'apporte aucune efficacité supplémentaire. - Le massage de la peau est proscrit : tout produit se pose délicatement par effleurage. - Les soins cutanés pour incontinence doivent faire partie d'un plan plus vaste de prévention. Pour le patient à risque associé d'escarres : la pression du corps doit être répartie sur toute la surface cutanée, le cisaillement peut être réduit, et les apports nutritionnels doivent être contrôlés.

III.2.7. Evaluer l'efficacité

Lors des premiers jours, si le protocole cutané est efficace alors le constat est le suivant : amélioration de l'état de la peau et moins de douleurs pour le patient. Après trois à cinq jours, s'il n'y a pas d'amélioration de l'état de la peau ou même si elle se détériore, alors une modification des soins doit être envisagée. Une consultation chez un dermatologue peut être indiquée (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015). La cicatrisation est attendue dans les deux premières semaines. Ce délai est de 11 jours en moyenne pour des adultes gravement malades en unité de soins intensifs (BLISS, SAVIK, HARMS, *et al.*, 2006).



**Considérer: Peut-il y avoir une infection présente ? Le nettoyage est-il adéquat et assez fréquent ? La barrière de protection est-elle insuffisante pour protéger contre l'irritant ou l'humidité ? La fréquence de changement de la protection est-elle adéquate ?*

Le rôle du pharmacien est important. Premièrement, il s'agit d'expliquer le schéma thérapeutique particulier choisi au patient, qu'il soit préventif ou curatif. Deuxièmement, s'il n'y a pas d'amélioration cutanée, il doit orienter le patient vers une consultation médicale et expliquer la modification du protocole. Enfin, une fois le traitement de la DAI achevé, si le patient est toujours incontinente, le protocole préventif doit poursuivre le protocole curatif. Cette dernière étape souvent négligée est importante car les patients risquent d'être à nouveau atteints de DAI.

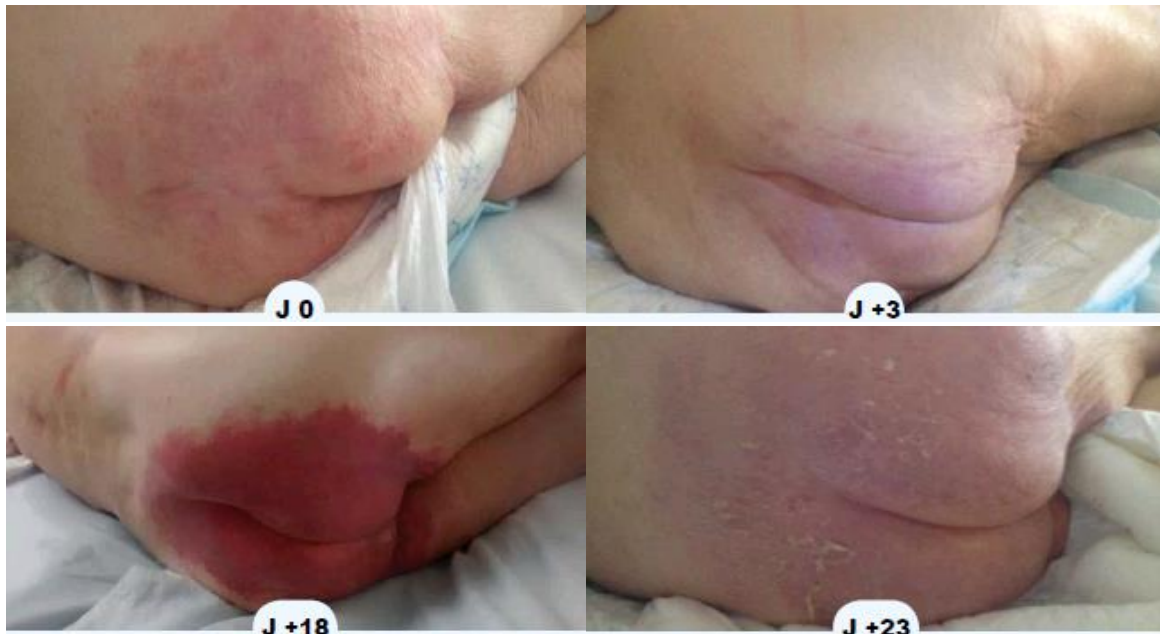


Figure 44: L'importance de la prévention de la DAI/ de la protection de la peau

Exemple de protocole de traitement à suivre, images issues du poster présentées aux journées cicatrisations 2017.

J0 : diagnostic de dermite initialisation du traitement avec un protecteur cutané EscarProtect®

J+3 : amélioration de l'état cutané avec réduction de l'intensité et de la surface de l'érythème. Disparitions des érosions. Arrêt du protecteur, reprise des soins de change classiques.

J+18 : récurrence sévère des lésions avec multiples érosions. La patiente est très inconfortable et agitée.

J+23 : reprise du traitement, réduction de l'érythème et disparition complète des érosions (TAHIR, CANDAS, et LE DASTUMER, 2017).

III.3. Place des pansements dans la prise en charge de la DAI

Selon BEECKMAN *et al* (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015), l'utilisation de pansements dans la prise en charge des lésions avancées comme les érosions ou les dénudations sont possibles. Ils recommandent les pansements, qui favorisent la cicatrisation en milieu humide (type hydrocellulaires). Néanmoins, leurs applications sont limitées en raison du type d'emplacement anatomique (courbures), des plis de la peau et de l'exposition fréquente à l'humidité. Le pansement choisi doit être atraumatique, favorisant la cicatrisation, être adhésif et résistant à l'humidité.

III.4. Économie de la DAI

Une étude Cochrane de 2016 (BEECKMAN, VAN DAMME, SCHOONHOVEN, *et al.*, 2016) n'a pas mis en évidence un produit dont l'efficacité se démarquait des autres. Elle avait pour objectif la comparaison de différents produits et protocoles de soins cutanés dans la prévention et la prise en charge de la DAI.

En effet, plusieurs études montrent que les produits appliqués ont entraîné une amélioration de l'état de la peau. D'une part, l'étude de BAATENBURG DE JONG *et al* compare l'efficacité de l'oxyde de zinc ou du film polymère dans le traitement de la DAI (BAATENBURG DE JONG et ADMIRAAL, 2004). D'autre part, l'étude de BLISS *et al* fait la comparaison entre quatre protecteurs de compositions différentes :

Pommade à 98% de vaseline	Application après chaque épisode d'incontinence
Pommade à 43% de vaseline	
Crème à 12% d'oxyde de zinc et 1% de diméthicone	
Film polymère	Application trois fois par semaine

Il conclut qu'en terme d'efficacité clinique, il n'y a pas de différence d'incidence entre les quatre schémas thérapeutiques (BLISS, ZEHRER, SAVIK, *et al.*, 2007). Par ailleurs, faute de preuves, la corrélation entre le pourcentage de principe actif et l'effet sur la peau n'a pas été démontré. En ce sens, il est difficile pour tous les acteurs de s'y retrouver : entre des produits proposant le même effet mais avec une concentration de principe actif différente.

Les données disponibles sur les produits, les procédures de prévention et de gestion de la DAI chez l'adulte sont limitées. Ainsi, aucun produit de protection de la peau n'est recommandé par rapport à un autre en raison du manque de preuves. Le chercheur WOO ajoute que la performance de chaque produit dépend de la formulation globale et de la fréquence d'application, plutôt que de l'ingrédient principal (WOO, BEECKMAN, et CHAKRAVARTHY, 2017). Des études complémentaires dans différents contextes cliniques sont nécessaires pour quantifier l'efficacité des différents protecteurs cutanés (GUEST, GREENER, VOWDEN, *et al.*, 2011).

Les films barrières sont aussi efficaces en prévention des lésions de la DAI sur le plan clinique que les formulations à base de vaseline, et sont plus efficaces que les formulations à base d'oxyde de zinc. Sur le plan économique, ces films barrières sont davantage accessibles : ils sont plus chers à l'achat mais le nombre d'application est supérieur (GUEST, GREENER, VOWDEN, *et al.*, 2011).

En prévention, l'usage (quotidien ou trois fois par semaine du film polymère) diminue le temps consacré à l'application. Si l'application est réalisée par un personnel soignant, il y a un coût en main d'œuvre (ZEHRER, LUTZ, HEDBLUM, *et al.*, 2004). Par comparaison, les formulations à base de vaseline ou d'oxyde de zinc exigent une application plus fréquente,

augmentant les coûts de produits et de soins. Il a été montré que deux infirmières passent jusqu'à vingt minutes pour nettoyer un patient après un épisode d'incontinence fécale (MORRIS, 2011). Par conséquent, les répercussions de la DAI en établissement de santé ou de soins à domicile sont chronophages. Le temps de soins est considéré comme le principal facteur de coût (BEECKMAN, CAMPBELL, et CAMPBELL, 2015).

L'estimation du coût de la prévention et de la prise en charge sont complexes. En effet, le coût dépend de nombreux facteurs. Les différentes analyses financières des études ne prennent pas en compte les coûts totaux (temps de soin, prix d'achat des produits et fournitures, quantité de produit appliqué et nombre d'application quotidienne, changement du linge de lit, frais de blanchisserie, de gants, de blouse, d'élimination des articles souillés). Par ailleurs, le coût journalier du traitement ne doit pas être sous-estimé, car ce dernier a une grande influence sur l'accessibilité et la disponibilité des patients (BEGUIN, MALAQUIN-PAVAN, GUIHAIRE, *et al.*, 2010).

En conclusion, le coût de la prévention est inférieur au coût de traitement de la DAI. Ainsi, l'objectif devrait toujours être la prévention devant des situations à risque de lésions cutanée (Avşar et Karadağ, 2018).

III.5. Implication du pharmacien : la prévention et la prise en charge en pratique à l'officine

III.5.1. Demande spontanée pour la prise en charge de la DAI à l'officine

Lors d'une demande spontanée du patient ou des soignants, le pharmacien peut délivrer des médicaments à prescription médicale facultative, des dispositifs médicaux ou des cosmétiques. Nous regroupons sous les termes « produits d'appel » ou « demande spontanée » les médicaments délivrés sans prescription médicale. Ils regroupent les médicaments dont les composants ne sont pas inscrits sur la liste des substances vénéneuses (non listés), ou le sont à des doses exonérées. L'accès libre à plusieurs références de produits pour soins liées à l'incontinence rend délicat le choix du produit approprié.

L'acte de dispensation est évalué en fonction de la réalité et de la gravité des symptômes de la DAI. Cela nécessite un dialogue entre le patient/soignant et le pharmacien préférentiellement dans une zone de confidentialité. L'interrogatoire recueille les informations précises sur le patient incontinent : l'état cutané (couleur, intégrité, érosion), l'évolution, le contexte et la douleur. La reconnaissance de la DAI n'autorise pas le pharmacien à porter le diagnostic, mais à conseiller le patient en se fondant sur la symptomatologie évoquée. Si la

dermite est bien décrite, isolée et d'apparition récente, la dispensation semble licite et facilitée. Si la dermite est mal définie, installée depuis un certain temps, surinfectée, voire déjà traitée sans succès par le patient, l'orientation vers le médecin traitant ou le dermatologue est impérative.

La délivrance des produits de santé (dont les médicaments) doit faire l'objet d'avis et de conseils prodigués par le pharmacien. Pour toute dispensation de change, le pharmacien doit demander systématiquement l'état de la peau périnéale. Cela permet de prévenir le plus précocement possible la DAI. En ce qui concerne le choix du produit, il doit être rigoureusement adapté à l'indication thérapeutique et à la situation clinique. Il est problématique car certains produits ne contiennent pas la mention « dermite associée à l'incontinence » alors qu'ils peuvent être efficaces (par exemple le dexpanthénol).

Le choix doit être évalué en fonction de la situation clinique, de l'apparition des effets indésirables selon le terrain, de l'absence de toxicité (allergies). Par exemple, en cas de traitement par antagonistes de la vitamine K (AVK) chez un patient, l'introduction d'antifongique quelle que soit la voie d'administration entraîne la survenue d'une interaction médicamenteuse de type précaution d'emploi. La vigilance doit être accrue pour les patients anticoagulés avec un contrôle de l'INR plus fréquent. Si nécessaire, le médecin adaptera la posologie de l'AVK pendant l'association avec l'antifongique et après son arrêt.

Les posologies sont à vérifier et doivent être clairement indiquées au patient, les conseils hygiéno-diététiques doivent constamment être formulés. Ils sont garants d'un effet thérapeutique optimum. La vigilance doit être renforcée au niveau de l'inobservance et de l'automédication improvisée. Au moindre doute, il ne faut pas dispenser et conseiller la consultation médicale (BELON et GUERRIAUD, 2016).

III.5.2. Listes non exhaustives de produits non adaptés à la DAI

Nous allons présenter ci-dessous, des exemples non exhaustifs de produits non adaptés à la DAI, faisant l'objet d'une demande spontanée (du patient, de l'entourage, voir des soignants) ou pris dans l'espace libre accès de l'officine. Ces produits doivent alerter le pharmacien, qui doit systématiquement demander à qui le produit est destiné et quelle indication est souhaitée.

Nous avons fait deux catégories : d'une part, les produits indiqués dans l'érythème fessier du nourrisson mais non adapté, d'autre part les autres produits demandés à l'officine.

III.5.2.1. Produits pour l'érythème fessier, demandés dans le cas d'une DAI mais non adaptés.

Le pharmacien doit être vigilant quant à la dispensation de produits adaptés à l'enfant, qui seraient utilisés sur la peau d'un adulte. L'erreur des pharmaciens serait de faire l'analogie entre la DAI et l'érythème fessier du nourrisson. Il dispenserait des produits inadaptés. Nous allons nous intéresser à ces produits : les colorants, le liniment oléo-calcaire, les pâtes ou pommades à l'oxyde de zinc, le talc et les pâtes à l'eau.

Les colorants

Les colorants (solution de Milian, fluorescéine, éosine, violet de gentiane) considérés à tort comme des antiseptiques, ont une visée asséchante très faiblement bactériostatiques à spectre d'action peu étendu. L'éosine se présente comme une solution de couleur rouge fluorescent et est utilisée pour traiter les affections cutanées superficielles. En cas d'excès d'humidité dans les plis cutanés, l'effet asséchant peut être recherché par exemple. Cependant en cas de lésion constituée, le pouvoir asséchant peut retarder la cicatrisation, compte tenu d'une meilleure cicatrisation en milieu humide contrôlé. Par conséquent, il est prudent d'arrêter leurs utilisations en cas d'effraction cutané. L'utilisation de colorants est formellement déconseillée dans le cadre de la DAI car ils masquent l'état cutané lors de l'examen clinique par leur coloration et risquent de cacher une aggravation à laquelle le soignant ne pourrait guère réagir (CHARGARI, FROMANTIN, et KIROVA, 2009).

Le liniment oléo-calcaire

Le liniment oléo-calcaire est une préparation à visée émolliente et protectrice. Elle est constituée d'une solution d'hydroxyde de calcium (appelée communément eau de chaux) et d'huile d'olive vierge (PHARMACOPÉE FRANÇAISE, 2007). Elle forme une préparation liquide huileuse jaunâtre. L'hydroxyde de calcium se présente sous forme d'une poudre blanche, peu soluble dans l'eau mais soluble dans la glycérine. Comme le savon, le liniment présente un pH alcalin. L'application du liniment alcalin peut alors déséquilibrer le pH acide de la peau et déstabiliser la flore commensale. Il n'a donc pas sa place dans la DAI.

Les pâtes ou pommades à l'oxyde de zinc

La pommade Mitosyl® (SANOFI) est un médicament émollient et protecteur indiqué en cas d'irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier du nourrisson. Ce médicament n'est pas utilisé en prévention de l'érythème. Son utilisation est contre indiquée sur peaux surinfectées ou suintantes car il est trop gras et occlusif. L'effet occlusif augmente la macération cutanée et ne protège pas la peau. La présence de lanoline dans les excipients peut entraîner de l'eczéma. Les formulations pommades et pâtes à l'oxyde de zinc sont très difficiles

et désagréables à enlever de la peau, voir douloureuses. A chaque change, il ne faut donc pas chercher à enlever tout le produit, mais à laisser un peu de produit propre sur la peau. Le produit restant sur la peau empêche une bonne surveillance de l'état cutané. Avec leurs inconvénients cités ci-dessus, les pâtes et pommades à l'oxyde de zinc n'ont pas leur place dans la prévention et le traitement de la DAI.

Le talc

Le talc est un agent absorbant de protection de la peau, il permet de réduire la friction entre les plis de la peau. Il est hydrophobe et très peu soluble dans l'eau. Le talc est à éviter car il favorise la macération. Il ne doit pas être utilisé sur une peau suintante ou lésée, parce que son accumulation peut causer une infection et même retarder la guérison.

Les pâtes à l'eau

Les pâtes à l'eau comme Eryplast® (LUSTINE) utilisés en prévention et en soin de l'érythème fessier du nourrisson, peuvent sécher, durcir et s'agglomérer au fil du temps. Le risque de l'utilisation pour un patient atteint de DAI serait le retrait difficile ou inconfortable lors de la toilette, sans compter la perte de temps.

III.5.2.2. Autres produits non adaptés dans le cadre de la DAI

D'autres produits sont demandés mais ne conviennent pas à des patients atteints de DAI.

La trolamine

La trolamine est un protecteur cutané initialement développé comme agent thérapeutique des brûlures thermiques. Il a été établi que sur des tissus cutanés humains, l'application de trolamine entraîne une moindre vasodilatation, une diminution de l'œdème et augmente le taux de prolifération cellulaire. Ces données ont suggéré que la trolamine pourrait accélérer la réparation des tissus cutanés lésés (CHARGARI, FROMANTIN, et KIROVA, 2009). La trolamine n'a jamais été évaluée dans le cadre de la DAI. L'indication n'est pas retenue.

Les antiseptiques

Les antiseptiques ont pour action soit d'éliminer, de tuer les micro-organismes, soit d'inactiver les virus sur les tissus vivants (peau, muqueuse, plaie, cavité naturelle). Ils ont le statut de médicament. Les antiseptiques ont fait leurs preuves dans la préparation cutanée préopératoire, mais leur intérêt sur une peau lésée n'est pas démontré. En effet, selon l'état de la plaie, l'antisepsie peut s'avérer mauvaise pour la cicatrisation car ils empêchent les kératinocytes et les fibroblastes de se renouveler. Cela peut conduire à un retard de cicatrisation.

L'antisepsie de la peau lésée fait l'objet d'une surveillance et d'une prescription médicale, mais n'est absolument pas préconisé dans le cadre d'une DAI.

III.6. Trois fiches pratiques pour une meilleure prise en charge

A l'officine, lors de notre pratique professionnelle, nous avons pu remarquer que les erreurs d'utilisation ou de choix de produits provenaient aussi du personnel soignant. Pour illustrer notre propos, une fiche préétablie du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) intitulée « Liste du matériel spécifique indispensable au bon déroulement des interventions dans le respect de règles de sécurité, de confort et d'hygiène » (annexe n°6) est transmise à l'officine. La liste du matériel comprend la pommade Mitosyl®. Cette pommade utilisée chez l'adulte pour d'autres raisons que son autorisation de mise sur le marché (AMM) « irritation de la peau » n'a pas sa place. Cette pommade ne doit pas être retrouvé sous les changes des patients à domicile.

Au vue de notre pratique personnelle, nous avons créé trois fiches pratiques :

- Une première destinée aux patients et aux soignants. Cette fiche fait référence au protocole de soins et les conseils associés. Toutefois, certains problèmes concomitants comme la démence peuvent aller à l'encontre de cette approche.
- Une deuxième destinée aux professionnels de santé (médecins), qui diagnostiquent la DAI. Cette fiche permet de différencier rapidement la DAI de l'escarre. Néanmoins, cette fiche est une aide, mais ne se substitue pas à la formation. Seul l'œil aguerri du professionnel peut correctement diagnostiquer la DAI.
- Une troisième a été développée pour l'équipe officinale. Elle a pour but de donner le protocole de soins à suivre avec les produits appropriés.

Le format des fiches destiné à l'équipe officinale et au praticien sont en format recto. C'est le format qui nous paraît avoir une vision plus globale et pratique à accrocher ou à classer. Le format triptyque nous paraît le plus adapté au patient puisqu'il a un faible encombrement. Il peut facilement être glissé avec l'achat d'un paquet de change au comptoir par exemple.

Fiche destinée à l'équipe officinale

DEFINITION :

La dermite associée à l'incontinence est une dermite irritative de contact causée par une exposition de la peau à l'urine et ou / aux selles. Elle se caractérise initialement par une inflammation et un érythème, puis vers une érosion et une dénudation de la peau. Dans certains cas, elle est accompagnée de bulles ou d'infection cutanée secondaire. Les lésions peuvent être étendues et très douloureuses.

SYMPTOMES :

- Peau irritée, Rougeurs
- Douleur, démangeaisons, picotements
- Surinfection : Infection bactérienne ou mycosique → consultation médicale

LOCALISATION :

- Fesses
- Organes génitaux externes
- Bas du dos
- Haut des cuisses
- Plis cutanés

LES QUESTIONS A POSER POUR DEFINIR LE TRAITEMENT ADAPTE :

- Quel est le type d'incontinence ? Quelle est la fréquence des pertes ?
- Où se situent les lésions ? Quand a eu lieu l'apparition de cet érythème ?
- Les lésions sont-elles localisées ou étendues à d'autres zones corporelles ?
- Quels produits utilisez-vous pour la toilette et le soin de l'hygiène intime ?

TRAITEMENT

NETTOYAGE DOUX ET ADAPTE

- Nettoyant périnéal, syndet ou surgras liquide (une fois par jour et après les selles)
- Eau seule si urine
- Insister au niveau des plis
- Bien rincer la peau (il existe des produits sans rinçage)
- Bien sécher la peau et les plis en tamponnant avec une serviette
- Utilisation de gants de toilettes jetables



PROTECTION ET REPARATION

- Vaseline (TENA BARRIER CREAM®)
- Oxyde de zinc (CONVEEN PROTACT®)
- Dexpanthénol (BEPANTHEN®)
- Diméthicone (ALDANEX®)
- Film polymère (CAVILON®)
- Acide stéarique (IRRIPROTECT®)

Fréquence d'application selon le produit et la clinique

Conseils hygiéno-diététiques :

- Optimiser la nutrition, la gestion des boissons
- Favoriser un environnement adapté : lors de l'hygiène et lors de la miction

Fiche destinée au praticien

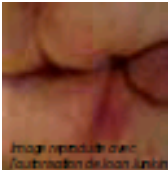
DEFINITION :

La dermite associée à l'incontinence est une dermite irritative de contact causée par une exposition de la peau à l'urine et ou / aux selles. Elle se caractérise initialement par une inflammation et un érythème, puis vers une érosion et une dénudation de la peau. Dans certains cas, elle est accompagnée de bulles, ou d'infection cutanée secondaire. Les lésions peuvent être étendues et très douloureuses.

DIFFERENCIER LA DAI DE L'ESCARRE :

	DAI	Escarre
Cause	Lésion descendante provoquée par l'incontinence	Lésion ascendante provoquée par la pression, friction, cisaillement
Localisation	Périnée, zone péri génitale, fesses, pli inter fessier, bas du dos, haut des cuisses	Habituellement sur une proéminence osseuse ou un dispositif médical
Couleur	Rose ou rouge vif	Rouge à bleuâtre/violet
Profondeur	Peau intacte avec érythème avec/ sans perte partielle superficielle de la peau	Erythème qui ne blanchit pas à la perte totale du tissu cutané
Nécrose cutanée	Rarement retrouvées et superficielles	Oui/non
Douleur et démangeaisons	Oui brûlures, démangeaisons, picotements	Oui/non

CLASSIFIER LA SEVERITE DE LA DAI ET SON TRAITEMENT¹ :

Stade	Clinique	Traitement recommandé
0 	Absence de rougeur et peau intacte mais à risque de DAI.	Nettoyer, protéger et réparer + surveiller et augmenter la fréquence des changes.
1 	Rouge* mais peau intacte (dermatite légère). Signes** : Erythème, ± œdème.	
2 	Rouge* avec rupture de la peau (dermatite modérée à sévère). Signes** : Erythème, ± œdème, ± vésicules/bulles/érosion de la peau, ± dénudation de la peau, ± infection cutanée.	

* Ou plus pâle, plus sombre, violet, rouge foncé ou jaune chez les patients dont les teintes de peau sont plus sombres.

** Si le patient n'est pas incontinente, l'affection n'est pas une

¹ Principes relatifs aux bonnes pratiques- DAI, faire progresser la prévention. Actes du groupe d'experts internationaux 2016, Wounds international

PROTOCOLE DE SOIN

1

Nettoyer

Effectuer une toilette intime quotidienne et après chaque émission de selles avec un nettoyant doux spécialement conçu pour l'hygiène intime. Les nettoyants peuvent être sans rinçage pour une toilette simplifiée. Si il n'y a que des urines un simple nettoyage à l'eau claire est suffisant. Préférez les gants de toilettes jetables aux gants en tissus.

Respecter le sens de la toilette intime et de l'essuyage (de l'avant vers l'arrière) afin d'éviter une contamination des germes de l'anus vers les organes génitaux, en particulier chez la femme.

Sécher doucement la peau sans frotter mais en tamponnant pour ne pas l'irriter. Ne pas oublier les plis.

2

Protéger

Protéger la peau du contact des urines et/ou des selles avec l'application d'un protecteur cutané. Il a pour action de former une barrière physique à la surface de la peau et ainsi la protéger.

L'application du protecteur cutané est réalisé sur toute la surface de la peau en contact ou susceptible d'être en contact avec l'urine et/ou les selles.

Utilisez le protecteur cutané à une fréquence cohérente avec sa capacité à protéger la peau et conforme aux instructions du fabricant .

3

Réparer

L'hydratation de la peau est essentielle. Elle favorise et préserve la fonction de barrière naturelle de la peau. L'application de produits hydratants sans allergisant, permet l'apport de lipides et d'eau. Indispensable à la restauration ou au maintien de la barrière cutanée.

La peau des personnes incontinentes peut être surhydratée ou macérée à cause du contact avec les urines et/ou les selles. Dans ce cas, ne pas utiliser des produits qui attirent et emprisonnent davantage l'eau.

4

Surveiller

Surveillance quotidienne de la peau notamment au niveau des points d'appui et entre les plis.

Déceler toute rougeur, inflammation, plaies, écoulement..

Prévenir son médecin dès l'apparition de ces signes.

En cas de lésions traitées qui ne cicatrisent pas ou mal, consulter un médecin en l'absence d'amélioration en 48h.

Le rythme des changes est d'au moins trois fois par jour et sera augmenté en cas de diarrhées. Choisir des modèles absorbants et non irritants adaptés à la personne.



Éviter

- Les savons standards qui assèchent la peau
- Les gants de toilettes en tissu et les fleurs de douche qui sont des nids à microbes
- Les produits irritants (à base d'alcool): eau de Cologne



**Demander conseil
à votre médecin
ou à votre
pharmacien**

La Dermite Associée à l'Incontinence

La peau en contact avec les urines et les selles requiert des soins d'hygiène spécifiques afin de prévenir l'apparition d'irritations, d'infections et de plaies.

La DAI est une inflammation de la peau accompagnée de rougeur avec ou sans perte de peau. Très désagréable, elle peut être douloureuse avec des démangeaisons et des sensations de brûlures.

Certains facteurs peuvent favoriser le développement de la DAI: changes irréguliers et non respirant, nettoyage insuffisant, utilisation de produits de soins pour la peau inappropriés ou utilisation de savon, traditionnel, d'eau, de gants de toilette et de serviettes rugueux.

III.7. Croyances des soignants

L'attitude et les croyances des infirmières et des soignants sont des déterminants importants à prendre en compte dans la prévention de la DAI. Par exemple, si une infirmière a le sentiment que la DAI a un impact négatif important sur le patient (douleur...) et que les produits de prévention de la DAI ne sont pas efficaces. Il est probable que cette infirmière ne sera pas motivée à commencer la prévention de la DAI (VAN DAMME, VAN HECKE, HIMPENS, *et al.*, 2018). Pour favoriser l'adhésion au protocole de soin, les soignants doivent recevoir les informations nécessaires pour prévenir l'apparition. Ils doivent également être mis au courant des divers facteurs de risque et des conséquences engendrées par une éventuelle dermatite naissante. Le but est de les sensibiliser à l'importance de cette prévention.

Au comptoir, le pharmacien d'officine a souvent l'occasion de discuter avec les aidants. C'est ainsi qu'il peut déterminer les croyances concernant l'impact de la DAI sur le patient (douleurs, gêne, infection secondaire...), les croyances concernant la responsabilité personnelle du soignant et/ou de l'équipe en charge de la prévention. De plus, il doit prendre en compte les opinions sur l'efficacité des produits et de procédures de prévention de la DAI. A ce titre, des conseils doivent être apportés afin d'optimiser la prise en charge à domicile des patients à risque et leur apporter confort et bien-être.

Afin de sensibiliser le patient et/ou le personnel soignant, le pharmacien peut évoquer différents arguments en faveur de la prévention.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'influence négative de la DAI sur la qualité de vie des patients. Cette qualité de vie liée à la DAI est définie comme le degré de bien-être physique, matériel, social et émotionnel et de confort compromis par la présence de la DAI et des soins associés dispensés par les aidants (LINTERNAUTE, 2018). La DAI peut être à l'origine de douleurs, de gêne, de troubles du sommeil et de perte d'autonomie. La DAI installée présente un risque élevé d'infection secondaire ou de lésions de pression.

Ensuite, si il faut évoquer les coûts totaux de soins élevés : soins infirmiers, produits et consommables. Il est nécessaire de prévenir que les complications telles que l'escarre et l'infection secondaire pourraient accroître les coûts car le temps consacré aux soins et l'utilisation des ressources supplémentaires seraient augmentés.

Enfin, le pharmacien peut conclure les échanges avec le patient ou le personnel soignant en parlant de l'importance des interventions préventives. En effet, celles-ci se sont révélées être le facteur de protection le plus puissant contre le développement de la DAI (BLISS, MATHIASON, GURVICH, *et al.*, 2017).

Conclusion

En conclusion, nous insistons sur les faits marquants que nous avons cités dans les différentes parties.

Dans la première, nous avons montré que l'effet irritant des selles et de l'urine sur la peau n'est pas à négliger. C'est une notion essentielle. L'aspect des lésions est très variable d'un individu à l'autre allant d'une simple rougeur à des lésions beaucoup plus étendues. Divers facteurs de risques sont importants et sont à reconnaître afin de pouvoir les contrôler.

Dans la deuxième partie, nous avons présenté le diagnostic différentiel des différentes dermatoses à ne pas confondre avec la DAI, ainsi que les complications possibles. C'est une pathologie douloureuse, elle doit donc être prise en charge efficacement. Le dossier de soins est un outil pratique, qui pourrait être développé davantage.

Dans la troisième partie, nous avons démontré que le pharmacien officinal a un rôle essentiel, dans la mesure où, il doit connaître la prévention et la prise en charge, qui reposent sur un protocole similaire. A l'officine, les produits réparateurs doivent être présents afin de prendre en charge immédiatement les patients souffrant de DAI.

En définitive, la prévention et le traitement des patients atteints de DAI, impliquent l'ensemble des professionnels de santé. Un protocole simple de soin de la peau comprenant trois étapes permet de réaliser une prise en charge efficace et adaptée. L'inclusion des patients et/ou des aidants dans le protocole permet une meilleure adhésion pour obtenir des résultats positifs. Ainsi, avec la réalisation de fiches pratiques, nous voulions s'adresser à tous les acteurs confrontés à cette problématique du diagnostic au traitement.

Toutefois, il semblerait qu'un grand nombre de DAI ne soient pas diagnostiquées ou confondues avec des plaies de pression. La méconnaissance de cette pathologie nous encourage à créer une fiche destinée aux cliniciens. En effet, celle-ci a pour but de faciliter le diagnostic de cette dermite et sa prise en charge. Les patients, les aidants ont besoin de cette expertise. Le pharmacien peut ainsi orienter son patient vers le spécialiste prenant en charge cette pathologie. Cette collaboration ne peut être que bénéfique pour le patient : diminution de la douleur, des soins, du temps de soin etc.

Le cursus universitaire du diplôme de doctorat en sciences pharmaceutiques spécialisation officine n'aborde pas ce sujet. La DAI est enseignée aux personnes qui se tournent vers les diplômes universitaires (DU) plaies et cicatrisation. Pour autant, il existe d'autres formations de type conférence, formation de laboratoires, ou formation en ligne s'adressant seulement à un personnel diplômé avide d'informations.

Le fait que l'officinal peut et doit devenir un acteur dans le cercle multidisciplinaire de la prévention et du traitement de la DAI est primordial. Il doit se différencier des vendeurs de matériel médical en mettant à disposition des patients et/ou leurs aidants des informations et des conseils...

Au sein de l'officine où j'exerce, ce travail a permis à l'équipe d'enrichir ses connaissances et d'uniformiser nos pratiques professionnelles. Elles ont changé puisque désormais, nous fournissons aux patients la fiche pratique sur l'hygiène cutanée, qui a pour objectif d'avoir un meilleur résultat des protocoles et impliquer davantage les patients dans leur quotidien.

En effet, le patient est au centre des préoccupations de l'équipe pluridisciplinaire et ainsi doit être impliqué le plus possible dans le programme de soins le concernant. L'essentiel étant pour nous, professionnel de santé, d'assurer une meilleure qualité de vie à nos patients.

Bibliographie

- 3M. Cavilon Advanced film protecteur cutané non-irritant. Enfin le pouvoir de mettre fin à la dermite associée à l'incontinence. Document à l'usage des professionnels de santé, 2017, 10 p.
- 3M. Crème de protection cutanée longue durée Cavilon durable barrier cream (DBC). [en ligne] Site disponible sur : https://www.3mfrance.fr/3M/fr_FR/notre-societe-fr/tous-les-produits-3M/~/Crème-De-Protection-Cutanée-Longue-Durée-3M-Cavilon-Durable-Barrier-Cream-DBC-4334519-28grammes/?N=5002385+8707798+8709316+8711017+8711098+8711102+8711717+8717782+3292751587&rt=rud (page consultée le 7/03/2019).
- 3M. Instructions pour l'utilisation, Cavilon Advanced skin protectant [En ligne]. Disponible sur : <https://multimedia.3m.com/mws/media/1353295O/3m-cavilon-advanced-instructions-for-use.pdf> (page consultée le 07/03/2019).
- 3M. Protectors cutanés Cavilon, l'assurance d'une protection optimale. [en ligne]. Site disponible sur : <https://multimedia.3m.com/mws/media/1547971O/protocole-cavilon-dec-2015.pdf> (page consultée le 07/03/2019).
- ABENA. Protections anatomiques Abri-San. [En ligne] Site disponible sur : http://www.abena-frantex.fr/Protections_anatomiques_Abri-San.aspx?ID=15426 (page consultée le 23/03/2019).
- ALI SM. et YOSIPOVITCH. G. Skin pH: from basic science to basic skin care. Acta Derm. Venereol., 2013,93 (3), pp. 261-267.
- AMELI (Assurance Maladie en Ligne). Comprendre l'incontinence urinaire. Site disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes> (page consultée le 5/12/2018).
- AMELI (Assurance Maladie en Ligne). Reconnaître le zona. Site disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/zona/reconnaitre-zona> (page consultée le 10/01/2019).
- ANTHONY D., BARNES E., MALONE-LEE J. et PLUCK R. A clinical study of Sudocrem in the management of dermatitis due to the physical stress of incontinence in a geriatric population. J. Adv. Nurs., 1987,12 (5), pp. 599-603.
- Avşar P. et Karadağ A. Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence-based nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. Worldviews Evid. Based Nurs., 2018, 15, (1), pp. 54-61.
- BAATENBURG DE JONG H. et ADMIRAAL H. Comparing cost per use of 3M Cavilon No Sting Barrier Film with zinc oxide oil in incontinent patients. J. Wound Care., 2004,13 (9), pp. 398-400.

- BEDRETDINOVA D., FRITEL X., PANJO H. et RINGA V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. *Eur. Urol.*, 2016, 69, (2), pp. 256-264.
- BEECKMAN D., VAN DEN BUSSCHE K., ALVES P., ARNOLD LONG M. C., BEELE H., CIPRANDI G., COYER F., DE GROOT T., DE MEYER D., DESCHEPPER E., DUNK A-M., FOURIE A., GARCIA-MOLINA P., GRAY M., IBLASI A., JELNES R., JOHANSEN E., KARADAG A., LEBLANC K., DARADA K., MEAUME S., POKORNA A., ROMANELLI M., RUPPERT S., SCHOONHOVEN L., SMET S., SMITH C., STEININGER A., STOCKMAYR M., VAN DAMME N., VOEGELI D., VAN HECKE A., VERHAEGHE S., WOO K. et KOTTNER J. 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*, 2018 178, (6) pp. 1331-1340.
- BEECKMAN D., VAN DEN BUSSCHE K. et ALVES P. The ghent global IAD categorisation tool (Globiad) 2017 [en ligne]. In : Université de Ghent, Belgique. Disponible sur : https://images.skintghent.be/201849155740712_globiadfrench.pdf (page consultée le 09/12/2018).
- BEECKMAN D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J. Tissue Viability.*, 2017, 26 (1), pp. 47-56.
- BEECKMAN D., CAMPBELL J. et CAMPBELL K. Proceedings of the global IAD expert panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. In: *Wounds international* 2015. [En ligne]. Disponible au téléchargement sur : www.woundsinternational.com (page consultée le 02/05/2018).
- BEECKMAN D., SCHOONHOVEN L., VERHAEGHE S., HEYNEMAN A. et DEFLOOR T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review *J. Adv. Nurs.*, 2009, 65 (6) pp. 1141-1154.
- BEECKMAN D., VAN DAMME N., SCHOONHOVEN L., VAN LANCKER A., KOTTNER J., BEELE H., GRAY M., WOODWARD S., FADER M., VAN DEN BUSSCHE K., VAN HECKE A., DE MEYER D. et VERHAEGHE S. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. [En ligne] In : *Cochrane Database Syst. Rev* 2016. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD011627/INCONT_interventions-preventing-and-treating-incontinence-associated-dermatitis-adults (page consultée le 14/11/2018).
- BEGUIN A-M. L'érythème fessier : toujours d'actualité. *Arch. Pédiatrie*, 2006, 13, pp. 6-9.
- BEGUIN, A-M. 2014. De la miction à l'incontinence urinaire. *Aide-Soignante*, 2014, 28, (157), pp. 10-11.
- BEGUIN AM., MALAQUIN E., PAVAN, GUIHAIRE C., HALLET-LEZY A-M., SOUCHON S., HOMANN V. et ZÖLLNER P. Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. [En ligne] In : *BMC Geriatr* 2010 10 (1). Disponible sur : <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-86> (Site consulté le 12 septembre 2018).

- BELON J-P. et GUERRIAUD M. Conseils à l'officine : le pharmacien prescripteur. 8^e édition.: Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2016, 552 p.
- BENDER J K., FAERGEMANN J., et SKOLD M. Skin Health Connected to the Use of Absorbent Hygiene Products: A Review. *Dermatol. Ther.*, 2017,7 (3), pp. 319-330.
- BIEDER C. Traitement des peaux sèches. *Encycl Méd Chir.*, 1998, 1 (4), 4 p.
- BIOLOGIQ Notice Aldanex [En ligne]. In : Biologiq. Disponible sur : <https://www.biologiq.nl/wp-content/uploads/2017/03/IFU-Aldanex-Skin-Protectant-Final-01-2016.pdf> (page consultée le 07/03/2019).
- BLISS D-Z., BLAND P., WILTZEN K., GANNON A., WILHEMS A., MATHIASON M-A. et TURNBAUGH R. Incontinence Briefs Containing Spiral-Shaped Fiber Acidify Skin pH of Older Nursing Home Residents at Risk for Incontinence-Associated Dermatitis. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2017, 44, (5) pp. 475-480.
- BLISS D-Z., GURVICH O., HURLOW J., CEFALU J-E., GANNON A., WILHEMS A., WILHEMS K., GANNON E., LEE H., BORCHERT K. et TRAMMEL S. Evaluation of Validity and Reliability of a Revised Incontinence-Associated Skin Damage Severity Instrument (IASD.D.2) by 3 Groups of Nursing Staff. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2018, 45, (5), pp. 449-455.
- BLISS D-Z., MATHIASON M-A., GURVICH O., SAVIK K., EBERLY L., FISHER J., WILTZEN K., AKERMARK H, HILDEBRANDT A, JACOBSON M, FUNK T., Beckman A. et LARSON R. Incidence and Predictors of Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents With New-Onset Incontinence. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2017,44 (2), pp. 165-171.
- BLISS D-Z., SAVIK K., THORSON L., EHMAN S J., LEBAK K. et BEILMAN G. Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: Time to development, severity, and risk factors *J. Wound. Ostomy Continence Nurs.*, 2011 38, (4), pp. 433-445.
- BLISS D-Z., ZEHRER C., SAVIK K., SMITH G. et HEDBLUM E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *J Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2007, 34 (2) pp. 143-152.
- BLISS D-Z, SAVIK K., HARMS S., FAN Q. et WYMAN JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs. Res.*, 2006. 55 (4), pp. 243-251.
- BORCHERT K., BLISS DZ., SAVIK K., et RADOSEVICH DM. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. *J.Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2010, 37 (5), pp. 527-535.
- BROWN D. S. Perineal dermatitis: can we measure it? *Ostomy Wound Manage*, 1993, 39, (7,) pp. 28-31.

- CALLANQUIN J., Christian CAMUZEUX C. et LABRUDE. P. Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices. 4^e édition. Masson Ed., Issy-les-Moulineaux. 2008, 360 p.
- CAMPBELL JL., COYER FM. et OSBORNE SR. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *Int. Wound J.*, 2016, 13 (3) pp. 403-411.
- CARRERE D'ENCAUSSE M. et CYMES M. L'urine : des vertus moins connues [En ligne]. In: Allo.Do.. Disponible sur : https://www.allodocteurs.fr/maladies/prostate-reins-vessie/urine/l-039-urine-des-vertus-moins-connues_254.html (Vidéos et page consultées le 26 /03/2019).
- CERANTOLA Y., AELLEN S. et GIVEL J-C. Prise en charge actuelle de l'incontinence anale. *Rev. Médicale Suisse*, 2009, 5, pp. 1421-1424.
- CHARGARI C., FROMANTIN I. et KIROVA Y. M. Intérêt des applications cutanées en cours de radiothérapie pour la prévention et le traitement des épithéliites radio-induites. *Cancer/ Radiothérapie*, 2009, 13 (4), pp. 259-266.
- CLARKE-O'NEILL S., FARBROT A., LAGERSTEDT EIDRUP M., COTTENDEN A. et FADER. M. Is it Feasible to Use Incontinence-Associated Dermatitis Assessment Tools in Routine Clinical Practice in the Long-term Care Setting? *J. Wound. Ostomy Continence Nurs.*, 2015 42 (4) pp. 379-388.
- COLOPLAST Peristeen® Système d'irrigation transanale. [En ligne] Disponible sur : <https://www.coloplast.fr/peristeen-anal-irrigation-system-fr-fr.aspx> (page consulté le 26/03/2019).
- CONLEY P., MCKINSEY D., ROSS O., RAMSEY A. et FEEDBACK J. Does skin care frequency affect the severity of incontinence-associated dermatitis in critically ill patients? *Nursing*. 2014,44, (12), pp. 27-32.
- CORTESSE, A. et CARDOT V. Recommandations pour l'évaluation clinique d'une incontinence urinaire féminine non neurologique [en ligne] In: Urofrance. Site disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-pour-levaluation-clinique-dune-incontinence-urinaire-feminine> (page consulté le 26 /03/2019).
- COTELLE O. Palliatifs absorbants et soins d'hygiène du périnée pour la femme incontinente. Dans : *Incontinence Urin. Féminine*. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2017, pp. 133-135.
- COUR F. 2014. Incontinence urinaire féminine non neurologique : physiopathologie, diagnostic et principes du traitement. Elsevier-Masson Issy-les-Moulineaux, 2017, 7 (4), pp. 1-26.
- CROOK H EVANS J., et PRITCHARD B. All wales best practice statement on the prevention and management of moisture lesions. *Wounds UK*, 2014, 20 p.

- CUDENNEC, T, et FAUCHER N. Le vieillissement cutané [en ligne] In: Successful Aging. Disponible sur : http://www.saging.com/mise_au_point/le-vieillissement-cutane (page consultée le 27/02/2019).
- DAMON H., GUYE O., SEIGNEURIN A., LONG F., SONKO A., FAUCHERON J-L., GRANDJEAN J-P., MELLIER G., VALANCOGNE G., FAYARD M-O., PHILIPPE L-H GUYOT G., BARTH X. et MION F. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life . *Gastroentérologie Clin. Biol*, 2006.30 (1), pp. 37-43.
- DAMON H, VITTON V. et SOUDAN D. Incontinence anale de l'adulte Springer- Verlag, Paris, 2013, 132 p.
- DEFFIEUX. Incontinence urinaire féminine, diagnostic et prise en charge. Elsevier Masson Issy-les-Moulineaux, 2017, 312p.
- DEFLOOR T., SCHOONHOVEN L., FLETCHER J., FURTADO K., HEYMAN H., LUBBERS M., BELLINGERI A., CHERRY G., CLARK M COLIN D., DASSEN T. et DEALEY C. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel-pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2005, 32 (5), pp. 302-306.
- DENAT Y., et KHORSHID L. The effect of 2 different care products on incontinence-associated dermatitis in patients with fecal incontinence. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2011, 38 (2), pp. 171-176.
- DHAILLE F., MATARD B. et REYGAGNE P. Traitements et cosmétiques antichute. *Cosmétologie et dermatologie esthétique*, 2014, 10 (1), pp. 1-13.
- DRENO B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Ann. Dermatol. Vénéréologie*, 2009, 136, pp.247-251.
- EG labo. L'urée et l'hydratation de la peau [En ligne]. Flexitol. Disponible sur : <http://www.flexitol.fr/luree> (Consulté le 1 avril 2019).
- ERSSER S., GETLIFFE J., VOEGELI D. et REGAN S. A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2005, 42 (7), pp.823-835.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, et Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Haesler Ed. Perth, Australie. 2014, 80p.
- eVIDAL. Mycoses cutanéomuqueuses, Prise en charge . [En ligne] In Vidal, France Site disponible sur :https://evidal.vidal.fr/recos/details/1685/mycoses_cutaneomuqueuses/prise_en_charge (page consultée le 31 mars 2019).
- FAUCHER N, et PHILIPPE A. Dermite associée à l'incontinence. Podcast du congrès journées cicatrisations 2019. Paris, France (50 minutes et 54 secondes).

- FAUCHER N., PALMIER S., et MEAUME S. Dermite associée à l'incontinence : une pathologie fréquente mais méconnue. *Repères en gériatrie*, 2017, 19 (155), pp. 106-110.
- FAUCHER N., PALMIER S. et VANDERBRUGGHE M. Escarres périnéales et dermite associées à l'incontinence. *Rev. Francoph. Cicatrisation*, 2017,1 (3), pp. 32-36.
- FORE J. A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Ostomy. Wound Manage*, 2006, 52 (9), pp. 24-35.
- FRITEL X. Épidémiologie de l'incontinence urinaire féminine. Dans : *Incontinence Urin. Féminine Diagn. Prise En Charge*. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux, 2017, pp. 19-21.
- GAILLET S., et KARSENTY G. Le bilan urodynamique : pour qui ? Pour quoi ? Comment ? [En ligne] In: urofrance. Site disponible sur : <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-bilan-urodynamique-pour-qui-pour-quoi-comment.html> (page consultée le 31/05/ 2018).
- GEFEN A. From incontinence associated dermatitis to pressure ulcers. *J. Wound Care* 2014, 23 (7), p.345.
- GIRARDIN P. 2009. Les problèmes diagnostiques d'une dermatose des mains. *Revue française d'allergologie*, 2009, 49 (4), pp. 352-355.
- GRAY M, BLACK J., BAHARESTANI M., BLISS D-Z., COLWELL J., GOLDBERG M., KENNEDY-EVANS K., LOGAN S. et RATLIFF C. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.*, 2011, 38, (3), pp. 233-241.
- GRAY M., BLISS D-Z., DOUGHTY D., ERMER-SELTUN J., KENNEDY-EVANS K. et PALMER M. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc*, 2007, 34 (1) pp. 45-54.
- GRAY M. et GIULIANO K. Incontinence-Associated Dermatitis and Immobility as Pressure Injury Risk Factors: A Multisite Epidemiologic Analysis. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs*, 2017 p. 1.
- GRIMBY A., MILSOM I., MOLANDER U., WIKLUND I., et. EKELEND P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing*, 1993, 22 (2), pp. 82-89.
- GUEST J. F., GREENER M. J, VOWDEN K. et VOWDEN P. Clinical and economic evidence supporting a transparent barrier film dressing in incontinence-associated dermatitis and peri-wound skin protection. *J. Wound Care.*, 2011, 20 (2), pp. 76-84.
- GUILLAND J.-C. Vitamines hydrosolubles (I). Thiamine, riboflavine, niacine, acide pantothénique, vitamine B 6 et biotine. *Endocrinologie-Nutrition*, 2012, 9 (4), pp.1-27.

- HAAB F., CASTEL E., CIOFU C., COLOBY P. et DELMAS V. Physiopathologie et évaluation de l'incontinence urinaire de la personne âgée non institutionnalisée. *Prog. En Urol.*, 1999, 9, pp. 760–766.
- HARTMANN. Changes complets . In: Hartmann, France. Site disponible sur : https://www.hartmann.fr/portail/catalogue/incontinence/changes_complets.htm (page Consultée le 26/03/2019).
- HAS (Haute Autorité de Sante) Avis de la commission 3M CAVILON NSBF [En ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pp020412.pdf> (page consultée le 7/03/2019).
- HAS (Haute Autorité de Sante). Conférence de consensus : prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé 2001. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf 2001 pp. 41 (page consultée le 23/09/2018).
- HAS (Haute Autorité de Sante) Dispositifs de drainage et de recueil des urines et des selles. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir136/rapport_devaluation_des_dispositifs_de_drainage_et_de_recueil_des_urines_et_des_selles.pdf (page consultée le 14/12/2018).
- HUNSKAAR S., BURGIO K. et CLARK A. 2005. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: ICI Book 3rd Int, chapitre 5, 2005. Consult. Incontinence [En ligne]. Disponible sur : https://www.ics.org/publications/ici_3/v1.pdf/chap5.pdf (page consultée le 07/06/2018).
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. 2018, Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/326384712> (page consultée le 18/12/2018).
- JORGE J. M. et WEXNER S. D. Etiology and management of fecal incontinence . *Dis. Colon Rectum*, 1993, 36 (1), pp. 77-97.
- JUNKIN J. et SELEKOF J. Beyond “diaper rash”: Incontinence-associated dermatitis: does it have you seeing red? *Nursing*, 2008. 38 (11).
- KO Y., LIN S-J, SALMON J., et BRON M. Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcers in geriatric patients. *Dermatol. E Venereol. Organo Uff. Soc. Ital. Dermatol*, 2015, 150 (6), pp. 717-729.
- KOTTNER J., BLUME-PEYTAVI U., LOHRMANN C. et HALFENS R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: a secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int. J. Nurs. Stud*, 2014, 51 (10), pp. 1373-1380.

- LARNER J., MATAR H., GOLDMAN V. S. et CHILCOTT R. P. Development of a cumulative irritation model for incontinence-associated dermatitis. Arch. Dermatol. Res., 2015, 307 (1), pp. 39-48.
- LATINI KELLER V., JUNOD PERRON N. et GRAF J-D. Analyse d'urines : l'ABC du praticien. Rev. Médicale Suisse, 2009, 5, pp. 1870-1875.
- LE NORMAND L. Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. In : Urofrance, France. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-pour-lutilisation-du-calendrier-mictionnel-et-des-questionnaires-de-symptomes-ou-d.html> (page consultée le 7/06/2018).
- LEBLANC K., CHRISTENSEN D. et ROBBS L. Recommandations des pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des dermatites liées à l'incontinence. Wound Care Can., 2010, 8(3), pp. 24-39.
- LINTERNAUTE. Qualité de vie : Définition simple et facile du dictionnaire.2019 Disponible sur : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/qualite-de-vie> (page consultée le 29/03/2019).
- LONG M-A., REED L-A., DUNNING K. et YING J. Incontinence-Associated Dermatitis in a Long-term Acute Care Facility. J. Wound. Ostomy Continence Nurs., 2012, 39 (3), pp. 318-327.
- MAHÉ E. Le psoriasis, une dermatose au fort retentissement. La revue de santé scolaire et universitaire, 2014, 5 (26) pp. 10-15.
- MAKLEBUST J. et MAGNAN M. A. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. Adv. Wound Care J. Prev. Heal., 1994; 7 (6), pp. 25-34.
- MAPLAIE. Aldanex vidéo de son mode d'emploi en français - mercure innovation 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=D3BQ15o8UR0> (Page consultée le 7/03/2019).
- MAPLAIE. FILM ALDANEX 2018 [En ligne]. Disponible sur : <http://maplaie.fr/produit/aldanex> (page consultée le 7/03/2019).
- MATHIEU R., BENCHIKH A., AZZOUZI A.R, CAMPEGGI A., CORNU J.N., DELONGCHAMPS N.B., DUMONCEAU O., FAIX A., FOURMARIER M., HAILLOT O., LEBDAI S., LUKACS B., MISRAI V., ROBERT G., DE LA TAILLE A. et DESCAZEAUD A. Bilan initial d'une incontinence urinaire masculine (non neurologique) : revue de la littérature du CTMH de l'AFU. Prog. En Urol., 2014, 24, (7), pp. 421-426.
- METANOIA SANTE. IrriProtect. Site disponible sur : <http://metanoiasante.com/irriprotect> (Consulté le 15/02/2019).

- MIGET G., MOUTOUNAICK M., KERVINIO F., TENG M., CHESNEL C., CHARLANES A., LEBRETON F. et AMARENCO G. Place des protections dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. *Prog. En Urol.*, 2018, 28 (17), pp. 953-961.
- MINER P. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*, 2004, 126, pp. 8-13.
- MORRIS L. Flexi-Seal faecal management system for preventing and managing moisture lesions. *Wounds UK*, 2011, 7 (2), pp. 88-93.
- MUGITA Y., MINEMATSU T., NAKAGAMI G. et SANADA H. Influence of digestive enzymes on development of incontinence-associated dermatitis: Inner tissue damage and skin barrier impairment caused by lipolytic enzymes and proteases in rat macerated skin. *Int. Wound J*, 2018 15 (4), pp. 623-632.
- NATVNS (National Association of Tissue Viability Nurses Scotland). Scottish Excoriation & Moisture Related Skin Damage Tool 2014. [En ligne]. Disponible sur : www.tissueviabilityscotland.org.
- NATVNS (National Association of Tissue Viability Nurses Scotland). Skin excoriation tool for incontinent patients 2009. [En ligne]. Disponible sur : www.tissueviabilityonline.com/pu.
- NELSON R., FURNER S. et JESUDASON V. Urinary incontinence in Wisconsin skilled nursing facilities: prevalence and associations in common with fecal incontinence. *J. Aging Health*, 2001, 13 (4), pp. 539-547.
- NEWMAN D, PRESTON A. et SALAZAR S. Moisture control, urinary and faecal incontinence, and perineal skin management. *Chronic Wound Care Clin.*, 2007 pp. 609-627.
- NIX D-H. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy. Wound Manage*, 2002, 48, (2), pp. 43-49.
- NIX D-H, et HAUGEN V. Prevention and Management of Incontinence-Associated Dermatitis. *Drugs Aging*, 2010, 27 (6), pp. 491-496.
- PARK K-H. et CHOI H. Prospective study on Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity instrument for verifying its ability to predict the development of pressure ulcers in patients with fecal incontinence. *Int. Wound J*, 2016, 1, 13, pp. 20-25.
- PHARMACOPEE FRANCAISE. Liniment calcaire. [En ligne]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ae7d1bc0725ee932a26932d53681c78b.pdf (page consultée le 22/01/2019).
- PHARMACOPEE FRANCAISE. Vaseline. [En ligne]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/48b10fb016141f6cfea04fca71d07455.pdf (page consulté le 22/01/2019).

- POPESCU A. et SALCIDO R-S. Wound pain: a challenge for the patient and the wound care specialist. *Adv. Skin Wound Care*, 2004, 17 (1), pp. 14-20.
- PRIGENT F. Cas clinique en dermatologie. *Archives de pédiatrie*, 2006, 13 (2), pp. 225-226.
- RAISONNIER A. Cours DCEM1- Digestion-détoxification-les selles. In: Université de médecine de la sorbonne, Paris 2004. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/biochimie/DGbioch/POLY.Chp.10.9.html> (page consultée le 26/03/2019).
- RAZOR B-R. Incontinence-associated dermatitis (IAD) study: Blinded assessment and treatment with zinc oxide-based ointment. [en ligne]. Disponible sur : [https://www.semanticscholar.org/paper/Incontinence-associated-dermatitis-\(-IAD-\)-study-%3A-Razor/f041556e3437d31492713796e36fcf9476844003](https://www.semanticscholar.org/paper/Incontinence-associated-dermatitis-(-IAD-)-study-%3A-Razor/f041556e3437d31492713796e36fcf9476844003) (page consultée le 6/03/2019).
- RIOUFOL M-O. 2006. Prévention de l'incontinence urinaire dite "de circonstance". *Soins aides-soignantes*, 2006, 3, (11), pp. 26-27.
- RIPPKE F, SCHREINER V. et SCHWANITZ H-J. The acidic milieu of the horny layer: new findings on the physiology and pathophysiology of skin pH. *Am. J. Clin. Dermatol*, 2002, 3 (4), pp. 261-272.
- ROLSTAD B-S., ERMER-SELTUN J. et A BRYANT R. Relating knowledge of anatomy and physiology to peristomal skin care. *Gastrointest. Nurs.*, 2011, 9 (3), pp. 3-9.
- ROUPRET M. et. AUDENET F. Pollakiurie. *Traité de médecine Akos*, 2012, 7 (4), pp. 1-3.
- SAVOIRS ET SOINS INFIRMIERS. Intégrité de la peau et soins des plaies. *Connaissances de base des escarres de décubitus. Savoirs et soins infirmiers*, 2009.
- SCHMUTZ J.-L., BARBAUD A. et TRECHOT P. 2008. Syndrome babouin : des nouvelles de l'arrière. *Anal de dermatologie et de vénérologie*, 2001, 128 (12), p. 1378.
- SCHREML S., ZELLER V., MEIER R- J., KORTING H- C., BEHM B., LANDTHALER M. et BABILAS P. Impact of age and body site on adult female skin surface pH. *Dermatol. Basel Switz*, 2012, 224 (1) pp. 66-71.
- SCHUMACHER S. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *Urol. Aug A* 2007, 46 (4), pp. 357-362.
- SCHUREN J, BECKER A. et SIBBALD R. 2005. A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M™ Cavilon™ no-sting barrier film. *Int. Wound J*, 2005, 2 (3), pp. 230-238.
- SIPROUDHIS L. Incontinence Fécale. In: SNFCP [En ligne]. Disponible sur : <https://www.snfcfp.org/informations-maladies/constipation-et-incontinence/incontinence-fecale> (Page consultée le 12/06/2018).
- SMITH&NEPHEW. Film protecteur cutané sans alcool- SECURA NSBF [En ligne]. Disponible

- sur : <https://www.deforcemedical.be/sites/default/files/SECURA%20NostingSkinprep%20Fhosp.pdf> (page consultée le 27/02/2019).
- SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE. Herpès génital . [en ligne] Disponible sur : http://dermato-info.fr/article/L_herpes_genital (page consultée le 13/01/ 2019).
- SORIA X. et CASANOVA JM. Atlas des différentes pathologies de la peau . Disponible sur : <http://dermatoweb.udl.es/atlas.php> (page consultée le 13/01/2019).
- SUGAMA J, SANADA H, SHIGETA Y, NAKAGAMI G. et KONYA C. Efficacy of an improved absorbent pad on incontinence-associated dermatitis in older women: cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 2012, 12 (1), p. 22.
- TAHIR, H, CANDAS E. et LE DASTUMER B. Protéger la peau d'une personne âgée hospitalisée en Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Poster présenté aux journées cicatrisations 2017. Paris, France.
- TENA. Soins de la continence pour les professionnels. [en ligne] Disponible sur : <https://www.tena.fr/professionnels> (page consulté le 23/03/ 2019).
- THE CANADIAN CONTINENCE FOUNDATION. Les causes de l'incontinence fécale| [En ligne]. Disponible sur : <http://www.canadiancontinence.ca/FR/causes-de-incontinence-fecale.php> (page consulté le 29 /11/2018).
- TOBIN G. W. et BROCKLEHURST J. C. Faecal incontinence in residential homes for the elderly: prevalence, aetiology and management. *Age Ageing*, 1986. 15 (1), pp. 41-46.
- TUSSEAU É. et RETAILLEAU B. Le change. *Soins aides-soignantes*, 2018, 15 (85), pp. 31-32.
- VAN DAMME N, CLAYS E, VERHAEGHE S, VAN HECKE A. et BEECKMAN D. 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. *Int. J. Nurs. Stud*, 2018, 81, pp. 30-39.
- VAN DAMME N., VAN HECKE A., HIMPENS A., VERHAEGHE S. et BEECKMAN D. Design and psychometric testing of the attitude towards the prevention of incontinence-associated dermatitis instrument (APrIAD). *Int. Wound J*, 2018.
- VAN DAMME N., VANRYCKEGHEM E., VERHAEGHE S. et BEECKMAN D. Incontinence-associated dermatitis in elderly : a qualitative phenomenological study on patient experiences. In : *Eur. Press. Ulcer Advis. Panel 18th Annu. Meet. Abstr.* [En ligne]. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/1854/LU-6935149> (page consultée le 25/03/ 2018).
- VAN DEN BUSSCHE K., VERHAEGHE S., VAN HECKE A. et BEECKMAN D. The Ghent Global IAD Monitoring Tool (GLOBIAD-M) to monitor the healing of incontinence-associated dermatitis (IAD): Design and reliability study. *Int. Wound J.*, 15, (4), pp. 555-564.

- VAN SMEDEN J., JANSSENS M, GOORIS G. S, et. BOUWSTRA J. A. The important role of stratum corneum lipids for the cutaneous barrier function. *Biochim. Biophys. Acta*, 2014, 1841 (3), pp. 295-313.
- VIDAL. CAVILON NSBF 3M film protecteur cutané sans alcool vapo. eVIDAL [en ligne]. Disponible sur : https://evidal.vidal.fr/parapharmacie/cavilon_nsbef_3m_film_protecteur_cutane_sans_alcool_vapo-27756.html (page consultée le 7/03/2019).
- VIDAL. Douleur de l'adulte, prise en charge. eVIDAL [en ligne] Disponible sur : https://evidal.vidal.fr/recos/details/1775/douleur_de_l_adulte/prise_en_charge (page consultée le 11/12/ 2018).
- VIDAL. Zona Diagnostic. eVIDAL [en ligne] Disponible sur : <https://evidal.vidal.fr/recos/details/1473/zona/diagnostic> (page consulté le 10/01/2019).
- VILLET R, SALET-LIZEE D, ZAFIROPULO M. et BUZELIN J-M. L'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Obstétrique- Gynécologie*. Masson Ed. Issy-les-Moulineaux. 2001
- VOEGELI D. New insights on incontinence-associated dermatitis. *Prat. Nurs.*, 2017.
- WARNER R., STONE K. et BOISSY Y. Hydration disrupts human stratum corneum ultrastructure. *J. Invest. Dermatol.*, 2003, 120 (2), pp. 275-284.
- WILLIAMS C. 3M Cavilon No Sting Barrier Film in the protection of vulnerable skin. *Br. J. Nurs. Mark Allen Publ.*, 1998, 7 (10), pp. 613-615.
- WIRTH J. et BATTISTELLA M. *Atlas de poche de dermatologie*. Lavoisier Ed. Paris 2013, p.406.
- WOO K-Y., BEECKMAN D. et CHAKRAVARTHY D. Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review. *Adv. Skin Wound Care*, 2017, 30, (11), pp. 494-501.
- ZEHRER C., LUTZ J., HEDBLUM E. et DING L. 2004. A comparison of cost and efficacy of three incontinence skin barrier products. *Ostomy. Wound Manage*, 2004, 50 (12), pp. 51-58.
- ZULKOWSKI K. Diagnosing and Treating Moisture-Associated Skin Damage. *Adv. Skin Wound Care*, 2012, 25 (5,) pp. 231.

Glossaire

- Acide-aminé : composant des protéines, donnant une fonction propre.
- Angiogenèse : croissance à partir de vaisseaux préexistants de nouveaux vaisseaux sanguins.
- Aphasie : trouble du langage d'un individu avec une difficulté de trouver ses mots.
- Atrophie : diminution du volume de la peau.
- Barrière cutanée : couche cornée recouverte d'un film hydrolipidique.
- Bulle : grosse ampoule d'eau ou de pus.
- Collagène : protéine contenue dans le derme permettant sa résistance et son élasticité. Diminution de sa production avec le vieillissement.
- Coefficient de frottement : relate la difficulté avec laquelle la peau glisse sur un autre matériel.
- Dénudation : perte des couches de la peau.
- Derme : couche située entre l'épiderme et l'hypoderme. Assure l'élasticité (collagène et élastine) et a une fonction réservoir d'hydratation de la peau (capte l'eau).
- Dermocorticoïdes : corticoïdes à appliquer sur la peau. Action anti-inflammatoire.
- Desquamation : processus naturel d'élimination des couches superficielle de l'épiderme.
- Emollient : substance qui relâche et adoucit la peau.
- Érosion : perte totale ou partielle de l'épiderme.
- Erythème : rougeur de la peau. Chez un patient dont la peau est plus foncée, l'érythème peut être plus claire ou plus foncé.
- Excoriation : écorchure de la surface de la peau.
- Exsudat : liquide suintant de la peau.
- Fibroblastes : cellule qui produit dans le derme le collagène, l'élastine.
- Inflammation : réaction de défense de l'organisme, se manifeste sous forme de rougeur, gonflement, chaleur et douleur.
- Induration : la peau est dure à la palpation.
- Isotonique : pression osmotique identique.
- Kératine : protéine fabriquée par les kératinocytes.
- Macération : l'épiderme et derme sont mous et sont caractérisés par une apparence blanchâtre et un gonflement due à un contact constant avec l'humidité.
- Œdème : accumulation de liquide dans la peau.
- Papule : lésion élevée, solide inférieur à 1 centimètre de diamètre.
- Pustule : lésions contenant du pus.
- pH : met en évidence les ions hydrogène.
- Purulent : plaie qui contient du pus.

- Savon surgras : contient une base lavante douce (huile amande douce, beurre de karité), qui restaure le film hydrolipidique et lutte contre la peau sèche.
- Sédation : calmer le patient.
- Squame : accumulation visible de kératine formant une plaque sèche qui se détache de l'épiderme.
- Tensioactifs : facilitent l'élimination des saletés sur la peau.
- Triptyque : Document constitué de 3 parties, dont les deux extrémités se rabattent sur le milieu.
- Vésicule : petite ampoule constituée de liquide.
- Xérose : terme dermatologique qui désigne un amincissement, une fragilité, une sécheresse et un manque de souplesse de la peau.

Annexes

ANNEXES n°1: Exemple d'utilisation de Globiad-M document d'observation quotidienne et tableau de bord (BUSSCHE, VERHAEGHE, HECKE, *et al.*, 2018)



GLOBIAD
Global Glabial IAD Monitoring Tool

DAILY IAD MONITORING

GENERAL DATA

Date: 08/05/2017

Patient ID: 4

Nurse initials: EV

IAD CATEGORISATION

Categorisation IAD according to GLOBIAD

☐ 1A Persistent redness without clinical signs of infection

☐ 1B Persistent redness with clinical signs of infection

☒ 2A Skin loss without clinical signs of infection

☐ 2B Skin loss with clinical signs of infection

PERSISTENT REDNESS

Indicate the squares where you observe persistent redness

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

61 62 63 64 65 66 67 68 69 70

71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

81 82 83 84 85 86 87 88 89 90

91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

101 102 103 104 105 106 107 108 109 110

111 112 113 114 115 116 117 118 119 120

121 122 123 124 125 126 127 128 129 130

131 132 133 134 135 136 137 138 139 140

141 142 143 144 145 146 147 148 149 150

151 152 153 154 155 156 157 158 159 160

161 162 163 164 165 166 167 168 169 170

171 172 173 174 175 176 177 178 179 180

181 182 183 184 185 186 187 188 189 190

191 192 193 194 195 196 197 198 199 200

201 202 203 204 205 206 207 208 209 210

211 212 213 214 215 216 217 218 219 220

221 222 223 224 225 226 227 228 229 230

231 232 233 234 235 236 237 238 239 240

241 242 243 244 245 246 247 248 249 250

251 252 253 254 255 256 257 258 259 260

261 262 263 264 265 266 267 268 269 270

271 272 273 274 275 276 277 278 279 280

281 282 283 284 285 286 287 288 289 290

291 292 293 294 295 296 297 298 299 300

301 302 303 304 305 306 307 308 309 310

311 312 313 314 315 316 317 318 319 320

321 322 323 324 325 326 327 328 329 330

331 332 333 334 335 336 337 338 339 340

341 342 343 344 345 346 347 348 349 350

351 352 353 354 355 356 357 358 359 360

361 362 363 364 365 366 367 368 369 370

371 372 373 374 375 376 377 378 379 380

381 382 383 384 385 386 387 388 389 390

391 392 393 394 395 396 397 398 399 400

401 402 403 404 405 406 407 408 409 410

411 412 413 414 415 416 417 418 419 420

421 422 423 424 425 426 427 428 429 430

431 432 433 434 435 436 437 438 439 440

441 442 443 444 445 446 447 448 449 450

451 452 453 454 455 456 457 458 459 460

461 462 463 464 465 466 467 468 469 470

471 472 473 474 475 476 477 478 479 480

481 482 483 484 485 486 487 488 489 490

491 492 493 494 495 496 497 498 499 500

501 502 503 504 505 506 507 508 509 510

511 512 513 514 515 516 517 518 519 520

521 522 523 524 525 526 527 528 529 530

531 532 533 534 535 536 537 538 539 540

541 542 543 544 545 546 547 548 549 550

551 552 553 554 555 556 557 558 559 560

561 562 563 564 565 566 567 568 569 570

571 572 573 574 575 576 577 578 579 580

581 582 583 584 585 586 587 588 589 590

591 592 593 594 595 596 597 598 599 600

601 602 603 604 605 606 607 608 609 610

611 612 613 614 615 616 617 618 619 620

621 622 623 624 625 626 627 628 629 630

631 632 633 634 635 636 637 638 639 640

641 642 643 644 645 646 647 648 649 650

651 652 653 654 655 656 657 658 659 660

661 662 663 664 665 666 667 668 669 670

671 672 673 674 675 676 677 678 679 680

681 682 683 684 685 686 687 688 689 690

691 692 693 694 695 696 697 698 699 700

701 702 703 704 705 706 707 708 709 710

711 712 713 714 715 716 717 718 719 720

721 722 723 724 725 726 727 728 729 730

731 732 733 734 735 736 737 738 739 740

741 742 743 744 745 746 747 748 749 750

751 752 753 754 755 756 757 758 759 760

761 762 763 764 765 766 767 768 769 770

771 772 773 774 775 776 777 778 779 780

781 782 783 784 785 786 787 788 789 790

791 792 793 794 795 796 797 798 799 800

801 802 803 804 805 806 807 808 809 810

811 812 813 814 815 816 817 818 819 820

821 822 823 824 825 826 827 828 829 830

831 832 833 834 835 836 837 838 839 840

841 842 843 844 845 846 847 848 849 850

851 852 853 854 855 856 857 858 859 860

861 862 863 864 865 866 867 868 869 870

871 872 873 874 875 876 877 878 879 880

881 882 883 884 885 886 887 888 889 890

891 892 893 894 895 896 897 898 899 900

901 902 903 904 905 906 907 908 909 910

911 912 913 914 915 916 917 918 919 920

921 922 923 924 925 926 927 928 929 930

931 932 933 934 935 936 937 938 939 940

941 942 943 944 945 946 947 948 949 950

951 952 953 954 955 956 957 958 959 960

961 962 963 964 965 966 967 968 969 970

971 972 973 974 975 976 977 978 979 980

981 982 983 984 985 986 987 988 989 990

991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010

1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020

1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030

1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040

1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050

1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060

1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070

1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080

1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090

1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100

1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110

1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120

1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130

1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140

1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150

1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160

1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170

1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180

1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190

1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200

1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210

1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220

1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230

1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240

1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250

1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260

1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270

1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280

1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290

1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300

1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310

1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320

1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330

1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340

1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350

1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360

1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370

1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380

1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390

1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400

1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410

1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420

1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430

1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440

1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450

1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460

1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470

1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480

1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490

1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500

1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510

1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520

1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530

1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540

1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550

1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560

1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570

1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580

1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590

1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600

1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610

1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620

1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630

1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640

1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650

1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660

1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670

1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680

1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690

1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700

1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710

1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720

1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730

1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740

1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750

1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760

1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770

1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780

1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790

1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800

1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810

1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820

1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830

1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840

1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850

1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860

1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870

1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880

1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890

1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900

1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910

1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920

1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930

1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940

1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950

1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960

1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970

1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980

1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990

1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030

2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040

2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050

2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060

2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070

2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080

2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090

2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100

2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110

2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120

2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130

2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140

2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150

2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160

2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170

2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180

2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190

2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200

2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210

2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220

2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230

2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240

2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250

2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260

2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270

2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280

2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290

2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300

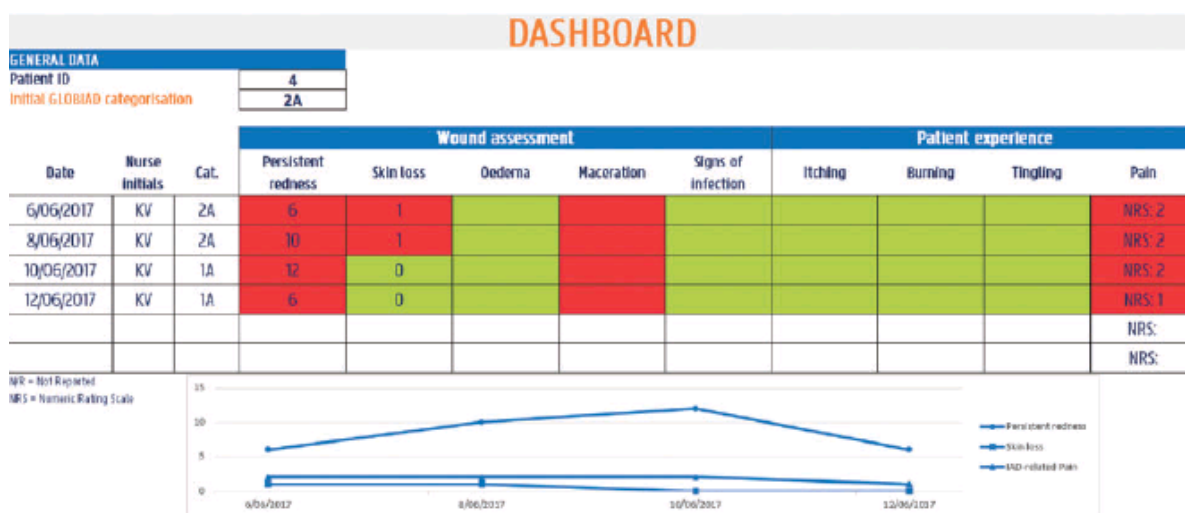
2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310

2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320

2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330

2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340

2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350



ANNEXE n°2 : Lingettes pour les soins liés à l'incontinence Cavilon®

Indications : lingettes pré-humidifiées pour la prise en charge de l'hygiène corporelle des patients incontinents urinaires, mixtes ou fécaux

Les lingettes offrent une alternative dans la prise en charge des soins liés à l'hygiène corporelle des patients incontinents. Solution sans rinçage, elles nettoient, hydratent et laissent un film protecteur cutané qui forme une barrière efficace contre la macération, les urines ou les matières fécales. Lingettes hypoallergéniques, au pH neutre. Elles ne contiennent ni parfum, ni alcool, ni latex, ni parabènes. Elles peuvent être utilisées sur peau intacte ou lésée. Elles contribuent à prévenir la survenue de DAI.

Composition : 3% de Diméthicone, Eau, Sorbate de Potassium, Benzoate de Sodium, Phénoxyéthanol, Glycérine d'origine végétale, EDTA, Polysorbate 20, Citrate de sodium, Acide Citrique, CyclopentasiloxaneDimethiconol, Laureth-4, Laureth-23, Steareth-2, Steareth-100, Propylene Glycol Ethylhexylglycerin.

Caractéristiques physiques : lingettes 100% viscose, taille : 200x300 mm, peuvent être réchauffées au micro-ondes une seule fois, sèchent en 60 secondes, biodégradable.

Contre-indication : ne doit pas être utilisé :

- Sur peau infectée, sauf avis médical
- En cas d'allergie à l'un des constituants
- Sur les yeux
- Ne pas jeter dans les toilettes

ANNEXE n°3 : Spécialités contenant du diméthicone

ALDANEX®, laboratoire Mercure Innovation

Indications : Aldanex® est un gel indiqué pour le soin de la peau intacte ou lésée dans le cas de diarrhée aiguë ou chronique ainsi que dans le cas d'incontinence urinaire ou fécale.

Voie d'administration : usage cutané, gel sans eau tube de 85g soit 70 applications.

Compositions: Dimethicone, Polyethylene Glycol 8, PolyethyleneGlycol 80, Glycerin, Propylene Glycol, Povidone, Stearyl Alcohol (BIOLOGIQ, 2016).



Mode d'emploi : utilisation possible sur peau sèche et humide. Prendre une goutte de la taille d'un petit pois permet de couvrir une surface à traiter ou à protéger, d'environ 8cm x 8 cm. La goutte de gel doit être prise à ras du bouchon sinon il laisse un fil collant. Appliquer une couche fine au centre de la zone et étaler uniformément en effectuant doucement un mouvement circulaire du centre vers l'extérieur de la zone à traiter ou en dessinant les rayons du soleil (Éviter le va-et-vient ou les zig-zag) (MAPLAIE, 2016) . Le produit ne sèche pas, il donne un aspect collant. Les protections peuvent être mises immédiatement (MAPLAIE, 2016 ; MAPLAIE, 2018).

Pour retirer le gel il faut utiliser un savon, le gel doit donc être réappliqué à chaque toilette avec du savon.

Précautions d'emploi : éviter tout contact avec les yeux. En cas de contact oculaire, rincer soigneusement à l'eau. A conserver à température ambiante.

CAVILON crème (3M), crème protectrice cutanée longue durée.

Indications : prévention de la DAI avec incontinence simple

Voie d'administration : voie cutanée. Dispositif médical de classe I non stérile. Tube de 28g (ACL 4334519/EAN 4046719869800) et de 92 g (ACL 4334525 / EAN 4046719869824). Emulsion aqueuse à pH neutre.

Compositions : diméthicone, dicapryladipate, terpolymère d'acrylate, huile de noix de coco, huile minérale, éther stéarylique PPG-15, paraffine, dipropylène glycol, isopropyl palmitate, copolymère acide acrylique d'éthylène, propylène glycol, parfum, imidazolidinylurée, méthylparabène, propylparabène, eau. (Sans latex).

L'eau hydrate la peau. L'huile minérale, l'huile de coco et la paraffine retardent l'évaporation cutanée. L'éther stéarylique PPG-15, l'isopropyl palmitate et le dicapryladipate assouplissent la peau et favorisent la régénération des lipides de la couche cornée. Le principe actif est la diméthicone qui agit comme une barrière contre l'humidité. En fixant la diméthicone à la peau le terpolymère d'acrylate confère à la crème la capacité de résister aux lavages (eau et savon).



Posologie et mode d'administration : appliquer par petites quantités jusqu'à pénétration complète en massant. Une sensation huileuse en fin d'application signifie que la quantité utilisée était trop importante par rapport à la surface à traiter.

Fréquence d'application :

- En cas d'incontinence urinaire : renouveler l'application tous les trois changements de couche
- En cas de diarrhée, réappliquer la crème à chaque toilette

Contre-indication : aucune connue.

Précautions d'emploi : uniquement pour utilisation externe. Conservation à température ambiante éviter les chaleur excessive. Utilisation jusqu'à péremption.

ANNEXE n° 4 : Spécialités contenant un film protecteur

Film protecteur cutané 3M Cavilon® Advanced

Dispositif médical de classe IIa

Applicateur couvre une zone équivalente à environ une feuille A4.

Indications : prise en charge de la DAI, protection de la peau des patients à hauts risques notamment en cas de diarrhée ou d'incontinence mixte.

Voie d'administration : usage cutané, applicateur stérile à utilisation unique. La réutilisation augmente le risque d'infection.

Compositions : hexaméthylsiloxane, tétrapolymère acrylique, 2- Cyanoacrylate d'octyle (3M, 2016).

Mode d'emploi : ne pas utiliser ce film protecteur en association à d'autres protecteurs cutanés. Appliquer le produit deux fois par semaine. Une application plus fréquente pourrait entraîner une accumulation de produit.

Laisser le produit sécher pendant au moins soixante secondes avant d'appliquer un pansement adhésif ou un sparadrap sur le film protecteur cutané. Le film disparaît naturellement avec la desquamation de la peau ; il n'est pas nécessaire de le retirer. Si nécessité de retirer le produit, utiliser un dissolvant contenant de l'hexaméthylsiloxane (HMDS) ou un polymère de silicone.

Préparer le matériel



Disposer le matériel sur une surface propre.



Ouvrir l'emballage du film protecteur cutané 3M Cavilon Advanced et laisser l'applicateur dans son emballage.

Réaliser la toilette du patient



Préparer le patient : découvrir la zone du corps à laver. Limiter la zone de nudité et maintenir une bonne température du patient pendant le soin.



Nettoyer la peau délicatement avec un nettoyant cutané au pH neutre ou de l'eau seule. Sécher la peau en tamponnant si nécessaire. En cas de lésions cutanées (excoriations), retirer l'excès d'écoulement séreux ou séro-sanguin à l'aide d'une compresse.

Changer de gants



Changer les gants après la toilette.

Appliquer le film protecteur cutané 3M™ Cavilon™ Advanced



6 Saisir l'applicateur et placer le pouce sur l'extrémité du levier.

Diriger l'applicateur, mousse vers le bas et enfoncer fermement le levier pour casser l'ampoule interne.

Un bruit d'éclatement ou de bris se fait entendre lorsque l'ampoule se rompt ; il n'est pas nécessaire de maintenir la pression sur le levier.



7 Laisser l'applicateur orienté vers le bas pendant environ 10 secondes pour que le liquide imprègne la mousse. Le liquide s'écoule, il est donc inutile de maintenir la pression sur le levier.



8 Appliquer le film protecteur cutané 3M Cavilon Advanced en passant délicatement la mousse sur la zone à traiter et la peau péri-lésionnelle. Réaliser un mouvement de va-et-vient régulier avec un chevauchement minimal du produit.

Ne pas appliquer de pression supplémentaire sur l'applicateur, car elle pourrait entraîner une accumulation excessive du produit.



9 Poursuivre l'application jusqu'à ce que la totalité de la zone à traiter soit couverte. Il est important d'appliquer le produit sur la totalité de la peau exposée aux selles et/ou à l'urine.



10 Laisser sécher pendant au moins 30 secondes. Si une zone a été oubliée, attendre que le produit sèche complètement avant de renouveler l'application.



11 Si le film protecteur cutané 3M Cavilon Advanced est appliqué dans un pli de la peau ou une autre zone de contact peau contre peau, s'assurer que les surfaces cutanées sont séparées lors de l'application et du temps de séchage (au moins 30 secondes). Vous pourrez ensuite laisser la peau revenir à sa position initiale.

Contre-indications : ne pas utiliser

- En cas d'allergie connue à un composant
- Chez l'enfant né avant le terme de 37 mois
- Comme pansement de soin pour les plaies profondes
- Dans ou autour des yeux

Précautions d'emploi : tenir hors de portée des enfants. Utiliser dans une pièce ventilée. Produit inflammable : ne pas utiliser à proximité d'une source de chaleur. L'absorption cutanée et l'efficacité des antifongiques peuvent être diminués (3M, 2016).

Film protecteur cutané 3M Cavilon® NSNF

Indications : protection de la peau des patients à risque de DAI.

Vaporisateur 28 ml 150 pulvérisations. (5 pulvérisations équivalent à environ 1 ml de produit) ACL 7481882/EAN 8711428065985 (HAS, 2006)

Applicateur stérile de 1 ml à usage unique : 1 ml de produit permet de protéger une surface de 15 cm x 15 cm ACL 7556485/EAN 8711428065947 (HAS, 2006).



Compositions :

Adhésif : Terpolymère d'acrylate

Plastifiant : Polyphénylméthylsiloxane.

Solvants non alcoolique : hexaméthylsiloxane (HMDS), isooctane (HAS, 2006 ; VIDAL, 2019a)

« La solution, en se polymérisant au contact de l'air, dépose un film transparent semi-perméable d'environ 5 microns d'épaisseur et réalise une barrière protectrice » (HAS, 2006). Efficace pendant 48 à 72h.

Film protecteur cutané 3M Secura® NSNF

Indications : protection sur peau intacte et lésée.

Voie d'administration : Usage cutané.

Vaporisateur 28 ml, 238 pulvérisations

Tampon applicateur de 3ml protège une surface de 25cm x 25 cm

Lingette 1 ml couvre une surface de 15cm x 15 cm.

Compositions : solvant.

Efficace jusqu'à 96 heures (4 jours), fréquence recommandée toutes les 24 à 96h voir toutes les 12 à 24h en cas de selles liquides fréquentes et nettoyage fréquent.



Données communes aux deux protecteurs (SECURA® et CAVILON®)

Précautions d'emploi : tenir hors de portée des enfants. Ne pas appliquer dans les yeux. En cas de contact, rincer les yeux abondamment avec de l'eau. Utiliser dans un lieu bien ventilé. Ne pas utiliser à proximité de flammes ou d'une source de feu.

Conseils d'utilisations : la peau doit être propre et sèche. Nettoyer et laisser sécher la peau pendant au moins 30 secondes avant d'appliquer le produit. Appliquez une couche uniforme sur la zone.

Spray : Tenir le vaporisateur à distance de 10 ou 15 cm de l'épiderme

Lingette ou tampon : appliquer sur toute la zone en tamponnant.

Laisser sécher 30 secondes. Si une zone est oubliée, attendre que la zone adjacente soit sèche avant d'appliquer à nouveau le produit sur la peau.

Sur une zone de plis cutanés, les zones en contact doivent être séparées : la couche appliquée doit sécher complètement avant de reprendre la position normale. Sinon les surfaces cutanées peuvent coller entre elles (SMITH&NEPHEW).

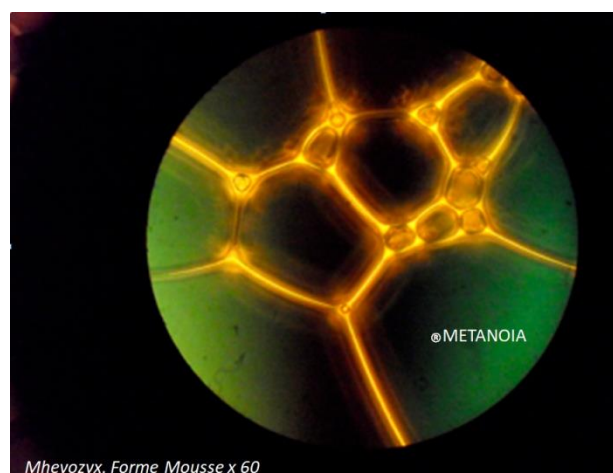
Si le film est recouvert d'un pansement, le retrait de l'adhésif peut emmener le film. Une nouvelle application est nécessaire.



Application d'un film (3M, 2015)

ANNEXE n°5 : Spécialités contenant du Mhévozyx®

Le Mhévozyx®, base des produits IrriProtect® et EscarProtect®, est un cristal liquide dont la conformation physique confère des propriétés de protection des cellules en installant un réseau intra-épidermique très serré, formant une barrière non filmogène. Cette mousse de soin répond à des tests de toxicité très stricts. Non gras, le Mhévozyx® est naturellement éliminé par le métabolisme bien que non lessivable. Il permet une application sur peaux lésées.



Propriétés de la formulation : Non occlusif, non filmogène, non gras. Résiste à des lavages répétés. Durée d'action, de 3 à 7 heures en fonction de l'état de la peau. N'empêche pas l'adhésion des pansements (attendre quelques instants la pénétration du produit). Un usage à long terme ne présente aucun inconvénient.

IRRIPROTECT® (Métanoia santé) : mousse à usage cutané pour utilisation en dermatologie, pédiatrie et gériatrie, 60 ml (environ 1,5 L de mousse).

Dispositif médical de classe I. ACL: 6008365- code EAN : 3401060083656

Indications : prévention et soin des zones irritées par l'incontinence. Ne pas arrêter le traitement immédiatement après disparition des symptômes ou des lésions.

Voie d'administration : usage dermique

Composition : Aqua, Mhevozyx®, Butane (and) propane, Dimethicone, TEA, Polysorbate 20, Arganiaspinosa kernel oil, Melaleucaalternifoliaoil, Cinnamomumcamphora CT cineoliferumoil, Cymbopogonmartiniioil, Anibarosaeodoraol, linalol, geraniol.



Mode d'emploi : appliquer sur peau propre et sèche. Si des substances sont présentes sur la surface de la peau, par exemple des résidus de produits de lavage ou autres, potentiellement irritants, l'application d'Irriprotect® peut provoquer une réaction locale lors de l'application car il a pour effet d'entraîner ces irritants dans la peau. Cet effet entraînant peut être bénéfique lors de l'application préalable de dermocorticoïdes ou d'huile végétale.

A raison de deux à trois applications par jour. Tenir le spray tête en bas et extraire une noix de mousse en appuyant légèrement sur le diffuseur. Appliquer sur la zone à traiter, faire pénétrer en massant doucement. Si la zone est sensible ou abîmée, tapoter avec la boule de mousse pour déposer un peu de produit, attendre quelques instants, masser doucement avec le reste du produit. Renouveler l'application deux fois par jour, trois fois au début du traitement si des excoriations sont présentes sur la zone, ou si celle-ci est très lésée.

Il n'est pas utile de réappliquer le produit lorsqu'une souillure oblige à une nouvelle toilette et que l'application suivante ne doit intervenir que dans plusieurs heures. Le produit n'est lessivé ni par les urines, ni par les selles, ni par l'eau ou le savon.

Une grande quantité de produit mise en une seule application ne sera pas plus efficace. Il est judicieux, afin d'économiser le produit, de procéder à plusieurs applications espacées si l'on pense que cela est nécessaire.

Si le sujet manifeste une réaction irritative rapidement après application d'IrriProtect®, ce n'est pas obligatoirement une allergie au produit (il suffit pour s'en assurer de procéder à une application sur une autre zone du corps, une réaction identique pourrait alors indiquer une allergie à l'un des constituants). IrriProtect® a pu agir comme révélateur d'une surinfection mycosique ou bactérienne présente sur la zone de traitement. Dans ce cas, mettre en place un traitement adapté.

Précaution d'emploi : tenir hors de portée des enfants. Ne convient pas aux enfants de moins de 30 mois (présence d'huiles essentielles). Utilisation jusqu'à la date de péremption.

ESCARPROTECT® (Métanoia santé) : mousse à usage cutané pour utilisation en dermatologie, pédiatrie et gériatrie.

Dispositif médical de classe I. ACL : 60 08365, EAN : 3401060083656

Indications : prévention et soin des dermites associées à l'incontinence de forme légère à sévère, protection des zones à risque d'escarre : talons, sacrum, protection des zones exposées à la macération et aux pansements. Protection des berges de la plaie, la peau péristomiale ou la peau péri-lésionnelle.

Vois d'administration : usage dermique.

Composition : aqua, Mhevozyx®, Butane (and) propane, Diméthicone. TEA, Polysorbate 20 (Sans Parfum et sans conservateur).



Mode d'emploi : appliquer sur peau propre et sèche. A raison de deux à trois applications par jour. Tenir le spray tête en bas et extraire une noix de mousse en appuyant légèrement sur le diffuseur. Appliquer sur la zone à traiter, faire pénétrer en massant doucement. Si la zone est sensible ou abîmée, tapoter avec la boule de mousse pour déposer un peu de produit, attendre quelques instants, masser doucement avec le reste du produit.

Précaution d'emploi : tenir hors de portée des enfants. Utilisation jusqu'à la date de péremption.

N.B : L'utilisation d'EscarProtect® en pratique clinique par les infirmières ont montré que l'efficacité était liée aux situations d'escarres, prévention, stade I et II-phlyctène claire et aussi bien dans les cas de DAI. Ainsi IrriProtect® a vu le jour en 2014. Sa formulation étoffée adjoint des huiles essentielles, ce qui lui confère odeur, antisepsie naturelle et aide à la réparation de la peau, qui sont des éléments de confort dans les situations de DAI.

ANNEXE n°6 : Liste de demande de matériels en officine par le service des soins infirmiers à domicile

Liste du matériel spécifique indispensable au bon déroulement des interventions dans le respect de règles de sécurité, de confort et d'hygiène.

Cette liste est établit au moment de l'admission dans le Service de Soins Infirmiers à Domicile. Elle est susceptible d'être modifiée pour venir s'adapter à l'évolution des besoins de la personne prise en charge.

Petit matériel de base (des vêtements propres pour l'habillage sont à préparer en amont de la venue de l'aide-soignant) :

- 2 gants de toilette (changés minimum 2 fois par semaine)
- 2 serviettes de toilette (changés minimum 2 fois par semaine)
- Coupe ongles
- 1 savonnette
- 1 shampoing
- Nécessaire pour l'hygiène bucco-dentaire
- 1 thermomètre Rectal

Petit matériel spécifique :

- ☒ Bassine de taille moyenne
- ☐ Gants de toilette à usage unique
- ☐ Rasoir manuel (+ lames neuves et mousse à raser)
- ☐ Rasoir électrique
- ☐ Eosine (flacon ou dosettes)
- ☒ Talc
- ☐ Crème hydratante corps
- ☐ Crème Protectrice type Conveen Protect* (Coloplast)
- ☐ Crème Protectrice type Bepanthen* ou Mytosyl*
- ☒ Compresse
- ☐ Alèses absorbantes (carrés bleus)
- ☐ Pistolet/bassin
- ☒ Change complet taille (échantillon)
- ☐ Pant taille
- ☐ Têna
- ☐ Pèse personne

Aides techniques :

- ☐ Chaussons fermés
- ☐ Vêtements fendus
- ☐ Etui pénien + poches
- ☐ Tapis de sol antidérapant
- ☐ Tapis de bain antidérapant
- ☐ Draps plats
- ☐ Tabouret/ chaise de douche
- ☐ Drap de glisse
- ☐ Lit médicalisé
- ☐ Adaptable
- ☐ Lève-personne
- ☐ Rolly

NOM :

Prénom :

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : lundi 06 mai 2019

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE présenté par : Lorène MARCELIN <u>Sujet</u> : PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA DERMITE ASSOCIEE A L'INCONTINENCE : IMPLICATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE <u>Jury</u> : Président : Mme Anne SAPIN-MINET, Maître de Conférences Directeur : Mme Sabine POIGNON, Pharmacien Juges : Mme Mathilde HERRY-SIMON, Pharmacien Mme Juliette RITZINGER, Infirmière	Vu, Nancy, le 05 avril 2019 Le Président du Jury  Mme Anne SAPIN-MINET Directeur de Thèse  Mme Sabine POIGNON
Vu et approuvé, Nancy, le 5 04. 2019 Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,  Pr. Remy REMY	Vu, Nancy, le 10 AVR. 2019 Le Président de l'Université de Lorraine,  Pierre MUTZENHARDT N° d'enregistrement : 10660

N° d'identification :

TITRE

**PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA DERMITE ASSOCIÉE À
L'INCONTINENCE : IMPLICATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE**

Thèse soutenue le 06 mai 2019

Par Lorène MARCELIN

RESUME :

Maintenir une peau périnéale saine et intacte chez les personnes incontinentes est primordial. Les incontinenances les exposent au risque de développer une dermite associée à l'incontinence (DAI), génératrice d'inconfort et de fortes douleurs. La dermite associée à l'incontinence est une pathologie fréquente mais méconnue des professionnels de santé. La prévention et la prise en charge de la DAI est une problématique identifiée depuis peu de temps. Certaines études et publications récentes ont participé à faire connaître la DAI. Pourtant, il semblerait qu'un grand nombre de DAI ne soient pas diagnostiquées par méconnaissance ou confusion avec d'autres dermatoses. Avec la réalisation de fiches pratiques, nous voulons nous adresser à tous les acteurs confrontés à cette problématique du diagnostic au traitement. Celles-ci doivent permettre de comprendre plus facilement l'origine de la DAI, son diagnostic, sa prévention et son traitement. La prise en charge pluridisciplinaire des soins ne peut être que bénéfique pour le patient : diminution de la douleur, des soins, des coûts etc. Les mesures préventives ont aussi toutes leurs importances, le pharmacien a un rôle de premier plan à jouer afin de conseiller au mieux les patients.

MOTS CLES : incontinence urinaire ; incontinence fécale ; dermite irritative ; adulte ; protecteurs cutanés ; soins dermatologiques ; prévention, traitement ; conseil officinal

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Madame Sabine POIGNON	Centre Hospitalier de Remiremont	Expérimentale ☐ Bibliographique ☒ Thème 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 – Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
⑥ – Pratique professionnelle

