

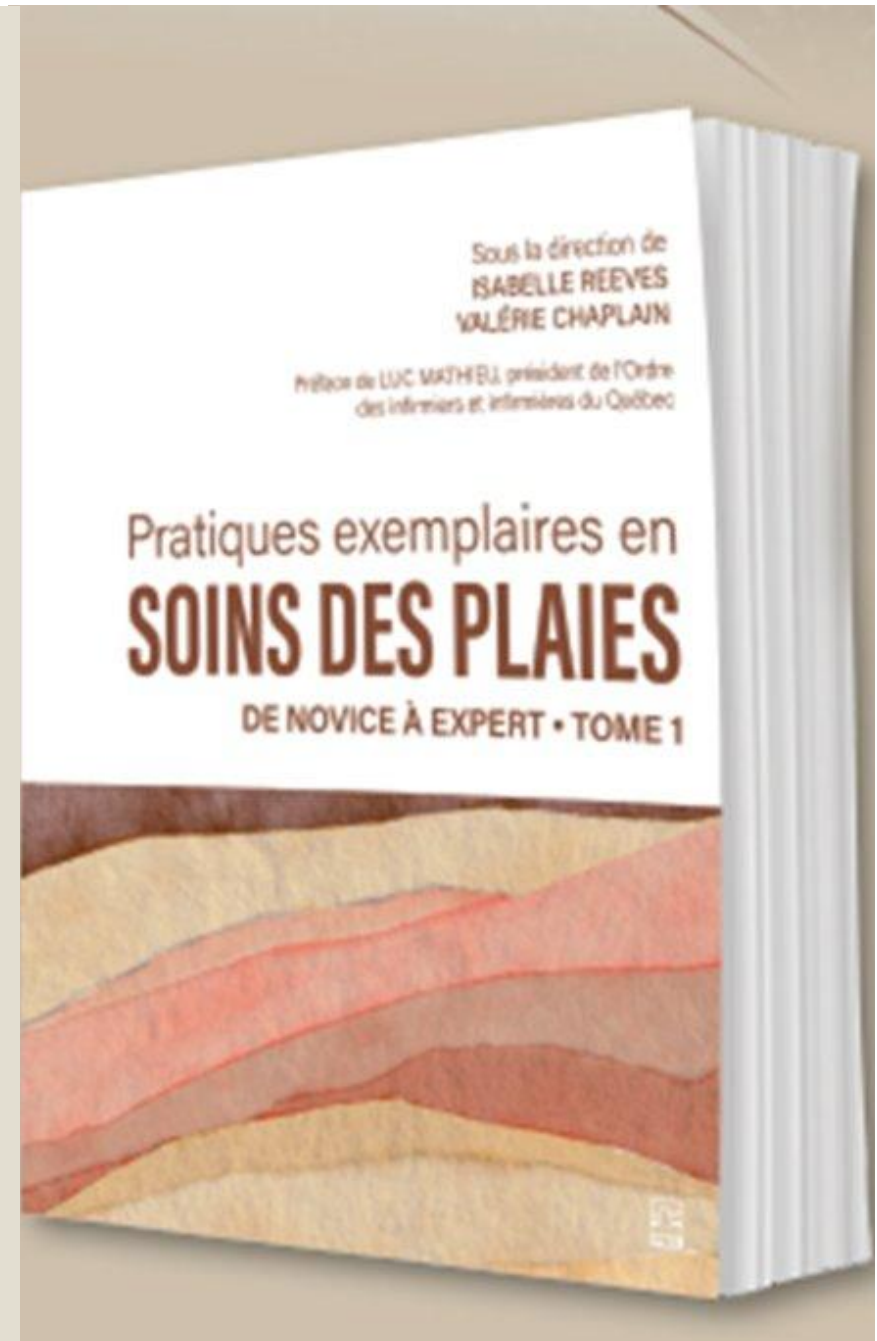


# CHANGEMENTS CUTANÉS ASSOCIÉS À LA FIN DE VIE (CCFDV)

Olivier Nadeau, inf. B. Sc.  
Infirmier chef et conseiller clinique, Maison Source Bleue

# Je m'appelle Olivier...

- Bac. UdeS, spécialité Adaptation/Réadaptation
- DESS en soins palliatifs et de fin de vie (UdeS)
- 12 ans à la Maison Source Bleue
- Infirmier chef/conseiller clinique
- Co-auteur dans "Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert" sous la direction de Isabelle Reeves et Valérie Chaplain



# Divulgarion des conflits d'intérêt

- Aucun conflit d'intérêt

# Plan de la présentation

- Historique
- Physiopathologie
- Lésions terminales de Trombley-Brennan
- Ulcère terminal de Kennedy
- Syndrome de 15h30
- Prise en charge

# Introduction aux SCALE

Changements physiologiques provoqués par le processus du mourir et qui affectent la peau et les tissus mous. Ces changements sont à la fois objectifs (modification de la couleur, de la turgescence ou de l'intégrité de la peau) et subjectifs (douleur).



Un peu d'histoire...

# Historique des SCALE

- Jean-Martin Charcot
  - Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, 1873
  - “Décubitus aigu dans l’apoplexie symptomatique de lésions cérébrales en foyer (“hémorragie intra-encéphalique ou ramollissement partiel du cerveau”)
  - “Une pression des plus légères et de très courte durée suffit même pour la faire apparaître dans certains cas. Enfin, il est d’autres cas encore, à la vérité très exceptionnels, où elle paraît se produire sans l’intervention de la moindre pression [...]”
  - “C’est là une affection bien différente de toutes les éruptions, [...] que l’on observe si communément au siège, chez les sujets qui, [...] sont condamnés à séjourner au lit pendant un temps très long.”
  - [...] [ces lésions] permettent, dans de certaines circonstances, de formuler presque à coup sûr, le pronostic. [...] [c’est] le *decubitus ominosus* par excellence.”
  - Théorise une origine “neurotrophique” à ces lésions.

Le lendemain ou le surlendemain l'éruption bulleuse, puis la tache ecchymotique, apparaissent sur la partie centrale de la plaque érythémateuse, c'est-à-dire à 4 ou 5 centimètres environ en dehors du sillon interfessier, et à 3 ou 4 centimètres au-dessous

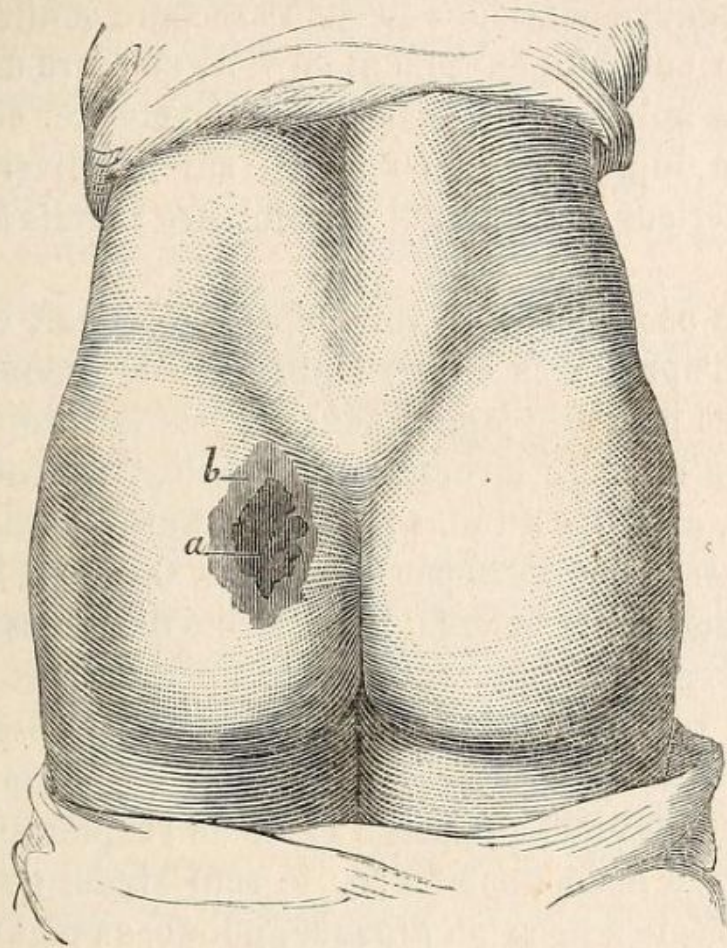


Fig. 3. Eschare de la fesse du côté paralysé, dans un cas d'hémiplégie consécutive à l'hémorrhagie : *a*. Partie mortifiée ; *b*. Zone érythémateuse.

# Historique des SCALE

- Aloï Alzheimer
  - Frau Auguste Deter, 1<sup>ère</sup> personne à souffrir de ce qu'on appellera "Maladie d'Alzheimer"
  - Décédée d'une septicémie provoquée par des lésions de pression
  - "Malgré tous les soins infirmiers prodigués, elle développa des plaies de lit"
- Karen-Lou Kennedy-Evans
  - En 1989, elle publie une étude rétrospective sur 5 ans menée dans un milieu de soins de 500 lits.
  - Cette étude établit un lien entre l'apparition rapide de plaies dans la région sacro-coccygienne malgré une prise en charge optimale et le pronostic sombre
  - 55,7% des personnes ayant développé une lésion de pression sont décédés dans les 6 sem.
  - Après l'apparition de ce qu'elle baptise le "3:30 syndrome", les patients décèdent en 8 à 24 heures.
  - On suggère une nouvelle catégorie de plaies : l'ulcère terminal de Kennedy

# Historique des SCALE

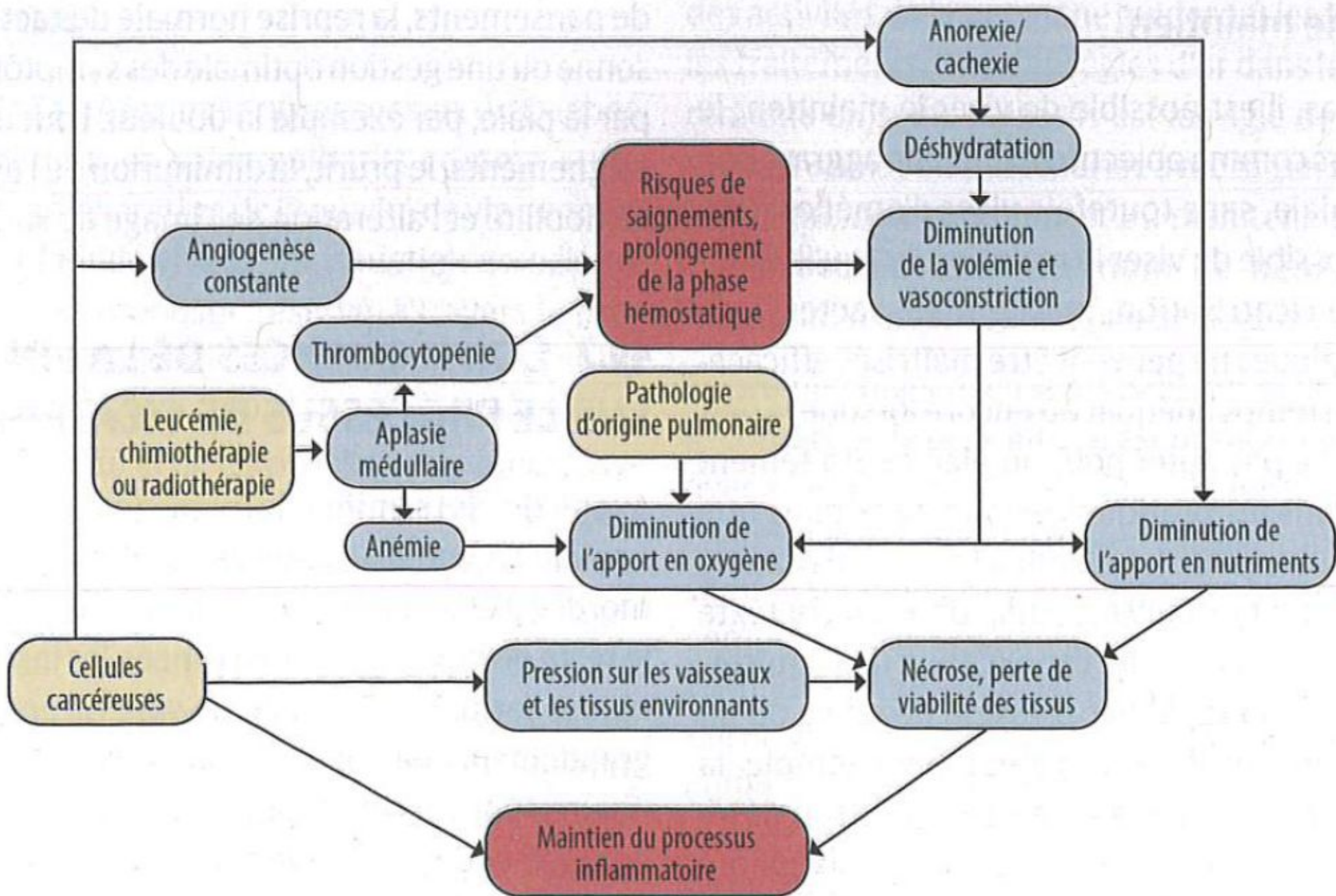
- Depuis Kennedy, communauté scientifique sensibilisée aux changements cutanés de fin de vie et aux lésions associées
- 2009 : 1er panel pour consensus d'experts sur les SCALE (Skin Changes At Life's End)
  - SCALE
  - Ulcère de Kennedy
  - Insuffisance cutanée
  - On établit que contrairement à la croyance populaire, "certaines lésions de pression sont inévitables"
- 2012 : Lésions terminales de Trombley-Brennan
  - Même des zones qui ne sont soumises à aucune pression peuvent développer des lésions associées à la fin de vie
- 2020 : Skin Failure Clinical Indicator Scale (SFCIS)
  - Outil permettant de distinguer lésion de pression et insuffisance cutanée (en milieu aigu)



# Physiopathologie

# Physiopathologie des SCALE

- Fin de vie implique :
  - Hypoxie
  - Dénutrition
  - Déshydratation
  - Accumulation de déchets métaboliques
  - Éventuellement, syndrome de dysfonction multiorganique
- LA PEAU EST UN ORGANE
  - Dysfonction multiorganique mène à une insuffisance cutanée
  - SCALE (CCFDV) sont l'ensemble des modifications associées à ce processus
- Mécanismes différents par rapport aux lésions de pression
  - Histologiquement différent des lésions de pression stade 1 et LTP
  - Température (thermographie infrarouge) différente des lésions de pression, semblable à la peau intacte



# SCALE

- Se manifestent par
  - Changement de couleur
  - Changement de texture
  - Avec ou sans douleur
  - Avec ou sans perte d'épiderme
- Entraînent
  - Dommages tissulaires
  - Diminution de la résistance aux stressseurs (pression, friction, cisaillement)



# Lésions terminales de Trombley-Brennan

# Caractéristiques LTTB

- Apparition spontanée malgré prise en charge optimale
- Évolution rapide
- Lésions linéaires rougeâtres ou violacées
- Lésions verticales sur les membres ou horizontales au dos
- Situées au dos, sur les membres, y compris aux endroits où il n'y a aucune pression (cuisses par exemples)
- Épiderme intact, n'évolue pas vers rupture de l'épiderme
- Indicateur de pronostic très sombre (75% des pts décèdent en 72h, médiane = 36 h)
- Lorsque le centre des lésions est décoloré, décès en 2 heures (quelques patients, une seule étude)









# Ulcère terminal de Kennedy

# Caractéristiques UTK

- Pour les deux formes :
  - Apparition spontanée malgré prise en charge optimale
  - Situé dans la région sacro-coccygienne
  - Éventuellement (mais tout de même assez rapidement), perte d'épiderme
- Forme bilatérale
  - Apparition et progression rapide (heures/jours)
  - Forme de poire, de fer à cheval, de papillon
  - Rouge, violacé, noirâtre
  - Indicateur de Px sombre (2 semaines à plusieurs mois)



# Caractéristiques UTK

- Forme unilatérale (Syndrome de 15h30)
  - Situé sur une seule fesse
  - Apparition et progression fulgurante (en heures)
  - Indicateur de Px très sombre (8 à 24h)



# SCALE VS négligence

- Pris à tort pour des lésions de pression, par contre la pression joue un rôle mineur dans leur physiopathologie;
- Caractéristiques :
  - En forme de poire, de papillon ou de fer à cheval ou seulement d'un côté
  - Surtout région sacro-coccygienne
  - SURTOUT, apparition TRÈS rapide malgré prise en charge optimale (parfois Dx post-mortem en rétrospective)

# SCALE vs négligence

- La présence d'un UTK peut faire croire au patient, à la famille et au personnel que la personne a été négligée
- Peut provoquer culpabilité dans l'équipe qui croit ne pas avoir fait suffisamment de prévention
- Enseignement très important :
  - Fin de vie = hypoxie, dénutrition, pancytopénie...
  - Syndrome de dysfonction multiorganique sous-entend insuffisance cutanée
  - Insuffisance cutanée = SCALE



# SCALE aux soins intensifs

# Classification des insuffisances cutanées

- Aigue
  - Accompagne maladie aigue et état critique
  - Normalement aux soins intensifs
  - Plusieurs facteurs de risque pour lésions de pression : immobilité, hypoperfusion, anémie, malnutrition...
- Chronique ou Terminale
  - Accompagne syndrome de dysfonction multiorganique associé à une maladie chronique ou à la fin de vie

# SCALE aux soins intensifs

- Insuffisance cutanée guette autant les pts en soins pall qu'en soins intensifs
- Histoire de cas
  - Homme de 38 ans, 357 kg
  - Pneumonie + insuff. respi
  - 4 mois aux soins sans lésion cutanée
  - Arrêt cardiaque avec basse pression artérielle moyenne malgré vasopresseurs
  - Apparition soudaine de décoloration violacée ne blanchissant pas sous la pression
  - Destruction de l'épiderme au fesses, cuisses, trochanter, panicule graisseux
  - Infections nécrosantes : R/O
  - Décès 48 h post arrêt



# Skin Failure Clinical Indicator Scale

- Développé en 2020 pour milieu aigu
- Très petite cohorte (52 patients)
- Identifie correctement 83,7% des cas d'insuffisance cutanée probable
- Doit encore être validé par d'autres études

**Table 6. Proposed Skin Failure Clinical Indicator Scale**

<b>FACTOR</b>	<b>SCORE<sup>a</sup></b>
<b>Albumin (g/dL)</b>	0: >35 3: <3.5
<b>Primary diagnosis</b>	0=Other 4=Related to impaired blood flow (eg, CV/vascular /dyscrasias/other related)
<b>Presence of sepsis/MODS</b>	0=No 5=Yes
<b>Vasopressor/inotrope use</b>	0=No 6=Yes
<b>Mechanical ventilation</b>	0=No 3=Yes

CV: cardiovascular; MODS: multiple organ dysfunction syndrome

<sup>a</sup> Probability of skin failure: Low=0-6, Moderate=7-14, High=15-21



Prise en charge

# Prise en charge

- Lésions inévitables et incurables
  - Insuffisance cutanée sous-jacente
  - Signe de fin de vie
- Poursuivre les changements de position q 4 heures sur surface thérapeutique
- PEC purement palliative, gestion de symptômes
  - Viser le confort
  - Réduction de la fréquence des pansements
  - Réduction de la douleur
  - Réduction de l'odeur...
- Enseignement +++

# Prise en charge

En général :

- Nettoyage à l'eau potable ;
- Antimicrobien topique si bris d'épiderme (argent, iode, miel...)

Si odeur :

- Metronidazole (Flagyl)
- Curcuma
- Pansement de charbon

Si exsudat :

- Alginate, hydrofibre, mousse
- Produits d'incontinence si exsudat impossible à contenir.

# Note sur les changements de position

Il est rare mais possible que des patients ne tolèrent aucun changement de position

Lorsque la douleur est intolérable ou que le mouvement provoque une détresse respiratoire :

- Il est parfaitement justifié de ne plus bouger le patient
- En dernier recours
- En fonction du pronostic
- Décision prise en collaboration avec l'équipe, le patient et la famille
- Enseignement sur les effets de l'immobilité



PRISE EN CHARGE DES PLAIES  
PALLIATIVES COMPLEXES

Olivier Nadeau, inf. B. Sc.  
Josée Levasseur, inf.  
Maison Source Bleue

# Plan de la présentation

- Description de la plaie + recette à domicile
- Lignes directrices pour le type de plaie concernée
- Analyse du pansement antérieur
- Améliorations recommandées
- Démonstration

# Pourquoi une démonstration?

- Le succès d'un plan de traitement dépend de l'utilisation judicieuse des produits
- L'utilisation inefficace d'un produit peut coûter cher pour aucun bénéfice
  - Exemple : gel isotonique dans une plaie très exsudative
  - Exemple : pansement à libération continue d'ibuprofène dont la pellicule protectrice n'a pas été retirée
- L'utilisation inefficace d'un produit peut contribuer à la détérioration d'une plaie
  - Exemple : collagénase inactivée en présence de métaux lourds
  - Exemple : profuits semi-occlusifs sur un ulcère artériel provoque macération et risque gangrène fulgurante
- L'utilisation inefficace d'un produit peut provoquer des symptômes additionnels
  - Exemple : pansement non semi-occlusif qui contribue à l'adhérence du pansement dans la plaie, provoque de la douleur
  - Exemple : pansement insuffisamment absorbant devra être refait plusieurs fois par jour, augmente la douleur, réduit le temps du patient pour activités

# Pourquoi une démonstration?

Il ne suffit pas de savoir quoi faire, il faut savoir comment le faire!



# Plaie néoplasique

## Métastase cutanée d'un cancer du sein

Problèmes particuliers : saignement, exsudat

Métastase cutanée sous l'omoplate gauche d'un cancer du sein

À domicile :

Écoulement abondant +++

Saignement

-Métronidazole (Flagyl)

-Silvercel

-Aquacel Foam

-Changé BID et écoulement si abondant que pte doit changer ses vêtements dans la journée



# Néovangiogenèse

- Fait partie du processus de carcinogenèse
- Création de nouveaux vaisseaux sanguins pour alimenter la tumeur en O<sub>2</sub> et en nutriments
- Réseau vasculaire dense, friable et anarchique
- En découlent :
  - Risque élevé de saignements, même spontanés,
  - Exsudat très important

# Néovangiogenèse



# Guidelines : plaies néoplasiques

- Traitement symptomatique
- Ne jamais débrider
- Plaies souvent malodorantes, exsudatives, douloureuses, à haut risque de saignement

# À domicile

## Exsudat

Silvercel (pansement d'Ag, alginate, CMC)

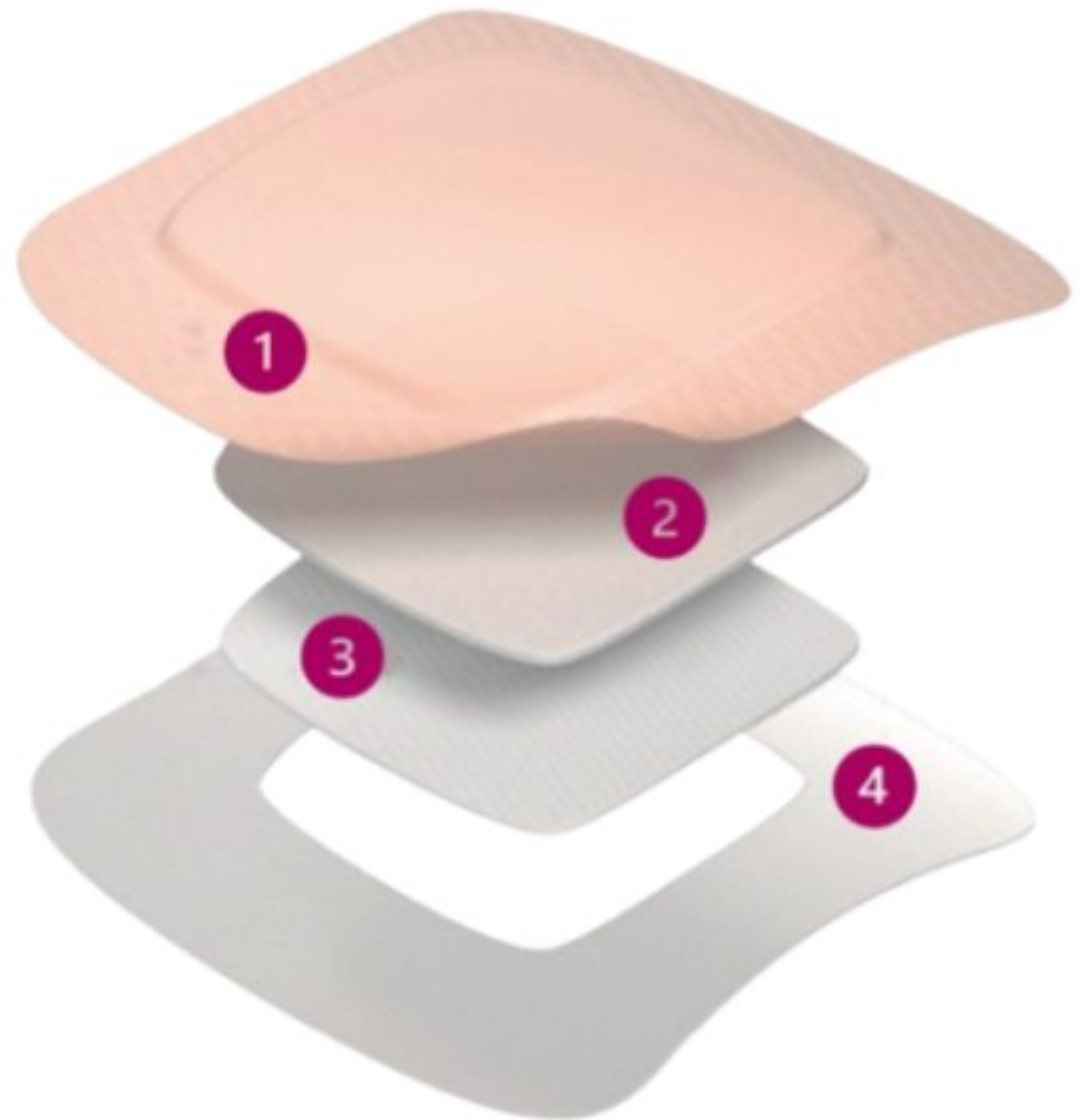
- Pourrait théoriquement réduire la charge bactérienne, donc le processus inflammatoire, donc l'exsudat associé
- Alginate absorbe plusieurs fois son poids en liquide
- Il existe une formule non-adhérente (pas magique...)



# À domicile Exsudat

## Aquacel Foam

- Combinaison d'une hydrofibre mousse (deux produits très absorbants)



# À domicile Saignement

Silvercel contient de l'alginate + CMC

- Alginate et carboxyméthylcellulose sont des agents hémostatiques.

# Analyse du pansement du domicile

- Exsudat
  - Changement BID indique que le pansement est insuffisamment absorbant
  - Malgré alginate, hydrofibre et mousse, exsudat ne peut être contenu à l'intérieur du pansement
- Saignement
  - Alginate et CMC peuvent contribuer à traiter les saignements légers
  - Pas de méthode de prévention spécifique

# Amélioration proposée

Nettoyer au bain

Poursuivre métronidazole (Flagyl) pour la gestion de l'odeur

**Interface siliconée** pour prévenir les saignements

Poursuivre Silvercel pour gestion microbienne

Remplacer Aquacel Foam par **culotte d'incontinence**

Pellicule transparente

Magistrale d'**acide tranexamique** si saignements

Changer die

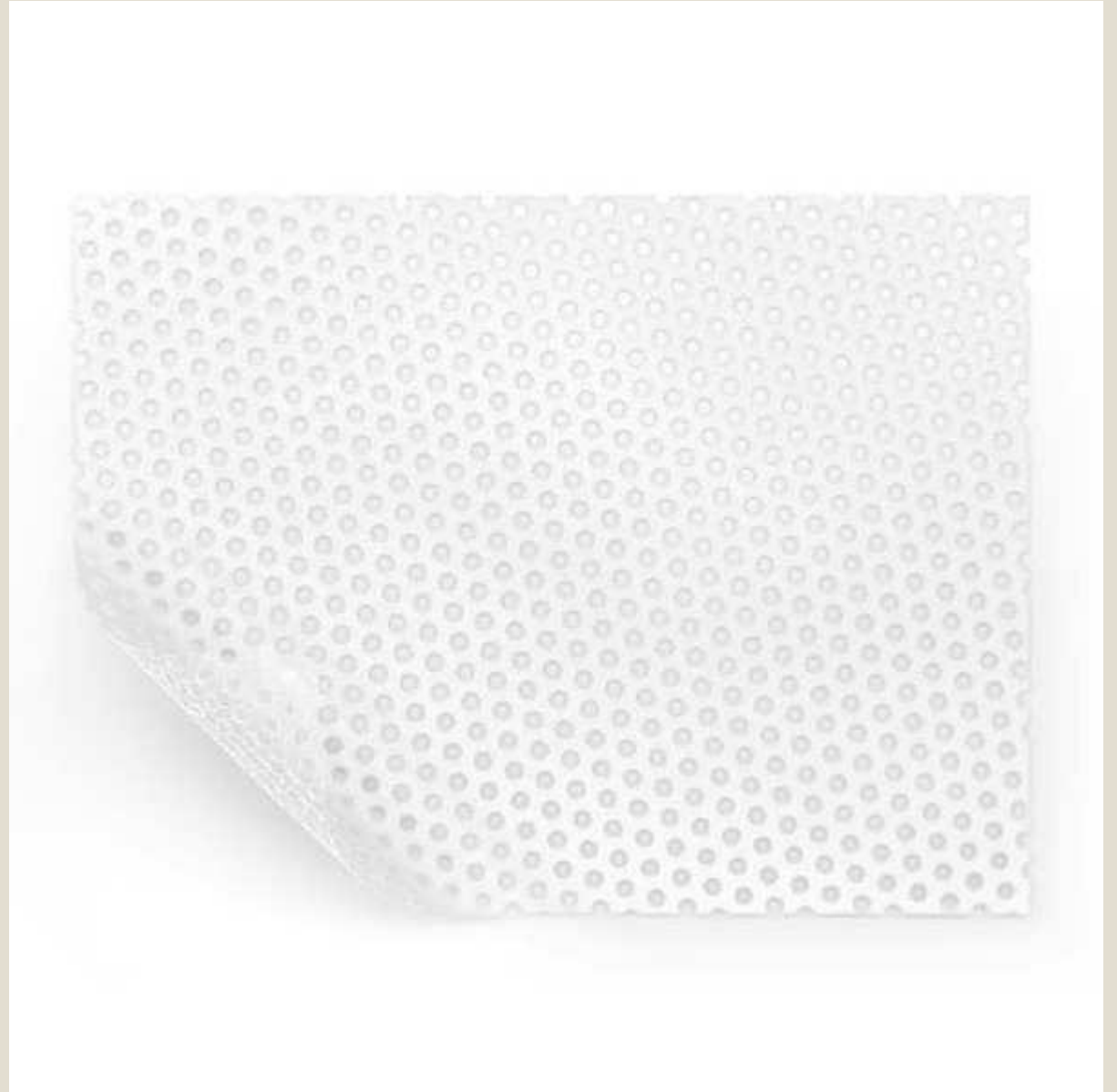
# À la Source Bleue Saignement

Interface non adhérente non absorbante  
à base de silicone

- Diminue l'adhérence du pansement au lit de la plaie (permet de diminuer la douleur au retrait et le risque de trauma donc de saignement)
- Port de longue durée (ad 14 jours)
- Les trous permettent de nettoyer ou d'appliquer des produits topiques par dessus l'interface sans même avoir à la retirer

Utilisation judicieuse :

-Côté adhésif SUR la plaie



# À la Source Bleue Saignement

Magistrale d'acide tranexamique

- Solution de 50 mg/ml dans eau stérile
- Solution maison : 1 co de 500 mg dans 10 ml d'eau stérile
- Peut être irriguée à basse pression sur le site ou
- Imbiber une compresse de la solution et l'appliquer sur le site



# À la Source Bleue Exsudat

## Culotte d'incontinence

- Stérilité = futile
- Extrêmement absorbant, capacité d'absorption supérieure à tout pansement
- Peu coûteux
- Découper les attaches ou les élastiques
- Couvrir d'un pansement secondaire (fixation)





# Plaies néoplasiques

## Mélanome au flanc gauche

Problèmes particuliers : odeur, exsudat

Mélanome récidivant au flanc gauche

À domicile :

Odeur nauséabonde,

Écoulement impossible à contenir.

-Métronidazole (Flagyl) saupoudré  
sur la plaie au changement du pansement

-Silvercel

-Allevyn

-Hypafix.



# Guidelines : plaies néoplasiques

- Traitement symptomatique
- Ne jamais débrider
- Plaies souvent malodorantes, exsudatives, douloureuses, à haut risque de saignement

# À domicile

## Odeur

- Métronidazole (Flagyl) 500 mg 2-3 co écrasés, saupoudrés sur plaie au changement du pansement
- Antibiotique : permet de diminuer la charge bactérienne, une source importante d'odeur nauséabonde dans les plaies
- Il existe aussi un gel, plus facile à appliquer, qui ne laisse pas de résidus de poudre dans la plaie (pour application facile, appliquer sur un balluchon de gaze et répandre sur la plaie)
- Effet antabuse théoriquement possible, attention ROH



# À domicile

## Odeur

- Silvercel contient de l'argent, antimicrobien qui peut contribuer à diminuer charge bactérienne (source d'odeur)



# À domicile Écoulement

- Silvercel contient alginate et CMC, deux produits qui absorbent plusieurs fois leur poids en liquide
- Allevyn (pansements mousse), plus absorbant que l'alginate

Utilisation judicieuse :

Allevyn doit être appliqué face BLANCHE sur la plaie, on doit voir la face ROSE une fois que le pansement est en place



# Analyse du pansement du domicile

## Odeur

- Metronidazole et Argent sont tout à fait appropriés
- Lorsque insuffisant, pourrions opter pour charbon, d'un autre côté plaie très exsudative. Utilisation judicieuse : plus les pansements de charbon demeurent secs, plus ils conservent une capacité optimale d'adsorption des odeurs. Moins efficaces lorsque totalement saturés.
- Aurions pu utiliser une méthode de fixation semi-occlusive (liquide qui n'est pas contenu dans le pansement peut être une source d'odeur).

## Exsudat

- Réfection nécessaire plus souvent que die = capacité d'absorption insuffisante

# Amélioration proposée

Nettoyer à l'eau potable

Remplacer métronidazole par **curcuma**

Poursuivre Silvercel

Remplacer Allewyn par **culottes d'incontinence**

Pellicule transparente

Changer die

# À la Source Bleue

## Odeur

### Curcuma

- Capacité d'adsorption pour odeurs
- Modulation de l'odeur : ce qui est perceptible devient tolérable

Utilisation judicieuse : saupoudrer suffisamment pour que l'odeur nauséabonde disparaisse ou pour qu'on sente le curcuma en entrant dans la chambre.



# Curcuma

- Note sur les capacités antioxydantes et antiinflammatoires :
  - La majorité des recherches portent sur la curcumine, un curcuminoïde spécifique qui représente environ 3% du poids du curcuma
  - L'absorption systémique de la curcumine est difficile : on la jumelle souvent à de la pipéridine pour en augmenter l'absorption lorsque pris PO ou on la disperse dans des véhicules particuliers lorsque administré par voie transdermique
  - Les recherches portant sur les effets antioxydants et antiinflammatoires de la curcumine sont donc difficilement transférables au curcuma en poudre pris en épicerie et directement saupoudré sur une peau qui n'est pas intacte
  - Du même coup, cela fait en sorte que les potentiels effets secondaires ou les interactions médicamenteuses sont moins pertinentes dans notre contexte.

# À la Source Bleue Exsudat

## Culotte d'incontinence

- Stérilité = futile
- Extrêmement absorbant, capacité d'absorption supérieure à tout pansement
- Peu coûteux
- Découper les attaches ou les élastiques
- Couvrir d'un pansement secondaire (fixation)





MVAP avancée  
(maladie vasculaire artérielle périphérique)

Problèmes particuliers : douleur ischémique, douleur procédurale, gangrène

Femme de 91 ans

Néo et MVAS avancé

Refus d'amputation AK

(sténose artères poplitée + tibiales)

À domicile :

Incapacité à assécher la plaie,

Adhérence du pansement dans la plaie,

Douleur intense (de fond et procédurale)

-Mepitel One

-Trempe de Povidone iodée 10%

-Silvercel non adhérent

-Hypafix



# Guidelines : ulcères artériels

- Perfusion artérielle nécessaire à la guérison d'une plaie est toujours supérieure à celle nécessaire pour garder la peau intacte
- Aucune possibilité de guérison sans revascularisation
- Seul type de plaie que l'on veut garder totalement sec : rendre le milieu le moins favorable possible à la croissance bactérienne (milieu anaérobique, tissu dévitalisé abondant et aucun processus immunitaire, il ne manque que l'humidité pour milieu parfait).
- Si revascularisation impossible (soins pall notamment), viser la nécrose sèche, momification, auto-amputation
- NE JAMAIS débrider - Débridement (chirurgical ou autolytique) = nécrose humide = mort précipitée

# À domicile Douleur

- Méthadone 0,5 mg PO BID
- Acétaminophène (Tylenol) 1 g PO QID
- Intolérance à l'hydromorphone (Dilaudid) :  
hallucinations + confusion

Douleur constante, intolérable le matin.



# Note sur la douleur associée à la MVAP

- Perfusion artérielle insuffisante
- Douleur provoquée par ischémie
- Habituellement, la, douleur
  - Est soulagée par la position verticale (la gravité contribue à augmenter la perfusion artérielle)
  - Peut augmenter à la marche (claudication)
  - Peut augmenter la nuit (jambe horizontale)
- Très difficile à soulager
  - Puisque pas de perfusion artérielle, la médication prise par voie générale ne peut se rendre au site de la douleur

# À domicile

## Adhérence au lit de la plaie

L'adhérence du pansement antérieur dans la plaie provoque des douleurs procédurales.

- Mepitel One
  - Interface siliconée adhérente d'un seul côté
  - Utilité : prévenir l'adhérence du pansement secondaire au lit de la plaie ; réduire la fréquence des retraits traumatiques (changer q 14 jours)

# À domicile

## Adhérence + charge bactérienne

- Povidone iodée et argent
  - Deux produits antimicrobiens
  - Trempette vise à humidifier suffisamment pour ramollir les tissus desséchés et favoriser le retrait des pansements



# Analyse du pansement du domicile

## Douleur

- Aurions pu tenter morphine?

## Charge bactérienne

- Silicone changé q 14 jours : contribue au maintien du milieu humide!
- Trempette de Provioline : pour humidifier les tissus, les ramolir et permettre le retrait du pansement antérieur... 10% povidone iodée, 90% eau...
- Existe-t-il une Interaction entre Ag et iode?

# À la Source Bleue Douleur

- Majoration de la méthadone à 1 mg PO BID,
- Ajout de morphine 1 mg PO ou SC PRN
  
- Nifédipine 2 à 4% dans gelée de pétrole, application 1 à 2 cm de diamètre BID, couvrir d'une pellicule transparente.

12h après la première dose, au réveil, aucune douleur.



# Nifédipine topique

- Nifédipine 2 à 4% dans gelée de pétrole, application 1 à 2 cm de diamètre BID, couvrir d'une pellicule transparente.

Pas d'effet systémique observé (absorption probablement très faible vu l'atteinte vasculaire)

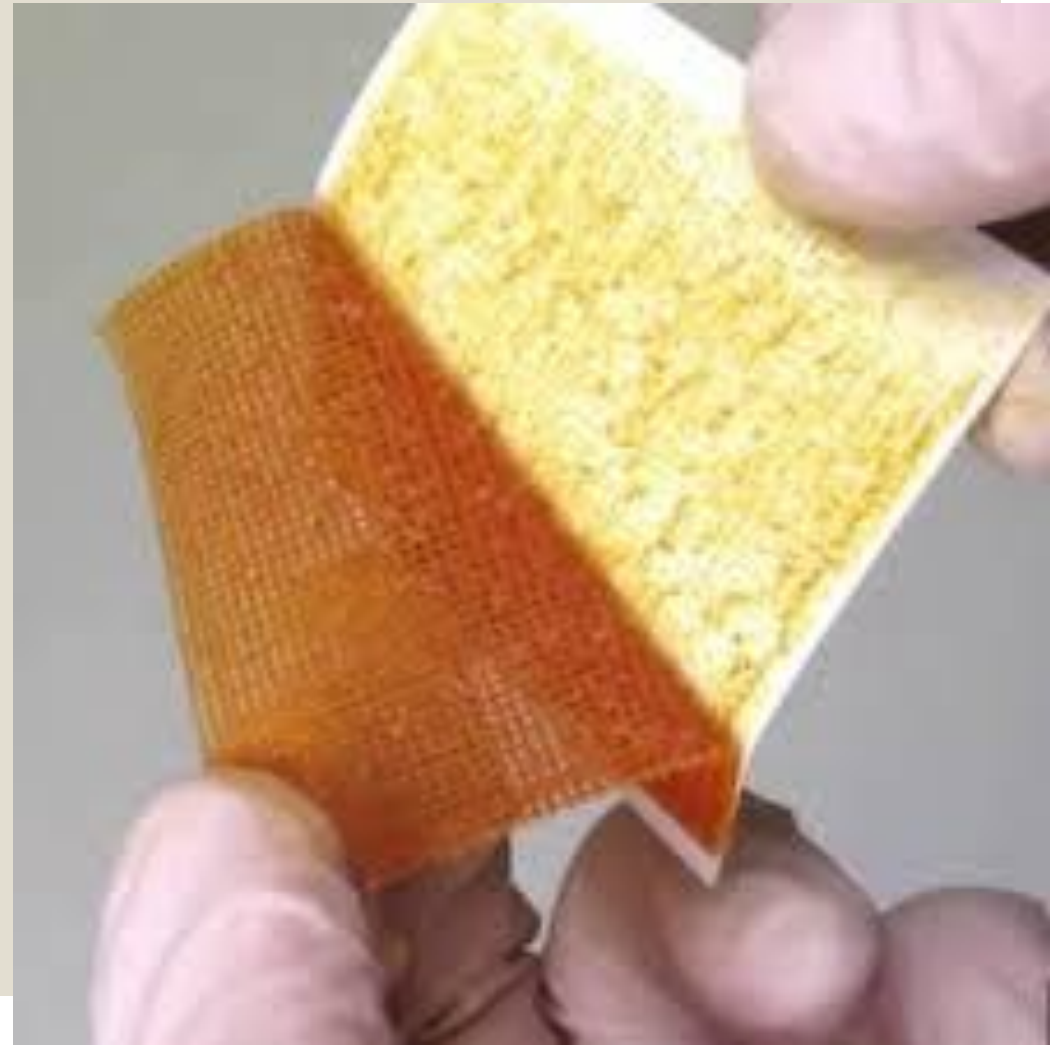
Aucun effet secondaire noté en pratique

Vu l'efficacité surprenante que nous avons observé en pratique, avons même tenté sur un cas de syndrome de Raynaud souffrant aux deux mains : avons observé une diminution de la sensation d'engourdissement après une première application.

# À la Source Bleue

## Adhérence + charge bactérienne

- Cessons pansements du domicile
- Inadine, 1 à 2 pans au pied, couvrir d'un bandage omniforme (Kling)
- Changement die
  
- En 6 jours, assèchement presque complet de la plaie.
- Progression de la nécrose, mais contrôle adéquat de la charge bactérienne.
- Avons réussi à espacer les changements de pans. à q 3 jours vu contrôle optimal de l'humidité.
- Pas de DIN au Canada, Inadine n'est pas couvert (même par mesure du pt d'exception)



# Pour la majorité des ulcères artériels...

- Povidone iodée
    - 1 gaze imprégnée ou
    - Nettoyage avec la solution (ne pas rincer)
  - Tampons d'alcool ou gaze imprégnée d'iode entre les orteils
  - 1 gaze sèche
  - Bandage omniforme (Kling)
- 
- Nifédipine topique!



Une ptite vite :  
Oedème exsudatif des  
membres inférieurs

Unique lésion de très petite taille

MI oedématié

Exsudat si abondant que les pansements doivent être changés plusieurs fois par jour



# Lésion unique très exsudative

- Appareillage à urostomie
- En bout de ligne, coût similaire à l'utilisation de nombreux pansements refaits plusieurs fois par jour
- Augmente le confort du patient
- Diminue le nombre d'heures-soins



# Lésions multiples très exsudatives

- Possibilité de laisser AA sur un piqué si patient alité et pas d'infection
- Remplacer les pads abdo par des produits d'incontinence



Une ptite vite :  
Douleur associée aux  
plaies

# Morphine topique

- 0,1 à 0,2%
- Application dans ou au pourtour de la plaie
- Véhicules possibles :
  - Crème (Ex : Base Glaxal)
  - Hydrogel isotonique (Ex : Intrasite Gel)
  - Organogel pluronique (Ex : Diffusimax, permet absorption systémique)
  - Seule ou en association
  - Irrigation à basse pression de 1 ml de morphine 10 mg/ml
- Si odeur aussi présente, mélange morphine-métronidazole
  - Chauffer légèrement dans l'eau chaude un tube de Nidagel 70 g. Y incorporer 1,4 ml de morphine 50 mg/ml (concentration finale : 0,1% de morphine). Durée de stabilité inconnue. À noter que l'utilisation de Métrogel forme un précipité.
- Sensation de brûlure transitoire à l'application
- Fréquence
  - Lors du changement de pansement
  - Au besoin, de die (analgésie possible ad 24h) à TID PRN

# Kétamine topique

- 0,5 à 10%
- Application au pourtour de la plaie seulement
  - Absorption systémique possible
  - Un cas à la Source Bleue pour lequel on a utilisé kétamine topique 5% dans Base Galxal sur un petit nodule cancéreux légèrement desquamé sans exposition importante du derme au périnée chez un homme. Application BID s'est avérée efficace, aucun effet indésirable.
- Véhicules possibles
  - Crème
  - Organogel pluronique
  - Seule ou en association
- Fréquence (sur peau saine)
  - ad TID PRN

# Emla

- Lidocaïne 2,5% et prilocaïne 2,5%
- La littérature déconseille l'utilisation de lidocaïne sur une plaie ouverte afin d'éviter son absorption systémique
- Par contre, la monographie du fabricant indique qu'Elma peut être utilisée avant le débridement de plaies aux membres inférieurs
- Un cas à la Source Bleue
  - Utilisation sur une plaie de stade X au siège
  - Application die sur la zone de tissus dévitalisé
  - Couvrir d'un Tegaderm durant une heure (implique que le patient demeure sur le côté durant une heure)
  - Retirer le Tegaderm, essuyer le surplus de crème
  - Appliquer pansement tel que prescrit

# Phénytoïne topique

- Les études à son sujet sont mitigées
- Certaines études suggèrent une accélération du processus de cicatrisation (molécule connue pour provoquer de l'hypertrophie gingivale, promeut la granulation?...)
- Certaines études suggèrent qu'une solution obtenue à partir d'une capsule de phénytoïne 100 mg PO dans un peu d'eau stérile appliquée directement sur la plaie pourrait soulager la douleur dans une lésion de pression
- Utilisée seulement deux fois à la Source Bleue
  - Premier cas : sensation transitoire de brûlure (normale) n'a pas été tolérée par patiente, solution rincée quelques minutes après son application
  - Deuxième cas : tenté une semaine sans résultat

# Références

- Alvarez, O. M., Brindle, C. T., Langemo, D., Kennedy-Evans, K. L., Krasner, D. L., Brennan, M. R., & Levine, J. M. (2016). The VCU Pressure Ulcer Summit : The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(5), 1-9.
- Ayello, E. A., Levine, J. M., Langemo, D., Kennedy-Evans, L. K., Brennan, M. R., & Sibbald, R. G. (2019). Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries, *Advances Skin Wound Care*, 32(3), 109-121.
- Cross, H. H. (2023). Skin failure : A historical perspective, *American Nurse Journal*, 18(10).
- Medline. (2023). Skin failure at life's end or pressure injury : what you need to know, repéré au <https://www.medline.com/strategies/skin-health/skin-failure-at-lifes-end-or-pressure-injury-what-you-need-to-know>
- Peterson, A., & Hill, R. (2020). Skin Failure Clinical Indicator Scale : Proposal of a Tool for Distinguishing Skin Failure From a Pressure Injury, *Index Wounds*, 32(10), 272-278.
- Reeves, I., & Chaplain, V. (2022). *Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert, tomes 1 et 2*, Presses de l'Université Laval, Québec Qc.
- Sibbald, R. G., & Ayello, E. (2023). Results of the 2022 Wound Survey on Skin Failure/End-of-Life Terminology and Pressure Injuries, *Advances in Skin & Wound Care*, 36(3), 151-157
- Sibbald, R. G., Krasner, D. L., & Lutz, James. (2010). SCALE : Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement: October 1, 2009, *Advances in Skin & Wound Care*, 23(5), 225-236.
- Stelzmann, R. A., Schnitzlein, H. N., & Murtagh, F. R. (1995). An English Translation of Alzheimer's 1907 Paper, "Über eine eigenartige Erkankung der Hirnrinde", *Clinical Anatomy*, 8, 429-431.