

Lésions cutanées liées à l'humidité (MASD)?

Le terme Lésions cutanées liées à l'humidité (MASD) est un terme générique qui décrit des lésions causées à l'épiderme par une exposition prolongée à l'humidité (Gray et al, 2011; Young, 2017).

L'humidité susceptible d'engendrer des MASD peut provenir des sources suivantes:

- Urine
- Selles
- Transpiration
- Exsudat des plaies
- Effluent de la stomie (Gray et al, 2011).

Entités MASD

Les MASD peuvent être divisées en quatre entités cliniques:

1

Dermite
associée à
l'incontinence

2

Dermatite
intertrigineuse

3

Lésions cutanées
péri-lésionnelles

4

Lésions
des plaies
péristomiales

IMPORTANT:

Pour pouvoir procéder à un diagnostic de MASD, il doit exister une source d'humidité liée à la région présentant des lésions cutanées.

Dermites associées à l'incontinence:

La dermite associée à l'incontinence (DAI) est une forme de dermatite de contact provenant d'une irritation chimique de la peau causée par une exposition prolongée à l'urine et/ou aux selles (Young, 2017).

Bien que l'incontinence urinaire constitue l'une des causes des DAI, ces dernières se produisent le plus communément chez les patients atteints d'incontinence fécale ou d'incontinence à la fois fécale et urinaire (Voegeli, 2012).

L'urine est alcaline et, en cas de contact prolongé avec la peau, elle peut déséquilibrer le pH acide de cette dernière, qui peut devenir alcalin (pH>7).

Cette variation du pH rend la peau plus hospitalière pour les micro-organismes virulents et les craquelures de la peau constituent un point d'entrée pour les infections.

L'augmentation de l'alcalinité peut également favoriser l'activité des enzymes fécales (en cas de présence d'incontinence fécale), engendrant de ce fait une dégradation encore plus importante de la surface de la peau.

Facteurs de risques principaux liés aux DAI:

- Type d'incontinence :
 - Incontinence fécale (diarrhée/selles formées)
 - Incontinence double (fécale et urinaire)
 - Incontinence urinaire
- Épisodes fréquents d'incontinence (en particulier fécale).
- Utilisation de produits de confinement occlusifs.
- Mauvais état de la peau (dû par exemple au vieillissement/à l'utilisation de stéroïdes/au diabète).
- Problèmes de mobilité.
- Réduction des fonctions cognitives.
- Incapacité à suivre une bonne hygiène personnelle.
- Douleur
- Température du corps élevée (pyrexie).
- Médicaments (antibiotiques, immunosuppresseurs).
- Malnutrition.
- Maladie grave (Beeckman et al, 2015).

Bien que le vieillissement soit associé à une existence supérieure d'incontinence, l'âge ne semble pas constituer un facteur de risque individuel pour les DAI.

Prévention et traitement des DAI:

Les experts internationaux en soins cutanés ont identifié deux principaux aspects dans la prévention et le traitement des DAI:

- Traitement de l'incontinence.
- Mise en place d'un plan structuré de soins cutanés (Beeckman, 2015).

RAPPEL:

la prévention des DAI doit viser tous les patients incontinents et avoir comme objectif de promouvoir des résultats positifs et une absence de lésions et de dommages pour les patients.

Dermatite intertrigineuse:

La dermatite intertrigineuse, également appelée intertrigo, se produit lorsque de l'humidité, généralement de la transpiration, se retrouve enfermée entre des plis cutanés (Sibbald et al, 2013).

Les plis cutanés se situent généralement au niveau des jambes, des fessiers, de la poitrine, des bras, des orteils et du cou.

Ces lésions prennent la forme d'une image miroir de part et d'autre du pli cutané et peuvent mener à une inflammation et des craquelures de la peau si elles ne sont pas traitées de manière appropriée.

Lorsque l'intégrité de la peau est compromise, le risque d'infection augmente et des infections fongiques telles que la candidose se produisent de façon commune (Sibbald et al, 2013; Zulkowski, 2017).

Traitement:

Les objectifs du traitement d'un intertrigo sont de contrôler l'humidité, de minimiser la friction et de traiter l'éventuelle infection.

- Examinez les plis cutanés, y compris la base, afin de déterminer toute présence d'un autre érythème ou aggravation d'un érythème, et maintenez-les propres et secs. La peau irritée doit être séchée en la tapotant plutôt qu'en la frottant ou qu'en l'essuyant (Sibbald et al, 2013).
- Nettoyer la région avec un nettoyant à pH neutre afin de conserver le pH acide de la peau et d'éviter toute irritation future. Éviter d'utiliser du talc, de la gaze ou des serviettes entre les plis, car ils peuvent enfermer de l'humidité et augmenter les frottements contre la peau (Voegeli, 2013).
- Si possible, améliorez le flux d'air atteignant la région affectée. Protégez la région affectée contre les craquelures ou macérations supplémentaires en utilisant un film barrière capable de protéger la peau non seulement de toute humidité mais également de tout frottement.
- Il existe des produits pouvant être placés entre les plis cutanés afin d'absorber l'humidité et de réduire les frottements (Zulkowski, 2017). Évitez tous les produits contenant de l'alcool, du parfum ou du gluconate de chlorhexidine, qui peuvent irriter davantage une peau endommagée.

RAPPEL:

Tous les facteurs de risques de l'intertrigo sont exacerbés dans les environnements chauds et humides.

Lésions cutanées péri-lésionnelles:

Les lésions cutanées péri-lésionnelles se produisent lorsqu'un fluide de la plaie ou un exsudat se trouve en contact prolongé avec la peau entourant la plaie. La production d'exsudat constitue une étape normale dans la guérison d'une plaie, fournissant les nutriments et les cellules nécessaires à la réparation des tissus dans le lit de la plaie.

Toutefois, si l'exsudat se trouve en contact prolongé avec la peau, par exemple en cas de saturation d'un pansement, il peut en résulter une MASD, ce qui conduit à une macération ou une excoriation des tissus (Woo et al, 2017; Young, 2017; Zulkowski, 2017).

La macération compromet la fonction barrière de la peau et crée pour l'épiderme un risque de lésions liées au frottement. Elle peut également empêcher le déplacement des cellules de la peau à travers la surface de la plaie, retardant de ce fait la guérison.

L'excoriation conduit à une peau rouge qui est douloureuse et peut être endommagée davantage par l'utilisation de produits adhésifs.

Traitement:

Le traitement des lésions cutanées péri-lésionnelles doit avoir comme objectif de repousser l'humidité excessive loin du lit de la plaie et de la peau qui l'entoure, traitant ainsi la cause sous-jacente de la production excessive d'exsudat, par exemple un biofilm ou une infection (Dowsett and Allen, 2013; Sibbald et al, 2013).

- Choisir le pansement en fonction des conditions locales de la plaie, y compris le volume d'exsudat et la position de la plaie. S'assurer que le pansement recouvre l'ensemble de la peau endommagée, qu'il n'y colle pas et qu'il est changé aussitôt qu'il est saturé. Toute fuite augmente la possibilité qu'une MASD se produise.
- Protéger la région péri-lésionnelle contre tout dommage supplémentaire au moyen d'un film barrière ne provoquant pas de démangeaisons. De nombreuses études cliniques ont montré que l'utilisation d'un film barrière en terpolymère d'acrylate améliore le traitement péri-lésionnel. Ceci est particulièrement le cas dans le traitement des ulcères veineux de la jambe, où l'utilisation d'un film barrière peut sensiblement améliorer la réduction de la taille des plaies et faciliter la guérison des plaies les plus grandes, sans pour autant engendrer des dépenses supérieures (Guest et al, 2012).
- Respecter la préparation du lit de la plaie afin d'optimiser la guérison. Réévaluer l'état du lit de la plaie et de la peau l'entourant lors de chaque changement de pansement et utiliser les observations faites pour guider le traitement (Dowsett and Allen, 2013; Young, 2017).
- La production d'exsudat devrait diminuer au fur et à mesure que la guérison progresse et que la ou les causes sous-jacentes sont traitées.

Lésions cutanées péristomiales:

Les MASD péristomiales sont causées par un mauvais positionnement du produit ou un site de stomie peu commode, ce qui permet une accumulation des selles ou de l'urine sous le joint, un problème commun chez les patients atteints de stomie (Tam et al, 2014). L'inflammation et l'érosion de la peau peut s'étendre dans un rayon de 10 cm autour du site de la stomie (Woo et al, 2017; Zulkowski, 2017).

Une fois la peau péristomiale endommagée, il peut être plus difficile d'obtenir une bonne adhérence du produit sur la peau endommagée, ce qui crée plus de fuites et engendre donc un cycle vicieux de lésions cutanées.

Des MASD peuvent également se produire autour d'autres sites de stomie, par exemple des enzymes digestives peuvent fuir des sondes de gastronomie percutanées ou des trachéotomies peuvent être accompagnées de lésions cutanées associées à de la transpiration ou de la salive. Des MASD péristomiales peuvent également se produire en raison de la transpiration ou des écoulements autour des plaies les entourant (Gray et al, 2013).

Traitement:

L'outil de peau d'une stomie aide à évaluer la peau péristomiale de deux manières: par l'obtention d'un score basé sur l'évaluation de la peau et par un entretien guidé avec le patient afin de déterminer la cause de la MASD (Page, 2009).

Le traitement des lésions cutanées péristomiales vise à:

- Protéger la zone péri-lésionnelle contre des craquelures/une macération supplémentaire en utilisant un produit barrière approprié tel qu'un film barrière ne créant pas de démangeaisons afin d'éviter des lésions cutanées dues à des fluides corporels, telles que des lésions cutanées associées à des adhésifs médicaux (MARSI).
- Vérifier le positionnement de tous les produits utilisés et faites appel à l'infirmière spécialisée en stomie si le produit ne peut pas être correctement positionné.
- Lorsque vous appliquez une poche, il est nécessaire d'utiliser une barrière pour la peau solide afin de protéger la peau située en dessous. Elle doit être capable d'absorber l'humidité afin que la peau reste sèche et soit protégée. Si elle est trop absorbante, il est possible qu'elle absorbe trop d'effluent et si elle est trop sèche, elle sera inefficace (Dowsett and Allen, 2013).

Références:

Beeckman D, Campbell J, Campbell K, et al (2015) Proceedings of the Global IAD expert panel. IAD: moving prevention forward. Wounds International, London

Dowsett C, Allen L (2013) MASD made easy. Wounds UK: 1-4

Gray M, Black MM, Baharestani MM, et al (2011) Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. J Wound Ostomy Continence Nurse: 233-41

Gray M, Colwell JC, Doughty D, et al (2013) Peristomal moisture-associated skin damage in adults with faecal ostomies: a comprehensive review and consensus. J Ostomy Continence Nurs: 389-99

Guest JF, Taylor RR, Vowden K, Vowden P (2012) Relative cost-effectiveness of a skin protectant in managing venous leg ulcers in the UK. J Wound Care: 389-98

Page AC (2009) Two new tools for your ostomy practice. Ostomy Wound Manage: 10

Sibbald RG, Kelley J, Kennedy-Evans KL, Labreque C, Waters N (2013) Presentation and management of intertrigo, or MASD due to perspiration: expert consensus on best practice. Wound care Canada: 1-21

Tam KW, Lai JH, Chen HC, et al (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. Ostomy Wound Manage: 26-33

Voegeli D (2012) Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. Br J Nurs: 517-21

Voegeli D (2013) Moisture-associated skin damage: an overview of community nurse. Br J Community Nurs: 6-12

Woo KY, Beeckman D, Chkravarthy D (2017) Management of MASD: a scoping review. Adv Skin Wound Care: 494-500

Young T (2017) Back to basics: understanding moisture-associated skin damage. Wounds UK: 56-65

Zulkowski K (2017) Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries and skin tears. Adv Skin Wound Care: 372-81

GLOBAL FOCUS | **MASD**

Pour plus de renseignements, visitez:

www.woundcare-today.com/global

