

Flaminal® et thérapie par pression négative dans la prise en charge d'une plaie de laparotomie médiane déhiscence

Iva Pranjić, spécialiste en soins infirmiers cliniques, St James's Hospital, Dublin

Introduction

La maladie diverticulaire englobe une variété de symptômes et complications cliniques susceptibles de survenir avec des diverticules coliques, et en particulier les hémorragies et la diverticulite aiguë. Les diverticules sont de petites poches en forme de ballon qui font saillie depuis l'intestin et sont inoffensifs sauf s'ils s'enflamment, s'infectent ou sont perforés (on parle alors de diverticulite, laquelle peut entraîner une occlusion du côlon ou de l'intestin grêle). Un rétrécissement du côlon, appelé sténose, peut parfois entraîner une obstruction complète de cet organe (1).

La présente étude de cas décrit la prise en charge d'une femme de 62 ans ayant subi une laparotomie diagnostique d'urgence et une intervention de Hartmann, à savoir l'ablation d'une portion du gros intestin, à la suite d'une obstruction aiguë de ce dernier, consécutive à une sténose diverticulaire (résection du bas rectum antérieur avec formation de colostomie terminale).

La plaie avait été laissée partiellement ouverte aux fins de décompression abdominale, ce qui nécessitait la pose quotidienne de pansements pendant la phase post-opératoire. Des problèmes liés à la plaie furent rapportés environ 2 semaines après l'intervention, avec des complications observées de déhiscence de la plaie, d'exsudat purulent et d'un lit de plaie visqueux. Il n'y a pas eu de renvoi au spécialiste en soins infirmiers cliniques (SIC) à ce stade des soins, la plaie étant gérée par l'équipe chirurgicale, au moyen d'une mèche hydrofibre et d'un simple pansement secondaire. Les prélèvements effectués sur la plaie se sont

révévés positifs au *Pseudomonas aeruginosa* et une cure d'antibiotiques à spectre ciblé par IV a été entamée, celle-ci n'étant toutefois pas uniquement liée à l'infection de la plaie ; la patiente étant globalement souffrante avant l'obtention des résultats de la culture, ce traitement lui a été administré en soins intensifs avant qu'elle ne soit examinée par le SIC. Neuf jours plus tard, en dépit de la présence d'un lit de plaie visqueux, l'équipe chirurgicale a commencé à traiter la plaie par pression négative (TPN), puis la patiente a été renvoyée chez elle deux jours plus tard et référée au SIC.

Méthode

Le SIC chargé du traitement des plaies a revu la patiente en consultation ambulatoire deux jours après sa sortie de l'hôpital et s'est vu présenter une laparotomie médiane déhiscence fortement exsudative, située à proximité de la colostomie. La plaie mesurait 10 cm x 4 cm x 4 cm, avec un creusement de 3 à 4 cm à 6 heures et de 8 cm à 8 heures et avec au niveau du lit de la plaie 40 % de mucus adhérent au matériau de suture ; le chirurgien-conseil a opté pour une TPN en raison du risque d'hernie incisionnelle. La gestion de la plaie avait pour objectif de parvenir à un débridement autolytique du tissu dévitalisé (réduisant ainsi la charge biologique de la plaie), de gérer l'exsudat et, enfin, d'obtenir une cicatrisation en seconde intention par TPN. Flaminal® Forte, un alginogel® enzyme, a été appliqué sur le lit de la plaie conjointement avec la TPN. Flaminal® Forte a été sélectionné pour ses propriétés de protection antimicrobienne et

sa capacité à faciliter le débridement du tissu dévitalisé. Flaminal® Forte a permis de décoller le mucus qui avait adhéré au matériau de suture et d'effectuer un débridement précis ainsi que l'ablation de la suture. La TPN a également été mise en œuvre. Ce système particulier permet de favoriser la cicatrisation en exerçant une pression négative sur le lit de la plaie et le tissu environnant.

Le régime de traitement de la plaie exposé ci-dessus a été maintenu pendant trois semaines et demie, puis la TPN a été arrêtée et le pansement primaire Flaminal® Hydro et un pansement à bordure en mousse de silicone ont été introduits jusqu'à l'obtention de la fermeture de la plaie, environ 7 semaines plus tard.

Résultat

Le plan de traitement de la plaie, à compter de l'introduction de Flaminal®, a été poursuivi pendant une période de onze semaines au total, et aucun épisode infectieux n'est survenu pendant la totalité du parcours de traitement, ce qui a facilité l'application ininterrompue de la TPN et ainsi éliminé le risque de survenue d'une hernie incisionnelle. L'absence de douleur lors du changement des pansements et la fermeture complète de la plaie obtenue en fin de traitement ont permis d'améliorer la qualité de vie du patient.

Discussion

La prévalence exacte de la diverticulite est inconnue, car de 80 à 85 % des personnes atteintes restent asymptomatiques (2). La diverticulite peut être associée à des complications graves, voire mortelles, telles que des abcès intra-abdominaux, une perforation de la paroi du côlon et une péritonite, la formation d'une sténose et d'une fistule ainsi qu'une occlusion intestinale(3). De 15 à 25 % des patients atteints de diverticulite aiguë devront subir une laparotomie d'urgence.(4). La chirurgie d'urgence est un facteur de risque d'infection du site opératoire (ISO) en raison de nombreux facteurs de risque puissants tels que les plaies souillées et contaminées, la durée prolongée de l'opération et les comorbidités du patient(5).

Conclusion

Cette étude de cas démontre l'efficacité de Flaminal® comme agent de protection antimicrobienne et auxiliaire du débridement de la plaie (perceptible après seulement quatre applications) et de la fermeture en seconde intention. Elle met également en évidence le fait que Flaminal® peut être utilisé conjointement avec la TPN sans entraver l'action thérapeutique. En outre, l'utilisation de Flaminal® visait également à former une couche protectrice entre le tissu de granulation nouvellement formé et la mousse de remplissage du pansement de TPN. Les changements de pansements étaient indolores, bien acceptés par la patiente et atraumatiques.

Références

- Colorectal Surgery Associates (2023) <https://csak.com/conditions/diverticular-disease/diverticular-stricture/> bekenen: juli 2023
- Bugiantella, W., Rondelli, F., Longaroni, M. et al. (2015) Left colon acute diverticulitis: an update on diagnosis, treatment and prevention. *International Journal of Surgery* 13, 157-164.
- National Institute for Health and Care Excellence (2023) Diverticulitis Disease. <https://cks.nice.org.uk/topics/diverticular-disease/management/acute-diverticulitis>
- Schein M, Paladugn R. Diverticulitis. In: Holzheimer RG, Mannick JA, editors. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*. München: Zuckschw- erdt; 2001. Beschikbaar op: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6986/>
- De Simone, B., Sartelli, M., Coccolini, F. et al. Intraoperative surgical site infection control and prevention: a position paper and future addendum to WSES intra-abdominal infections guidelines.

