

L'ABC DES PLAIES CHRONIQUES

M^{me} Chevrier se présente à votre cabinet pour une plaie à la cheville qui ne guérit pas malgré toutes les crèmes utilisées. Cette plaie est apparue après un trauma léger. M. Piedmont, diabétique de longue date, est amené par son épouse qui attire votre attention sur une plaie qu'elle a observée sous le pied de son mari après une chute. Vous avez été appelé pour une visite à domicile chez M. Auguste, pour une plaie sur la région sacrée, découverte également après une chute.

Ces trois cas ont une cause commune : un traumatisme. Trois patients différents, et trois plaies bien différentes. À partir de quels critères peut-on les qualifier de plaies chroniques ?

Marie-Françoise Mégie

QU'EST-CE QU'UNE PLAIE CHRONIQUE ?

Une plaie chronique n'a pas suivi un processus de réparation méthodique dans un délai raisonnable pour produire une intégrité anatomique et fonctionnelle ou qui en a suivi un, sans résultats anatomiques et fonctionnels durables¹.

Les plaies chroniques sont attribuables à une dégénérescence graduelle et guérissent donc plus lentement. Elles s'opposent aux plaies aiguës causées par un agent extérieur (mécanique ou chimique) qui surviennent de façon rapide².

Plusieurs auteurs considèrent qu'une plaie est chronique quand elle ne montre aucune tendance à la cicatrisation après six semaines. Ainsi, une plaie chirurgicale peut devenir chronique à la suite, par exemple, d'une réouverture de la plaie ou d'une infection. Le tableau P² illustre bien ces définitions.

Bien qu'un traumatisme soit à l'origine de ces trois plaies, leur potentiel de guérison va dépendre des conditions locales et de l'état général du patient (autres maladies). Selon les pratiques exemplaires dans le soin des plaies, il faut évaluer la probabilité de guérison, dont un des éléments importants est une circulation sanguine suffisante³.

CAS CLINIQUE N° 1

M^{me} Chevrier, 59 ans, souffre d'insuffisance cardiaque, de bronchopneumopathie chronique obstructive et d'un surplus de poids. Sa plaie est apparue après qu'elle eut heurté sa cheville contre un meuble (photo 1). Elle a essayé plusieurs crèmes topiques, sans résultat concluant. Il paraît qu'à sa quatrième grossesse, elle a déjà fait une thrombophlébite profonde au membre inférieur droit. Le processus pathologique de base sur lequel s'est formée la plaie est donc fort probablement une insuffisance veineuse.

À l'examen, on trouve :

- ▶ des varices aux deux membres inférieurs ;
- ▶ une plaie au tiers inférieur du membre inférieur ;
- ▶ un léger œdème à la cheville et au pied ;
- ▶ des veinules dilatées ;
- ▶ une coloration brunâtre de la jambe (dépôts d'hémosidérine dans les tissus interstitiels) ;
- ▶ une plaie superficielle à bords irréguliers ;
- ▶ un exsudat abondant, caractéristique d'une plaie d'origine veineuse ;
- ▶ un pouls pédieux.



© D^{re} Marie-Françoise Mégie. Reproduction autorisée.

La D^{re} Marie-Françoise Mégie, omnipraticienne, exerce à l'UMF du CLSC du Marigot. Elle est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

TABLEAU I CLASSIFICATION DES PLAIES ²	
Aiguë	Chronique
Plaie chirurgicale : incision, excision, greffe cutanée	Plaie chirurgicale : désunion des sutures, éventration, infection
Plaie traumatique : abrasion, déchirure cutanée, lacération, brûlure	Plaie non chirurgicale (contexte d'un processus pathologique local ou général) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ulcère variqueux ▶ Ulcère artériel ▶ Ulcère mixte ▶ Ulcère diabétique ▶ Ulcère de pression (escarre de décubitus) ▶ Ulcère néoplasique
Les vaisseaux sont généralement sains, et les tissus cicatrisent plus facilement.	Les vaisseaux sont abîmés, et les tissus cicatrisent lentement et mal.

DIAGNOSTIC

M^{me} Chevrier a une plaie d'origine veineuse, encore appelée ulcère de stase ou ulcère variqueux (à cause de la présence de varices), le mécanisme physiopathologique sous-jacent étant l'insuffisance veineuse. Cependant, toutes les plaies des membres inférieurs ne sont pas d'origine veineuse ; seulement 1 % de la population en est atteinte. Par ailleurs, 70 % des plaies de jambe non traumatiques sont d'origine veineuse, 10 % sont d'origine artérielle, et le reste est de type mixte, c'est-à-dire causé à la fois par une insuffisance veineuse et par une insuffisance artérielle^{1,2,4}.

AUTRES VISAGES DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE

En plus des découvertes classiques à l'examen physique que nous venons de mentionner, le patient peut présenter les éléments suivants⁵ :

- ▶ un lymphoœdème (chez les patients souffrant d'obésité morbide) ;
- ▶ une atrophie blanche, caractérisée par des plaques d'un blanc nacré entourées d'une zone d'hyperpigmentation, habituellement situées sur le pied et la cheville. C'est une zone avasculaire douloureuse qui s'ulcère facilement ;
- ▶ une dermite aiguë sur fond de dermite chronique comportant des zones de fragilité prêtes à s'ulcérer ;
- ▶ une lipodermatosclérose, caractérisée par une zone d'induration et d'hyperpigmentation causée par une fibrose du derme et du tissu sous-cutané. La cheville est de plus en plus fibrosée tandis que le mollet est œdématié, d'où une morphologie particulière appelée par certains auteurs « bouteille de champagne inversée ».



© D^{re} Marie-Françoise Mégie. Reproduction autorisée.

Toutes les personnes présentant de telles lésions sont plus susceptibles de développer des ulcères difficiles à traiter, qui peuvent durer plusieurs années (quinze ans et plus)⁶ et qui deviennent alors incurables³.

Le tableau II^{2,7} facilite le diagnostic différentiel des plaies d'origine veineuse, artérielle et diabétique.

Comme la pierre angulaire du traitement de la plaie d'origine veineuse est la compression, il est important de terminer l'examen physique par une évaluation de la circulation artérielle, en relevant les signes physiques évocateurs d'une insuffisance artérielle (tableau II^{2,7}), et aussi par la mesure de l'indice tibiohuméral (voir l'article de la D^{re} Élise Thibault intitulé : « Ulcère veineux et plaie artérielle : comprimer, débrider ou orienter ? », dans ce numéro).

CAS CLINIQUE N° 2

M. Piedmont, 63 ans, fumeur (un paquet par jour) et diabétique de longue date, a fait une chute en glissant sur des débris métalliques qui jonchaient le sol. Il était pieds nus. Bref, il s'est fait une petite plaie qui s'est détériorée au fil des semaines sans qu'il s'en soit vraiment rendu compte [photo 2].

L'examen du pied révèle une plaie de 2 cm x 1 cm sous la tête du premier métatarse :

- ▶ forme arrondie ;
- ▶ fond rose foncé, pas de tissus fibrineux ;
- ▶ quatre points insensibles au test du monofilament.

DIAGNOSTIC

Une plaie sous le pied d'un patient diabétique est couramment appelée « mal perforant plantaire » ou « ulcère neuropathique ». Cette dernière dénomination est due au fait que le mécanisme physiopathologique sous-jacent est



TABLEAU II DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PLAIES AUX MEMBRES INFÉRIEURS ^{2,7}			
Caractéristiques	Ulcère veineux	Ulcère artériel	Ulcère diabétique
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sourde et persistante ▶ À la palpation profonde ▶ Modérée, si lipodermatosclérose ou atrophie blanche ou infection ▶ Soulagée par l'élévation des membres inférieurs ▶ Diminution par la compression ▶ Aggravée par la position déclive des membres inférieurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Importante ▶ Claudication intermittente ▶ Douleur au repos ▶ En coup de couteau ▶ Aggravée par l'élévation des membres inférieurs, l'activité et la compression 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Habituellement absente, sauf en cas d'infection
Symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Crampes nocturnes ▶ Sensation de « pied bouillant » ▶ Prurit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Claudication ▶ Pied « glacé » ▶ ± paresthésies 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Paresthésies, dysesthésies ▶ Perte de sensibilité protectrice
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dermite de stase ▶ Lipodermatosclérose ▶ Œdème des membres inférieurs ▶ Varicosités ▶ Atrophie blanche ▶ Coloration rouge violacée ou brune 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sensibilité normale ▶ Rougeur en position déclive et blanchiment à l'élévation ▶ ↓ temps de remplissage des capillaires (> 5 s) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte de sensibilité superficielle (monofilament) ▶ Sens de position ou de vibration diminué ▶ Réflexes ostéotendineux absents ▶ Signes d'atteinte artérielle présents ou absents
Emplacement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autour de la malléole interne ▶ Tiers distal de la jambe ▶ Récidives fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Extrémités des orteils ▶ Talon ▶ Proéminences osseuses du pied ▶ Ailleurs sur le pied ou la jambe 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sous les callosités ▶ Proéminences osseuses du pied
Forme de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Irrégulière 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ronde 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ronde + hyperkératose
Dimension	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Variable (de petite à très grande) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Petite 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Très petite
Lit de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Superficiel ▶ Tissu de granulation ▶ Peu de fibrine 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Profond ▶ Pâle ▶ Nérotique (escarre noire) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Profond ▶ Entouré de kératose
Bords de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Irréguliers et érythémateux 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réguliers, pâles ▶ À l'emporte-pièce 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réguliers, pâles ▶ Sur une callosité
Exsudat	<ul style="list-style-type: none"> ▶ De modéré à abondant 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peu ou pas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Variable
Peau autour de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eczéma, peau sèche ▶ Mycoses des ongles 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mince, luisante, sans poil, sèche ▶ Ongles épais, jaunes et cassants 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hyperkératose sous les points d'appui ▶ Nécrobiose lipidique, parfois
Œdème	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des orteils aux genoux ▶ ↓ le matin et ↑ en soirée 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Variable, lié à l'immobilité ou à la position déclive du membre 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rare ▶ Possible en présence d'un pied de Charcot
Température du membre inférieur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Normale ▶ ↑ en cas d'infection 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Froide ▶ ↑ en cas d'infection 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Normale ▶ ↑ en présence d'un pied de Charcot aigu ou d'une infection
Déformations	<ul style="list-style-type: none"> ▶ En cas de maladie ou de trauma, diminuant la force de la pompe veineuse du mollet 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Habituellement absentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Liées à la neuropathie
Pouls (pédieux, tibial)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présents 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absents ▶ Souffles artériels 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présents ou absents
Indice tibiohuméral	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Compression possible si > 0,8 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour connaître l'état de la circulation artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peu fiable si les artères sont calcifiées (> 1,3)

la perte de sensibilité protectrice aux membres inférieurs, conséquence de la neuropathie diabétique. Généralement située sous la tête des métatarses, cette plaie peut aussi se trouver sur les proéminences osseuses du pied (déformations du pied de Charcot).

Le pied diabétique est un syndrome qui comprend une neuropathie, une maladie vasculaire et des déformations et dont les complications à un stade avancé sont l'ulcération et l'amputation. De 10 % à 15 % des patients atteints de diabète finissent par avoir une plaie au pied au cours de leur vie⁹. Une pression induite de la chaussure peut être un facteur déclenchant. Les plaies sont évaluées selon le risque d'amputation à l'aide des critères de Wagner (voir l'article de la D^e Élise Thibault, dans ce numéro).

CAS CLINIQUE N° 3

M. Auguste, 88 ans, souffre d'une démence de type Alzheimer de stade léger à modéré. Il vit seul dans son logement, dans le même immeuble que sa fille. Il a fait une chute en position assise et est demeuré plus de trois heures au sol avant que sa fille s'en rende compte. Veuf depuis trois mois, il mange moins bien et se replie sur lui-même. Il a de plus en plus de difficultés à se déplacer. Sa fille lui rend visite tous les jours pour l'aider dans les activités de la vie domestique (AVD) et certaines activités de la vie quotidienne (AVQ). Malgré ses troubles cognitifs, il peut encore exécuter certaines AVQ.

L'examen révèle une plaie sur la région sacrée :

- ▶ large plage d'ecchymose ;
- ▶ zones d'escarre noire ;
- ▶ présence de sang rouge clair.

Cette plaie constitue-t-elle une découverte fortuite à l'occasion de sa chute ou en est-elle une conséquence (trois heures au sol) ? Dans le cas où la plaie existait avant la chute, elle pourrait être le reflet d'un problème de santé qu'il faut évaluer.

DIAGNOSTIC

Il s'agit d'une escarre de décubitus, appelée à tort « plaie de lit ». L'expression « plaie de pression », qui est un anglicisme, rend toutefois mieux l'origine causale de la plaie*. En effet, le mécanisme physiopathologique en cause est la pression, souvent combinée au cisaillement et à la friction. Une escarre de décubitus est une lésion localisée de

* Selon le *Dictionnaire anglais-français de la santé et du médical* de René Meertens, traducteur à l'OMS, l'expression « escarre de décubitus » décrit les plaies causées par la compression de la peau, non seulement chez les personnes alitées, mais aussi dans d'autres situations.

la peau et des tissus sous-jacents, généralement située sur une proéminence osseuse. Elle est produite par la pression seule ou associée au cisaillement ou à la friction⁹. Chez M. Auguste, la plaie se trouve dans une zone à risque, la région sacrococcygienne.

La pression capillaire requise pour maintenir le débit sanguin dans les artéioles cutanées est d'environ 32 mmHg⁹. Toute pression externe plus élevée exercée sur une surface corporelle donnée engendre un collapsus des capillaires cutanés compromettant la viabilité des tissus profonds. En position assise, la pression sur la région fessière est d'environ 300 mmHg, ce qui a abouti à l'ischémie des tissus traumatisés après trois heures.

COMMENT DÉTERMINER LA GRAVITÉ DES ESCARRES DE DÉCUBITUS ?

Proposée par un orthopédiste anglais du nom de Shea, en 1975, la classification des escarres de décubitus a été révisée par le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) et est maintenant utilisée partout dans le monde pour évaluer ce type de plaie. La dernière version de 2007, publiée en français par le CSSS de la Vieille-Capitale en 2010, est illustrée dans le *tableau III*².

QUI EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR UNE ESCARRE DE DÉCUBITUS ?

Selon une étude de Woodbury et Houghton, parue en 2004, la prévalence est estimée à 26 % dans les établissements de soins et à 15,1 % à domicile¹⁰. Les personnes âgées sont plus à risque, mais d'autres clientèles le sont aussi (personnes à mobilité réduite, personnes d'un très grand âge, patients atteints d'une maladie dégénérative ou victimes d'un accident). L'outil pour repérer les facteurs de risque d'un patient est l'échelle de Braden¹¹ (www.theramat.ca/fr/echelle-de-braden-plaies-pression.html) qui sert à évaluer la perception sensorielle, le degré d'humidité de la peau, l'activité physique, la mobilité, la nutrition ainsi que les frictions et les cisaillements.

En plus du score obtenu, cette échelle permet de trouver les paramètres sur lesquels agir lors de la prise en charge des patients comme M. Auguste.

ÉVALUATION GÉNÉRALE

Lorsqu'un patient présente une plaie, le médecin doit d'abord déterminer de quel type de plaie il s'agit. Il évaluera donc l'état de santé du patient (maladies concomitantes, médicaments, etc.) en premier lieu, puis la plaie.

L'évaluation de la plaie comprend les éléments suivants :

- ▶ l'emplacement ;
- ▶ les dimensions, soit la longueur (la plus grande dimension), la largeur (la mesure perpendiculaire à la longueur) et la profondeur (du fond à la surface). Pour une plaie

irrégulière, on peut utiliser un sac transparent sur lequel on dessine la forme de la plaie. Le feuillet qui n'a pas touché à la plaie sera gardé au dossier et l'autre, jeté¹². On comparera par superposition d'images. Un appareil photo numérique constitue une valeur ajoutée;

- ▶ l'exsudat (quantité et aspect);
- ▶ l'odeur (voir l'article de la D^{re} Marie-Françoise Mégie et de M^{me} Annie Lavoie intitulé: «Les soins des plaies: les trucs du métier, dans ce numéro»);
- ▶ lit de la plaie (granulation, fibrine, nécrose);
- ▶ la présence de sinus et d'espaces sous-jacents (on les mesure en fonction de la position des aiguilles d'une montre);
- ▶ les bords (attachés, décollés);
- ▶ la peau environnante;
- ▶ la douleur.

La fréquence de cette évaluation varie d'un milieu de soins à l'autre. Elle peut se faire une fois par semaine lorsque les patients sont suivis à domicile ou tous les jours chez un patient aux soins intensifs. En règle générale, en plus du plan de traitement établi, elle doit se faire selon l'évolution de la plaie.

RETOUR AUX CAS CLINIQUES

Comme vous l'aviez certainement réalisé, M^{me} Chevrier, M. Piedmont et M. Auguste auront chacun un plan de traitement différent qui répond à leurs problèmes de santé respectifs et qui est conforme à la gestion de leurs facteurs de risque, soit l'insuffisance veineuse, le diabète et la mobilité réduite ou les autres problèmes de santé.

CONCLUSION

Si une plaie peut sembler d'origine traumatique à première vue, il peut toutefois s'agir d'une plaie chronique en raison du processus pathologique sous-jacent local (varices) ou général (diabète ou autres maladies concomitantes). Ces facteurs sous-jacents non seulement déclenchent l'apparition des plaies, mais contribuent aussi au retard du processus de cicatrisation. C'est pourquoi il est nécessaire

TABLEAU III CLASSIFICATION DES ESCARRES DE DÉCUBITUS		
Stade	Description	Description complémentaire
Présomption de lésions des tissus profonds	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zones cutanées intactes décolorées, pourpres ou marron, phlyctènes remplies de sang causées par une atteinte des tissus mous sous-jacents 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'évolution peut inclure une phlyctène épaisse sur un lit de plaie foncé. La plaie peut évoluer et se recouvrir d'une escarre mince. ▶ L'évolution peut être rapide malgré un traitement optimal.
Stade I	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peau intacte avec rougeur qui ne blanchit pas à la pression du doigt ▶ Lésion habituellement localisée sur une proéminence osseuse ▶ Une peau foncée ou pigmentée peut ne pas présenter de blanchiment visible. La couleur peut être différente de celle de la peau environnante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La région peut être douloureuse, indurée, ramollie, plus chaude ou plus froide que la peau environnante. ▶ Chez les usagers à peau foncée, ce stade est difficile à détecter. Donc, il faut accroître la vigilance.
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte partielle du derme ▶ Lésion qui a l'allure d'une plaie ouverte peu profonde ▶ Lit de la plaie rouge sans tissu nécrotique humide ou phlyctène à contenu séreux, intacte ou ouverte et fissurée 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaie luisante ou sèche, sans tissu lâche ni ecchymose. ▶ Ne doit pas être confondue avec les arrachements de l'épithélium, les brûlures, la dermite périnéale, la macération, ni l'excoriation.
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte tissulaire complète ▶ Tissu adipeux parfois visible, mais os, tendon ou muscle non exposés ▶ Tissus nécrotiques humides parfois présents. ▶ Sinus ou espaces sous-jacents parfois présents 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique. Ex.: plaies de stade III sur l'arête du nez, l'oreille et la malléole sont peu profondes en raison de l'absence de tissu sous-cutané.
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte tissulaire complète exposant les os, les tendons ou les muscles ▶ Sinus ou espaces sous-jacents souvent présents 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La profondeur varie en fonction de l'emplacement anatomique (voir stade III).
Stade X (indéterminé)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte tissulaire complète ▶ Lit de la plaie complètement recouvert de tissu fibrineux adhérent ou d'une escarre 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La profondeur réelle ne peut pas être établie.

Adapté de : Boulanger D, Chapdelaine L, Clouâtre E et coll. *Programme de soins des plaies*. Québec: Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale; 2010. p. 1-60. Site Internet: www.csssdc.qc.ca/telechargement.php?id=788 (Date de consultation: septembre 2014). Reproduction autorisée.

d'en établir la présence lors de l'évaluation des plaies chroniques, en vue

d'orienter le plan de traitement et de prévenir les récives. //

Date de réception : le 25 août 2014
Date d'approbation : le 20 septembre 2014

La D^{re} Marie-Françoise Mégie a été conférencière sur le pied diabétique pour Merck en novembre 2014.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lazarus G, Cooper DM, Knighton DR et coll. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Arch Dermatol* 1994; 130 (4) : 489-93.
2. Boulanger D, Chapdelaine L, Clouâtre E et coll. *Programme de soins des plaies*. Québec : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale; 2010. p. 1-60. Site Internet : www.csssdc.qc.ca/telechargement.php?id=788 (Date de consultation : septembre 2014).
3. Sibbald RG, Orsted HL, Coutts PM et coll. Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : Mise à jour 2006. *Wound Care Canada* 2006; 4 (1) : 73-86.
4. Burrows C, Miller R, Townsend D et coll. Recommandations de pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe : Mise à jour 2006. *Wound Care Canada* 2006; 4 (1) : 99-107.
5. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les ulcères des membres inférieurs [chapitre 10]. Dans : Forest-Lalande L. *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*. Montréal : l'Ordre; 2007. p. 205-43.
6. Rodrigues I, Mégie MF. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. *Ostomy Wound Manage* 2006; 52 (5) : 46-7.
7. Dechêne G. Les plaies chroniques aux membres inférieurs. Dans : Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF et coll. *Précis pratique de soins médicaux à domicile*. St-Hyacinthe : Edisem; 2000. p. 101.
8. Steed DL, Attinger C, Colaizzi T et coll. Guidelines for the treatment of diabetic ulcers. *Wound Repair Regen* 2006; 14 (6) : 680-92.
9. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les plaies de pression [chapitre 9]. Dans : Forest-Lalande L. *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier : de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*. Montréal : l'Ordre; 2007. p. 163-200.
10. Woodbury MG, Houghton PE. Prevalence of pressure ulcers in Canadian health-care settings. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50 (10) : 22-38.
11. Braden B, Bergstrom N. Échelle de Braden – The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. ©1988, version française approuvée par les auteurs : Traduction et validation : St-Cyr D, Denis N. 2004. Site Internet : www.theramat.ca/fr/echelle-de-braden-plaies-pression.html (Date de consultation : septembre 2014).
12. Van Rijswijk L. Wound assessment and documentation. Dans : Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, rédacteurs. *Chronic Wound Care: A Clinical Source book for healthcare professionals*. 3^e éd. Philadelphie : HMP Communications; 2001. p. 101-15.

SUMMARY

ABCs of Chronic Wounds. Besides defining the concept of chronic wounds, this article explains the importance of assessing patients with chronic wounds and identifying the risk factors for wound development (old age, comorbidity, medication, etc.). It presents elements allowing physicians to diagnose every type of chronic wound.

Using the clinical cases of three patients presenting with traumatic wounds, we follow a diagnostic approach based on the characteristics of venous ulcers, diabetic foot ulcers, and pressure ulcers. This approach helps establish an etiologic diagnosis to be able to develop an appropriate treatment plan. This plan is designed to manage the risk factors in question in order to heal wounds and to prevent them from recurring.



500 mg de calcium
avec **vitamine D 1000 UI**

Une formulation de calcium et vitamine D

rencontrant les besoins des professionnels de la santé et selon les recommandations d'Ostéoporose Canada.



Fabriqué au QUÉBEC

REMBOURSÉS PAR LA RAMQ et par la plupart des assureurs privés

- ✓ Posologie recommandée (adultes) : Prendre 1 comprimé par jour après un repas ou selon l'avis d'un professionnel de la santé.
- ✓ Facilite l'observance du traitement.
- ✓ Disponible sur prescripteur électronique : **Zoommed, Moxxi, Kinlogix, Omnimed** et plusieurs autres.



Carbonate de calcium 500 mg avec Vitamine D

MCal D1000 UI

Date : 03/01/2015

Nom : pour mon patient

Rx MCal D1000 ui



mcalcium.com