

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

Commission SMR/DM

Ce document a été réalisé en collaboration avec l'équipe de plaies mobiles du CHU de Tours

Date de création : novembre 2024

GÉNÉRALITÉS

La **thérapie par pression négative (TPN)** est un **élément d'aide à la cicatrisation** de certaines plaies chirurgicales à haut risque de complication, ou de certaines plaies chroniques. Le traitement consiste à appliquer **une dépression** sur la surface d'une plaie. La dépression est comprise en général entre -80 et -120 mm de Hg, sur prescription médicale.

La TPN est une méthode **mécanique, active, non invasive et locale**.

L'objectif est d'obtenir un **bourgeonnement** de la plaie **pour la préparer à la fermeture** par :

- ◆ Le maintien d'un **environnement humide** propice à la cicatrisation, permettant la prolifération des fibroblastes (cellules du bourgeonnement) ;
- ◆ Une **diminution de l'œdème** ;
- ◆ Une **évacuation des exsudats** ;
- ◆ **L'amélioration de l'angiogenèse** (circulation vasculaire et lymphatique).

L'étape de ré-épidermisation sera ensuite réalisée par cicatrisation dirigée (pansements « classiques ») ou par greffe.

RECOMMANDATIONS (1)

- ◆ **Durée maximale de prescription de 30 jours** renouvelable une fois ;
- ◆ Après avoir envisagé des traitements conventionnels (pour la plaie chronique) ;
- ◆ **Arrêt si pas d'amélioration** au bout d'une semaine à 10 jours d'utilisation ;
- ◆ Après **formation spécifique** du personnel soignant ;
- ◆ Instauration dans un établissement de santé sanitaire.

INDICATIONS (1)

Indication en 1^{ère} intention → plaies aiguës

- ◆ **Plaie traumatique non suturable** avec perte de substance, sans infection ou avec une **infection contrôlée** ;
- ◆ **Exérèse chirurgicale** étendue sans infection ;
- ◆ **Désunion post-opératoire** +/- étendue après éventuel parage, sans infection ;
- ◆ Sur les plaies chirurgicales : en **prévention de déhiscence de plaies suturees** chez certains patients à risque (thoracotomie, césarienne chez les patients obèses) ;
- ◆ Greffes de peau : en pré- ou post-greffe ;
- ◆ **Laparostomie** : abdomen ouvert en cas de fermeture impossible (bloc opératoire).

Indication en 2^{ème} intention → plaies chroniques

- ◆ **Ulcère de jambe** nécessitant une greffe cutanée ;
- ◆ **Escarre stade III ou IV** dans l'objectif d'un geste de couverture chirurgical ;
- ◆ **Plaie du pied diabétique (mal perforant plantaire)**.

EFFETS INDÉSIRABLES ET INCONVÉNIENTS (1,2)

- ◆ Douleurs ;
- ◆ Réduit la mobilité du patient ;
- ◆ Macération et irritation de la peau péri-lésionnelle ;
- ◆ Hémorragie locale ;
- ◆ Difficulté d'utilisation, du maintien d'étanchéité (selon localisation) ;
- ◆ Bruit selon les générateurs de vide.

AVANTAGES

- ◆ Permet un bourgeonnement de qualité ;
- ◆ Facilite la gestion des exsudats ;
- ◆ Accélère la cicatrisation ;
- ◆ Peut réduire la fréquence de la réfection des pansements.

CONTRE-INDICATIONS

Il est recommandé de ne pas utiliser la TPN dans les situations suivantes :

- ◆ **Infection non contrôlée** de la plaie ;
- ◆ Ulcère artériel non revascularisé ;
- ◆ Plaies **hémorragiques ou nécrotiques** ;
- ◆ Plaies avec fistule **non explorée** ;
- ◆ Ostéomyélite non traitée ;
- ◆ **Plaie tumorale** ;
- ◆ Contact direct avec des **vaisseaux sanguins, des sites anastomotiques, des organes ou des nerfs exposés, os, tendons** (selon avis d'un expert pour os et tendon) ;
- ◆ Patient non collaborant ou agité.

FONCTIONNEMENT DE LA TPN « CLASSIQUE »

La TPN est réalisée à l'aide :

- ◆ D'un générateur de vide qui constitue la source de dépression (système aspiratif) pouvant varier entre -25 et -200 mm de Hg (prescription médicale) selon les fournisseurs ;
- ◆ D'un réservoir à usage unique qui se fixe sur la console afin de recueillir les exsudats drainés ;
- ◆ De kits à usage unique comprenant les éléments nécessaires au pansement : mousse ou gaze, film adhésif transparent et tubulure d'aspiration des exsudats.



Déroulement du soin :

- ◆ Nettoyer la peau péri-lésionnelle et la plaie. Réaliser une détersion de la plaie si présence de fibrine ou de nécrose ;
- ◆ Découper la mousse de PUR (polyuréthane) ou la gaze à la taille de la plaie, et l'appliquer sur le lit de la plaie. La fixer de manière étanche à la peau avec le film adhésif transparent présent dans le kit ;



La mousse ne doit pas dépasser sur les berges et toucher la peau saine (risque de lésion de la peau péri-lésionnelle).



Il est possible de placer un pansement de type interface (Adaptic®, Urgotull®...) entre le lit de la plaie et la mousse afin de limiter la douleur lors du retrait de la mousse et l'arrachage des bourgeons.

- ◆ Découper le film situé sur la mousse sur une surface égale à la taille du port d'aspiration de la tubulure d'aspiration. Fixer le port d'aspiration de manière étanche sur la zone préalablement découpée. Connecter un réservoir à la console ;
- ◆ Brancher la tubulure sur la console. Sélectionner le niveau de dépression prescrit par le médecin. L'aspiration va alors créer une pression négative à la surface de la plaie et les exsudats vont être collectés dans le réservoir.

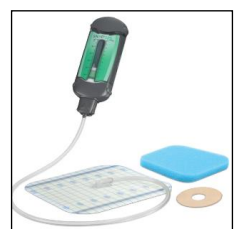
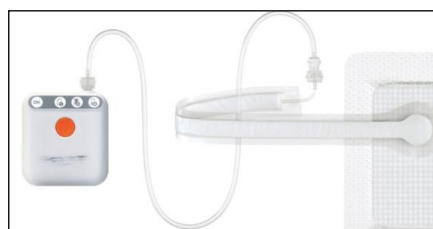
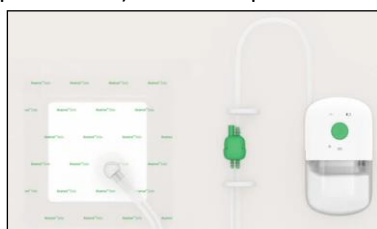


L'IDE doit s'assurer de l'absence de fuite (sifflement) et utiliser si besoin des joints d'étanchéité ou des films transparents adhésifs pour étanchéifier le montage final.

⚠ Les montages incluant l'utilisation du vide mural comme source de dépression sont INTERDITS.

LA TPN PORTATIVE À USAGE UNIQUE

- ◆ La TPN peut se présenter aussi sous forme d'appareils portatifs à usage unique. Certains modèles sont équipés de réservoir de faible volume ; pour d'autres, les pansements jouent le rôle de réservoir en absorbant les exsudats. Les plaies traitées par ces dispositifs doivent être donc **faiblement ou modérément exsudatives, peu profondes**.
- ◆ Ce type de dispositif est particulièrement adapté aux patients autonomes et mobiles. Certains sont remboursables au tarif de la LPP (liste des produits et prestations) dans le respect des indications retenues.



CONSEILS D'UTILISATION

- ◆ **Réfection du pansement** : s'effectue généralement **tous les 3 ou 4 jours**. Éteindre la pompe 1 heure minimum avant la réfection de pansement. Le réservoir est à changer lorsqu'il est plein aux 2/3 ou au bout d'une semaine. Ne pas essayer de le vider ;
- ◆ Nettoyer l'appareil avec une lingette imbibée de détergent désinfectant à chaque changement patient ;
- ◆ **Gestion de la douleur lors de la réfection** :
 - La mousse peut être imbibée de sérum physiologique au moment du retrait pour limiter la douleur ;
 - Si besoin mettre une interface pour faciliter le retrait de la mousse ;
 - Si le soin est trop douloureux, la prescription d'un antalgique est à envisager.
- ◆ **Ne pas défaire** le pansement pour « aller voir la plaie » ;
- ◆ Bien orienter la tubulure d'aspiration lors de la réfection du pansement pour éviter l'apparition de **lésions de type escarre (limiter les appuis, protéger la peau si besoin)** ;
- ◆ **Ne jamais laisser un pansement en place sans aspiration pendant plus de 2 heures consécutives**⁽⁴⁾. Si le traitement est interrompu pendant plus de 2 heures → réfection complète du pansement ;
- ◆ **Gestion des transferts de patient** : si le patient sort en HAD ou à domicile pour continuer la thérapie, arrêter la TPN avant le transfert et mettre un pansement adapté aux exsudats (hydrocellulaire, super absorbant...). Le switch momentané de la TPN par un pansement classique n'est pas dommageable pour le patient ;
- ◆ **Surveillance et réévaluation** : la TPN nécessite une surveillance infirmière et le personnel soignant doit être formé (gestion des alarmes, changement des réservoirs...). Une réévaluation médicale doit être réalisée à J6 puis régulièrement ;
- ◆ **Formation, information** : la TPN nécessite une surveillance. Le personnel soignant doit être formé à la pose de pansement TPN, au réglage de la console et à la gestion des dysfonctionnements. Le patient doit être informé des différentes alarmes possibles et comprendre sa thérapeutique ;
- ◆ **Traçabilité des soins** : assurez-vous que la quantité et les caractéristiques du drainage sont enregistrées régulièrement et que le prestataire ou le service est informé en cas de changement d'aspect de la plaie, du drainage ou de la peau péri-lésionnelle.
- ◆ **Le pansement ne fait pas tout** : le processus de cicatrisation est **complexe et multifactoriel** ; la prise en charge du patient dans sa globalité (pathologie, état nutritionnel, gestion des appuis...), la coordination des soins et le suivi de la plaie sont indispensables au processus de cicatrisation.

QUAND ENVISAGER L'ARRÊT D'UN TRAITEMENT PAR TPN ?

- ◆ En cas **d'atteinte de l'objectif du traitement** (↓ taille, obtention d'un tissu de granulation uniforme...) ;
- ◆ En cas d'**altération** excessive de la **peau péri-lésionnelle** ;
- ◆ En **l'absence d'amélioration** de la plaie après **une semaine à 10 jours d'utilisation** ;
- ◆ En cas de **douleur** excessive malgré une antalgie adaptée ;
- ◆ En cas de survenue d'une **contre-indication** (signes d'infection, saignements...).

SOURCES DOCUMENTAIRES

1. [Traitement des plaies par pression négative \(TPN\) : des utilisations spécifiques et limitées](#) - Janvier 2011 HAS
2. [Actes de prise en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de traitement par pression négative](#) - Février 2016 HAS
3. [Norman G, Goh EL, Dumville JC, Shi C, Liu Z, Chiverton L, Stankiewicz M, Reid A. Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 6](#)
4. [Traitement des plaies par thérapie par pression négative \(TPN\) - CHUV](#) - Janvier 2020