

**Prise en charge des plaies
complexes en chirurgie
vasculaire par
VAC-thérapie en hospitalisation
et/ou en ambulatoire**

**Dalinda.Brocard-Gori cadre de santé,
Virginie Chapel IDE,
Alexia Philippon IDE,**

**Unité De Chirurgie Vasculaire, Thoracique, Plastique
et Reconstructrice CH Victor Dupouy, Argenteuil.**

Plan de l'exposé

1. Principes de la thérapie par pression négative
2. Indications
3. Modalités de la pose:
 1. Prescription
 2. Préparation du matériel
 3. Gestion de l'analgésie
4. Mise en œuvre:
 1. Préparation cutanée
 2. Exploration de la plaie
5. Surveillance et évolution
6. Présentation de cas cliniques illustrant les principales indications en chirurgie vasculaire
7. Synthèse _ Conclusion

PRINCIPES DE LA THERAPIE PAR PRESSION NEGATIVE: VAC-THERAPIE

- Système non invasif dont le but est de faciliter la cicatrisation des plaies
- Délivre une pression négative continue au site de la plaie
 - Élimination du liquide interstitiel
 - Élimine les matériaux infectieux
- Stimule la formation de tissu de granulation (bourgeon)
- Améliore la micro circulation sanguine
- Offre un environnement humide propice à la cicatrisation

INDICATIONS

- Indications

- Cicatrisation des amputations distales après revascularisation
- Complications infectieuses et nécrotiques post-opératoires
- Cicatrisation des ulcères de membres

MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (1)

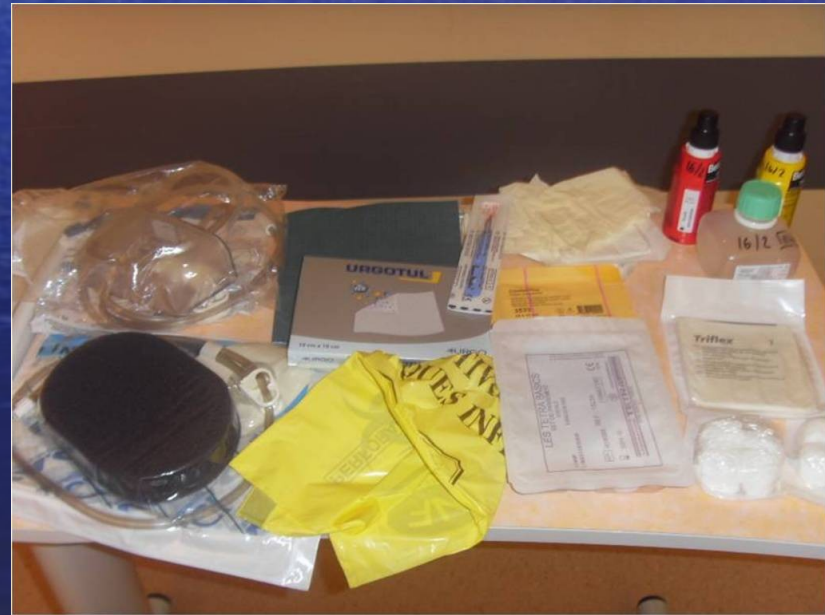
Sur prescription médicale mentionnant:

- Type de plaie
- Pression à délivrer
- Type de mousse et d'interface
- Analgésie
- Fréquence de réfection

MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (2)

Préparation du matériel:

- Kit
- Réservoir
- Interface stérile
- Mousse
- antiseptiques
- bistouri, pincés, ...



MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (3)

- Gestion de l'analgésie
 - Antalgiques per os
 - Antalgiques sous cutanés
 - Analgésie percutée
 - Analgésie inhalée



MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (5)

- Exploration de la plaie
 - Site
 - Surface



Description Plaies (CODE COULEURS)

Détersion

Bourgeonnement

Epidermisation



Nécrose
sèche



Nécrose
humide



Bourgeons



Néoépiderme en
périphérie

MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (6)

- Désinfection
- Détersion mécanique



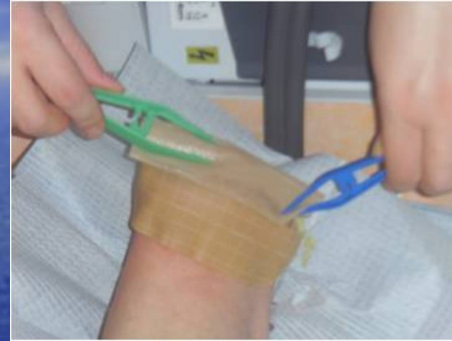
MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (4)

- Préparation cutanée péri lésionnelle



MODALITES DE LA POSE DU SYSTEME VAC (7)

- Application mousse



- Mise en dépression selon prescription médicale



SURVEILLANCE ET EVOLUTION (1)

- Douleur
 - Adaptation du traitement antalgique en fonction des résultats de l'évaluation de la douleur (auprès du patient)
 - Diminution de la dépression

- Aspect du liquide de recueil
 - arrêt si hémorragique



- Évolution de la plaie
 - Description détaillée sur Dossier de Soins

Photos des différents stades de la cicatrisation

SURVEILLANCE ET EVOLUTION (2)

- Variation du matériel et du rythme de réfection (48-72h)
 - ▶ Arrêt si:
 - aggravation de l'état de la plaie après 2 ou 3 réfections
 - Tissu de granulation exubérant

CAS CLINIQUE n°1

Mr I 67ans

DID

Obésité

Insuff. Rénale

Insuff. cardiaque

Nécrose Avant pied

Sténoses art péronière:



Traitement (cas clinique N°1)

- Angioplastie Trans-Luminale (dilatation) artère péronière
- Amputation TM
- VAC thérapie



Évolution à J30 (HAD)



Évolution à J60 (HAD)



Cicatrisation à J90



CAS CLINIQUE n°2

Mr F 69 ans

Antécédents:

insuffisance ventriculaire G post IDM (FE 22%).

Poly anévrysmal: AAA 1999, AAP gauche 2003.

Endoprothèse Aorto-iliaque

+ pontage croisé fémoro-fémoral

+ Embolisation Iliaque interne Gauche.

Nécrose fessière post-opératoire

CAS CLINIQUE n°2

Traitement en trois temps:

1. Excision chirurgicale

2. VAC thérapie

3. Pansement avec inhibiteur de métalloproteases (Cellostart[®])

Excision chirurgicale de la nécrose myocutanée surinfectée



Cicatrisation après 8 semaines de VAC+ nutrition hyper calorique nocturne



Résultats après 16 semaines VAC



Résultats après 12 semaines de Cellostart[®]



CAS CLINIQUE n°3

- Mme F. 67 ans

IDM

Ethylotabagique

Cirrhose

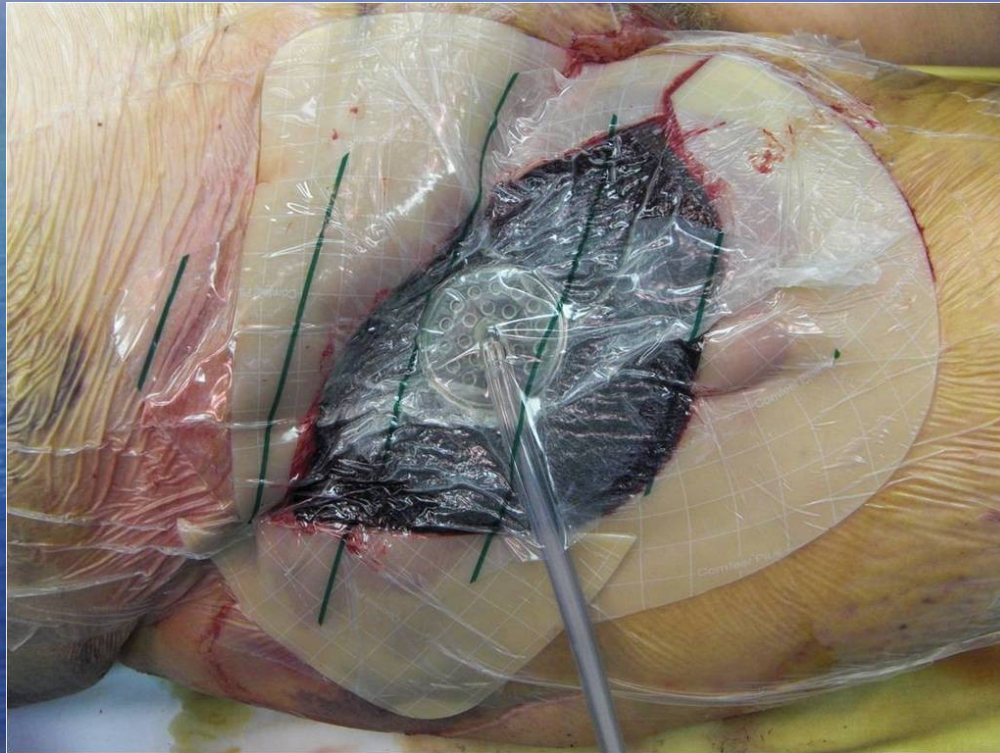
Obésité

Faux anévrisme et
Hématome post
coronarographie sous
anticoagulant

Hémostase et débridement
Scarpa Droit



Traitement: VAC à J2



Évolution: Arrêt VAC à J30



CAS CLINIQUE n°4 (1)

- Mme V 55 ans

DID

Hta

Artériopathie oblitérante des
MI sévère

Amputation trans Meta
gauche

Sténoses Tibiale Antérieure,
Péronière

Ulcères MIG

Nécrose Talon G



CAS CLINIQUE N°4 (2)

Traitement

Dilatation des artères
membre inf. Gauche



Traitement: VAC à J3



Traitement: VAC à J6



Traitement: VAC à J15



Traitement: VAC à J24



RESULTATS

- Sur une année, 22 patients ont été pris en charge en hospitalisation dont 6 (27%) ont bénéficié d'une vac thérapie en ambulatoire
- La vac thérapie a permis une cicatrisation dans 18 cas (81%)
- une amputation majeure a été nécessaire chez trois patients,
- un patient est décédé d'une septicémie en centre de convalescence.

CONCLUSION

- La prise en charge précoce par vac thérapie des plaies sur un terrain à risque permet:
 - Une cicatrisation plus rapide
 - un retour plus rapide du patient dans son lieu de vie.
- L'amélioration de la maîtrise et de la gestion de la vac thérapie par les infirmières de chirurgie vasculaire et d'hospitalisation à domicile apporte :
 - un bénéfice clinique
 - une diminution des coûts de l'hospitalisation.

EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE



REMERCIEMENTS

Nous tenons tout particulièrement à remercier le Dr Patrick BAGAN chirurgien thoracique et vasculaire pour sa participation ,son dynamisme et son soutien. Sans lui, notre projet n'aurait pu aboutir.

Merci à Clémence HERVET (laboratoire KCI[®])et au laboratoire Urgo[®] pour leurs participations.

Nous remercions également la Direction de notre établissement.

REMERCIEMENTS

Et enfin, Un grand merci à l'équipe médicale et paramédicale de notre unité pour leur grand investissement et leur collaboration.



**Nous vous remercions de votre
attention .**