Procédure de soin

Dermite associée à l'incontinence (DAI) chez l'adulte

Adulte

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

Contexte

Résumé

La dermite associée à l'incontinence décrit les dommages cutanés associés à l'exposition des urines et/ou des selles et se manifestant sous forme d'érythème, d'érosion, de papules, de croûtes ou de pigmentation. Tous les patients souffrant d'incontinence sont à risque d'une dermite associée à l'incontinence. Un plan de prévention individualisé devrait être mis en œuvre pour réduire le risque de la DAI.

Définition

Lors d'incontinence urinaire et/ou fécale, une réaction inflammatoire de contact peut entraîner une altération de la première couche de l'épiderme du siège (couche cornée). **La dermite associée à l'incontinence** décrit les dommages cutanés associés à l'exposition des urines et/ou des selles et se manifestant sous forme d'érythème, d'érosion, de papules, de croûtes ou de pigmentation. Les patients peuvent exprimer de l'inconfort, de la douleur, des brûlures, des démangeaisons ou des picotements.

Les mécanismes suivants occasionnent la DAI :

- **Elévation du pH** : le mélange des selles et des urines permet aux bactéries fécales de transformer l'urée urinaire en ammoniac, entraînant une élévation du pH de la peau en contact. La couche cornée devient alors perméable et perd son rôle protecteur.
- **Réactivation enzymatique** : Les selles contiennent des enzymes et des sels biliaires inactivés dans le tube digestif. Les enzymes sont réactivées au contact de la peau et irritent cette dernière.
- **Macération – irritations physiques et chimiques** : En cas d'exposition prolongée à l'humidité, les cornéocytes (cellules superficielles de la peau) augmentent de volume, du liquide s'accumule dans l'espace intercellulaire et crée de grands espaces de décollement. L'humidité excessive augmente le coefficient de friction de la peau, rend la peau plus perméable aux substances irritantes, offre un milieu idéal pour la prolifération bactérienne et la sensibilise aux produits chimiques.
- **Mycose** : La surinfection mycosique est fréquente et survient généralement 3 à 5 jours après une dermite d'incontinence non traitée. Elle est provoquée par la multiplication de levures type Candida Albicans en milieu alcalin. Elle se présente souvent comme une éruption rouge vif se diffusant depuis une zone centrale. Des lésions satellites (papules ou pustules apparaissent sur les marges de l'éruption, se propageant sur la peau saine. Pour les peaux à pigmentation foncée ou lors d'une infection prolongée, la zone centrale peut être plus foncée.

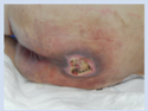
Indications

La présence de l'incontinence urinaire et / ou fécale, même en l'absence d'autres facteurs de risque, devrait déclencher la mise en œuvre d'un protocole de prévention de la DAI approprié afin de prévenir l'exposition à l'urine et les selles et protéger la peau.

- **Prévention :** maintenir un état cutané normal
- **Traitement :** rétablir un état cutané normal

Recommandations de pratique

- La DAI et les plaies de pression ont un certain nombre de facteurs de risque en commun et les deux affections sont plus susceptibles de survenir chez des patients en mauvaise santé et présentant des problèmes de mobilité.
- Lorsque la DAI apparaît, il existe un haut risque de développement de plaies de pression ainsi qu'un risque accru d'infection et de morbidité.
- Les patients vulnérables aux lésions cutanées dues à la pression et au cisaillement sont également susceptibles d'être vulnérables aux altérations de la peau résultant de l'humidité, du frottement et des substances irritantes.
- Tous les patients souffrant d'incontinence sont à risque d'une dermatite associée à l'incontinence. Un plan de prévention individualisé devrait être mis en œuvre pour réduire le risque à la fois de la DAI et celui d'une plaie de pression.
- Il est souvent difficile pour les cliniciens d'identifier correctement la DAI et de la distinguer de l'escarre (Catégorie I ou II) et d'autres maladies de la peau, telles que la dermatite de contact, ou les lésions dues à des infections (par exemple de l'herpès simplex) ou la transpiration (par exemple, l'intertrigo).
- Si l'étiologie de l'érythème n'est pas claire, des interventions pour la gestion à la fois de la DAI et de prévention d'escarre devraient être mises en œuvre et examinées afin d'évaluer la réponse attendue.
- Il est donc important de bien différencier les lésions cutanées liées à un excès d'humidité et celles relevant des escarres.

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

Catégorisation de la DAI

L'outil Gent Global IAD Categorization (GLOBIAD) est le résultat d'un projet de deux ans impliquant 22 experts internationaux et 823 cliniciens de 30 pays.

Le GLOBIAD classe la sévérité de la DAI en fonction de l'inspection visuelle des zones cutanées affectées. Il vise à créer une description internationalement acceptée de la gravité de la DAI et à uniformiser la documentation de cette affection dans la pratique clinique et la recherche.

Catégorie 1: Rougeur persistante

1A - Rougeur persistante sans signes cliniques d'infection

Critère critique

- Rougeurs persistantes
  Il peut y avoir différents types de rougeurs.
  Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus plus pâle que la normale, plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.

Critères additionnels

- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

1A

1B - Rougeur persistante avec signes cliniques d'infection

Critères critique

- Rougeurs persistantes
  Il peut y avoir différents types de rougeurs.
  Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus plus pâle que la normale, plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Signes d'infection
  Par example, une décoloration de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à Candida albicans)

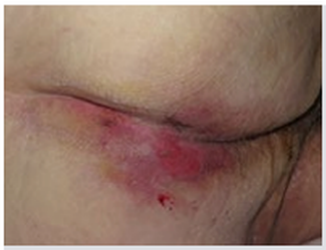
Critères additionnels

- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

1B

Catégorie 2: Perte de substance cutanée

2A - Perte de peau sans signes cliniques d'infection



Critère critique

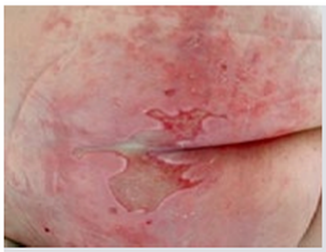
- Perte de substance cutanée
  La perte de peau peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules endommagées ou érodées ou de bulles), de la dénudation, de l'excoriation. L'endommagement de la peau peut être diffus.

Critères additionnels

- Rougeurs persistantes
  Il peut y avoir différents types de rougeurs. Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle ou plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

2A

2B - Perte de peau avec signes cliniques d'infection



Critères critique

- Perte de substance cutanée
  La perte de peau peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules endommagées ou érodées ou de bulles), de la dénudation, de l'excoriation. L'endommagement de la peau peut être diffus.
- Signes d'infection
  Par example, une décoloration de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à Candida albicans), fibrine visible dans le lit de la plaie (jaune/brune/grisâtre), coloration verte dans le lit de la plaie (indiquant une infection bactérienne par Pseudomonas aeruginosa), exsudats excessifs, exsudat purulent (pus) ou aspect brillant du lit de la plaie.

Critères additionnels

- Rougeurs persistantes
  Il peut y avoir différents types de rougeurs. Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle ou plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

2B

Risques

Principaux facteurs de risque de la DAI :

- Type de l'incontinence :
  - Incontinence fécale (diarrhée / selles formées)
  - Double incontinence (fécale et urinaire)
  - Incontinence urinaire
  - Fréquents épisodes d'incontinence (surtout fécale)
- Utilisation de produits occlusifs
- Altération cutanée (par exemple en raison du vieillissement / l'utilisation de stéroïdes / diabète)
- Mobilité compromise

- Conscience cognitive diminuée
- Incapacité d'accomplir une hygiène personnelle suffisante
- Douleur
- Température du corps élevé (pyrexie)
- Médicaments (antibiotiques, immunosuppresseurs)
- Dénutrition

Evaluation du risque

Prévention et attitude

- Évaluer l'état cutané des patients avec une incontinence urinaire et/ou fécale afin de vérifier les signes de la dermite d'incontinence. (1x/jour, voire plus en fonction de la fréquence des épisodes d'incontinence).
- Identifier cliniquement le niveau de risque lié à l'humidité cutanée au travers du score de Braden
- Inspecter les zones de la peau qui peuvent être touchés : périnée, région génitale, fesses, pli interfessier, cuisses, bas du dos, bas-ventre et plis cutanés (aine, sous le tablier graisseux) pour détecter des signes de :
  - Macération
  - Érythème
  - Présence de lésions (vésicules, papules, pustules, etc.)
  - Erosion ou plaie ouverte
- Infection fongique ou bactérienne cutanée

Traiter la cause

Prévention et attitude

- Identifier les facteurs présents de diarrhée et d'incontinence (temporaire ou chronique), et agir si possible sur les causes (schéma WC, etc.)
- Avoir recourt aux moyens d'aide pour gérer l'incontinence (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux)
- Améliorer la prise en charge de l'incontinence urinaire et amorcer une réflexion, sur les différents types d'incontinence, les facteurs favorisants, les problèmes qui en découlent, les risques qui y sont liés, les protections existantes et enfin, des conseils pour y remédier (cf poster B. Novel)

Douleur

Prévention et attitude

- Les soins lors de dermite associée à l'incontinence peuvent être douloureux et nécessiter une antalgie préventive, sur prescription médicale

Technique de soin

Matériel

1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
1 Boite de gants non stériles
1 Lingettes imbibées de solution nettoyante (Type : Sinaqua™)
Matériel d'incontinence adapté au patient et au type d'incontinence
Protecteur cutané type Cavilon™ (Cavilon ™ crème ou Cavilon™ Advanced 0.7 ml ou 2.7 ml)
Le format 0.7 ml est idéal pour protéger la peau des enfants pour le traitement de la DAI, pour les adultes, il faut utiliser le format 2.7 ml puisqu'il permet de couvrir une plus grande surface cutanée.

Les produits type lingettes et protecteurs cutanés sont soumis aux changements selon problèmes d'approvisionnements ou de disponibilités. Des produits alternatifs tel que les lingettes Cavilon™ 2 en 1 ou TENA® et la crème barrière WBF® sont des produits validés par la cellule plaies et cicatrisation en cas de rupture de stock.

Préparation du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée d'alcool (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

- Identifier les facteurs présents de diarrhée et d'incontinence (temporaire ou chronique), et agir si possible sur les causes (schéma WC, etc.)
- Avoir recourt aux moyens d'aide pour gérer l'incontinence (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux) voir **tableau matériel**

Déroulement du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée d'alcool (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

Toilette du siège en cas d'incontinence :

- Informer le patient, requérir son accord et sa collaboration. Ecouter ses plaintes et remarques
- Contrôler l'état de la peau et les indicateurs d'humidité des systèmes de protection toutes les deux heures au minimum chez les personnes à risques
- Proposer en priorité une douche au patient, afin d'offrir un soin plus confortable et plus adéquat pour la peau
- Si la douche n'est pas possible, installer le patient confortablement et protéger le lit
- Nettoyer la peau et la sécher par tamponnement (sans frotter) à chaque changement du système de protection (cf. Déroulement ci-dessous)

Soins thérapeutiques de la personne incontinente :

- Laisser à l'air ou si nécessaire, adapter un système de protection adéquat pour gérer l'incontinence (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux) voir tableau matériel
- **Privilégier le positionnement permettant l'aération de la zone atteinte**
- Evaluer la pertinence de la pose d'une sonde vésicale

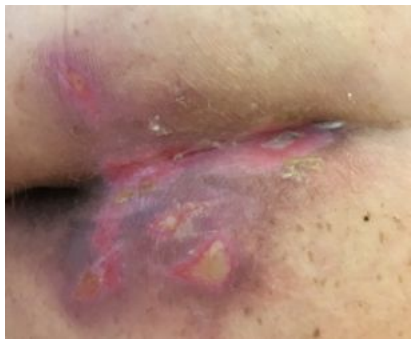
Incontinence ET absence de rougeur et peau intacte

- Nettoyer le siège et les plis cutanés avec des lingettes imbibées de solution nettoyante après chaque épisode d'incontinence
- NE PAS RINCER
- Appliquer le **Cavilon™ crème** 1x/jour

Incontinence ET Catégorie 1A - Rougeur persistante sans signes cliniques d'infection

- Nettoyer le siège et les plis cutanés avec des lingettes imbibées de solution nettoyante après chaque épisode d'incontinence
- NE PAS RINCER
- Appliquer le **Cavilon™ crème** 2x/jour

Incontinence ET Catégorie 2A : Perte de peau sans signes cliniques d'infection



- Nettoyer le siège et les plis cutanés avec des lingettes imbibées de solution nettoyante après chaque épisode d'incontinence
- NE PAS RINCER
- Appliquer le Cavilon™ Advanced 2X/semaine UNIQUEMENT
- Le Cavilon™ Advanced est imperméable et n'est pas enlevé par le nettoyage ordinaire. Le renouvellement plus fréquent peut aboutir à l'accumulation du produit

Tenez l'applicateur et placez votre pouce à l'extrémité du levier. Orientez l'éponge de l'applicateur vers le bas et appuyez fermement sur le levier pour briser l'ampoule interne.

Quand l'ampoule se brise, vous entendrez un bruit de claquement ou d'éclatement ; il n'est alors plus nécessaire d'appuyer sur le levier.

Gardez l'applicateur pointé vers le bas durant environ 10 secondes pour permettre au fluide d'imprégner l'éponge. Le fluide s'écoule par gravité de sorte que vous n'avez pas besoin de continuer à appuyer sur le levier.

Le fluide ne va pas entièrement saturer l'éponge jusqu'aux coins.

Appliquez délicatement l'éponge Cavilon Advanced sur la zone touchée et la peau environnante. Exécutez un mouvement de balayage régulier, avec une superposition minimale du produit. L'applicateur peut être utilisé dans toutes les directions.

Continuez l'application jusqu'à recouvrir l'ensemble de la zone à traiter. Il est important d'appliquer le produit sur toute la peau exposée aux selles et/ou à l'urine.

Laissez la zone sécher durant au moins 30 secondes.

Si une zone a été oubliée, attendez jusqu'à ce que le fluide soit complètement sec avant une application supplémentaire.

Si Cavilon Advanced est appliqué dans un pli cutané ou une autre zone de contact de peau-à-peau. Assurez-vous que les surfaces de peau ne soient plus en contact pour permettre au liquide de sécher complètement (au moins 30 secondes) avant le retour à la position normale.

Incontinence ET Catégorie 1B : Rougeur persistante avec signes cliniques d'infection

Mycoses : traitement de base

- Effectuer un frottis mycologique sur prescription médicale (squames ou liquide de pustule selon l'aspect de la mycose)
- Chez la femme, effectuer un frottis vaginal ; si positif requérir une prescription médicale locale ou systémique
- Effectuer une toilette des zones périnéale et périanale avec du Nizoral® shampoing (sur prescription médicale)
- Faire mousser le shampoing et laisser agir pendant 2 min.
- Rincer abondamment à l'eau tiède
- Sécher la peau en tamponnant
- Appliquer sur prescription médicale, Imazol® crème-pâte sur la région atteinte 2X/jour pendant 1 semaine (même si plus de lésions visibles)

Incontinence ET Catégorie 2B : Perte de peau avec signes cliniques d'infection

Traiter l'infection et ensuite la dermite

Signes d'infection : une décoloration de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à Candida albicans), fibrine visible dans le lit de la plaie (jaune / brune / grisâtre), coloration verte dans le lit de la plaie (indiquant une infection bactérienne par Pseudomonas aeruginosa), exsudats excessifs, exsudat purulent (pus) ou aspect brillant du lit de la plaie.

Finalisation du soin

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

- Réinstaller le patient

Suivi du patient

Surveillances

- Système cutanée
- Douleur
- Etre attentif aux plaintes du patient
- Réévaluation régulière du protocole mis en place
- Résultats des frottis le cas échéant
- Se référer à une infirmière spécialiste clinique de la Cellule plaies et cicatrisation s'il n'y a aucune amélioration dans les 3-5 jours suivant le début du traitement (42 498)

Activités de la vie quotidienne

- Gestion de l'incontinence
  - Identifier les facteurs présents de diarrhée et d'incontinence (temporaire ou chronique), et agir si possible sur les causes (schéma WC, etc.)
  - Avoir recourt aux moyens d'aide pour gérer l'incontinence (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux)
  - Améliorer la prise en charge de l'incontinence urinaire et amorcer une réflexion, sur les différents types d'incontinence, les facteurs favorisants, les problèmes qui en découlent, les risques qui y sont liés, les protections existantes et enfin, des conseils pour y remédier
- Toilette
  - Favoriser les soins d'hygiène à la douche si possible
  - Nettoyer la peau et la sécher par tamponnement (sans frotter) à chaque changement du système de protection

Enseignement au patient et proches

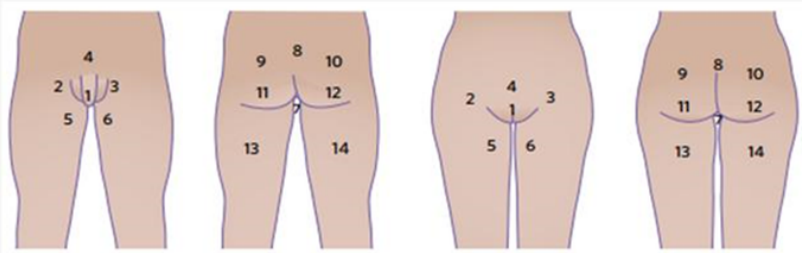
Informer le patient et/ou ses proches aidants des soins et surveillances effectués, des principes destinés à prévenir l'apparition d'une dermite associée à l'incontinence et répondre à leurs questions afin de favoriser une démarche de collaboration, une implication du patient/entourage pour l'application de mesures préventives et la compréhension les actions soignantes.

Retour à domicile

Si l'incontinence est persistante, il est important de mettre en place des actions en vue du retour à domicile du patient. Attention, les produits utilisés en prévention ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Documentation du dossier de soins informatisé

- Inscrire le soin et les observations dans le dossier du patient en décrivant de manière précise la/les région-s touchée-s



Zones de la peau pouvant être affectées par la DAI

1. *Parties génitales (lèvres / scrotum)*
2. *Pli inguinal droit (entre les parties génitales et la cuisse)*
3. *Pli inguinal gauche (entre les parties génitales et la cuisse)*
4. *Partie inférieure de l'abdomen/région sus pubienne*
5. *Cuisse interne droite*
6. *Cuisse interne gauche*
7. *Peau Périanae*
8. *Pli inter-fessier*
9. *Partie supérieure de la fesse gauche*
10. *Partie supérieure de la fesse droite*
11. *Partie inférieure de la fesse gauche*
12. *Partie inférieure de la fesse droite*
13. *Face postérieure de la cuisse gauche*
14. *Face postérieure de la cuisse droite*

Source : Borchert K, Bliss DZ, Savik K, et al. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. *J WOCN* 2010; 37(5): 527-35

Personnes ressources

Cellule Plaies et cicatrisation : 021 314 24 98 / cellule.plaies@chuv.ch

Références

1. Beeckman D et al. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Available to download from http://www.woundsinternational.com
2. Beeckman D. et al. The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group – Ghent University 2017. https://images.skintghent.be/20184915574 0712_globiadfrench.pdf
3. 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., García-Molina, P., Gray, M., Iblasi, A., Jelnes, R., Johansen, E., Karadağ, A., Leblanc, K., Kis Dadara, Z., … Kottner, J. (2018). Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. The British journal of dermatology, 178(6), 1331–1340. https://doi.org/10.1111/bjd.16327

4. Fletcher J, Beeckman D, Boyles A et al (2020). International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). Wounds International. Available online at http://www.woundsinternational.com

Date de validation	Auteurs	Experts
01.11.2024	Lucie Charbonneau, ICLS, Cellule plaies cicatrisation et escarres, DC Centre de Stomathérapie, Plaies et cicatrisation, Lausanne CHUV Méthodes de soins, Direction des soins, Lausanne, CHUV	