



Module Dermatologie : Soins infirmiers

24 avril 2008



Ulcère de jambe Érysipèle

Présentation du patient

- ☛ Femme de 52 ans, 100 kgs*
- ☛ Mariée – 3 enfants*
- ☛ Assistante maternelle*
- ☛ Ne travaille plus depuis 2 ans*

Motif d'hospitalisation

- ☛ Adressée en urgence*
- ☛ Hospitalisée en dermatologie pour :*
 - Grosse jambe G, douloureuse + érythème de la cheville jusqu'à la cuisse*
 - Hyperthermie à 39,5 °C depuis 3 j, d'apparition brutale*
 - Ulcère fibrineux de 10 x 8 cm du tiers inférieur de la jambe G, évoluant depuis 5 ans*
 - Mycose des espaces interorteils*

Antécédents

- ☛ *Surcharge pondérale*
- ☛ *Thrombophlébite*
- ☛ *Dépression*
- ☛ *Insuffisance veineuse*
- ☛ *1^{er} érysipèle il y a 2 ans.*

Diagnostic médical

- ☛ *Érysipèle : infection cutanée bactérienne dermo-hypodermique d'origine streptococcique*

⇒ *Urgence dermatologique*



Problèmes de santé

1 - Infection :

- ☛ Liée à l'introduction d'un germe
 - Porte d'entrée : mycose interorteils
- ☛ Manifestation : grosse jambe rouge, chaude + hyperthermie à 39,5°C
- ☛ Objectif : mettre en place des soins adaptés pour traiter l'infection



Actions sur PM :

- ☛ Surv temp, pouls + TA
- ☛ 3 hémoc + NFS, plaq, VS, CRP, fibrine, iono, urée, créat.

- ☞ *Prélèvement bactériologique à l'aide d'un écouvillon de la porte d'entrée*
- ☞ *Pose voie veineuse périphérique*
- ☞ *Traitement ATB IV : PÉNICILLINE G/6h*

- ☞ *Repos au lit*
- ☞ *Traitement de la mycose interorteils :*
 - *Hygiène rigoureuse des pieds*
 - *Crème antifongique FONGX*
- ☞ *Reprise du ttt anticoagulant : PREVISCAN*
- ☞ *Vérifier VAT*

- ☞ *Délimiter la rougeur (marqueur) pour surveiller l'évolution*
- ☞ *Surveillance de l'état cutané : évolution, rougeur, bulles, nécrose*
- ☞ *Port de gants*

Evolution clinique :

- ☞ *↘ Rougeur, inflammation et douleur*
- ☞ *Apyrexie*
- ☞ *ATB IV administrée depuis 4 à 5 j relayée par ATB per os*

2- La douleur

- ☛ Liée à l'érysipèle
- ☛ Manifestation : masque de douleur, gémissements lors des soins
- ☛ Conséquence : perte d'autonomie, réduction de la mobilité
- ☛ Objectif : mettre en place des soins permettant d'évaluer, d'atténuer et de supprimer la douleur

Actions :

- ☛ Arceau dans le lit
- ☛ Évaluation de la douleur toutes les 4 h à l'aide d'échelle numérique + traçabilité
- ☛ Administration antalgique sur PM avant les soins et en cours de journée
- ☛ Repos au lit

3- Atteinte à l'intégrité de la peau

- ☛ Liée à une surcharge pondérale + insuffisance veineuse se manifestant par 1 ulcère fibrineux de grande taille situé au 1/3 inférieur de la jambe
- ☛ Objectif : mettre en place des soins locaux adaptés à l'aspect clinique des ulcères.



Actions

- ☞ Réfection du pst : si plaie chronique, pst non stérile
- ☞ Utilisation de gants non stériles, compresses non stériles
- ☞ Ouvrir délicatement le pst en imbibant les compresses de sérum phy
- ☞ Changement de gants
- ☞ Désinfection des mains : solution hydroalcoolique

- ☞ Nettoyage du pourtour de la plaie, puis de la plaie au sérum phy + savon doux
- ☞ **NE JAMAIS UTILISER D'ANTISEPTIQUE**
- ☞ Rinçage-séchage
- ☞ DéterSION manuelle de la fibrine avec curette (seulement en cas d'érysipèle guéri)
- ☞ Appliquer le pst sur PM (ex: PURILLON, JELONET...)

- ☞ Mettre pst secondaire : compresses + bandages
- ☞ Surélever les membres inférieurs
- ☞ Pose de BAV sur PM
- ☞ Transmissions :
 - État de l'ulcère (nécrose, fibrine, bourgeonnement, réépidermisation)
 - Le mesurer
 - État de la peau péri-ulcéreuse (saine, eczématisée)

Fréquence :

- ☞ Réfection quotidienne dans le but de surveiller la régression de l'érysipèle
- ☞ Tous les 2,3, 4 jours quand l'érysipèle est guéri
- ☞ Proposer une douche avant le pst

4- Prise en charge inefficace du programme thérapeutique

☛ Liée :

- à la chronicité de la maladie
- À la dépression

☛ Manifestations :

- Aggravation de la plaie
- Récidive de l'érysipèle
- Le non port de la BAV
- Maintien de la surcharge pondérale

☛ Objectif : que Mme R s'implique davantage dans le projet de soins

Actions :

☛ Éducation visant à prévenir la récurrence de l'érysipèle

- Suivre le ttt ATB : devra suivre une antibiothérapie à vie car 2ème épisode
- Suivi vaccinations
- Avoir hygiène rigoureuse des pieds
 - Bien sécher entre les orteils
 - Traiter rapidement une plaie cutanée

☛ Éducation dans la prise en charge de son insuffisance veineuse

☛ Surélever les jambes quand position assise

☛ Favoriser la marche ou exercice physique

☛ Conseils diététiques : nécessité d'un régime hypocalorique : → intervention d'un diététicien

☛ Nécessité du port de BAV : la cicatrisation des ulcères ne pourra se faire sans contention efficace (bandes posées le matin, avant le lever, et portées jusqu'au coucher le soir)

Pose correcte d'une bande de contention

1 Attention à ne pas mettre le pied en repos, mais au contraire en flexion-Extension

2 Commencer à poser la bande à la base des orteils

3

4

5 Penser à inclure le talon

6

a) Contention en spirale.

Replier Pour une bonne extension

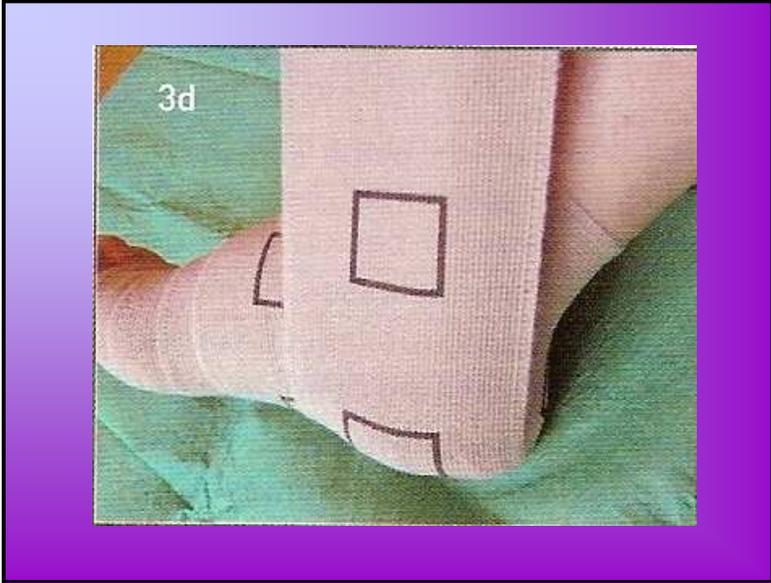
Avant la pose A la pose

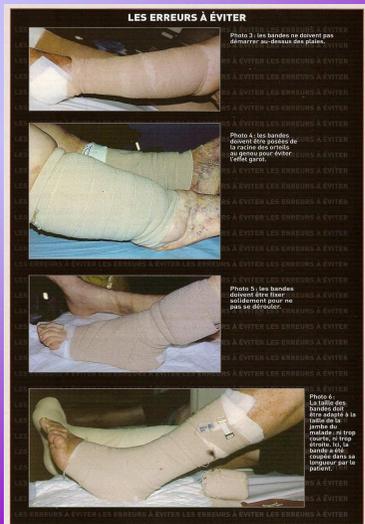
b) Contention croisée.

1

2

3





Pemphigoïde bulleuse

Présentation du patient

- ☞ *Femme de 76 ans, 70 kgs*
- ☞ *Veuve, vit en maison de retraite*
- ☞ *Marche avec une canne*
- ☞ *Très entourée par ses 2 filles*
- ☞ *ATCD : diabète traité par hypoglycémiant de synthèse*

Motifs d'hospitalisation

- ☞ *Appel du médecin de la MR : présente depuis plusieurs semaines*
 - *un prurit isolé sur l'ensemble du corps*
 - *des placards eczématiformes urticariens*
 - *apparition de lésions bulleuses de taille variable localisées principalement aux membres sup et inf avec quelques lésions érythémateuses et une lésion bulleuse buccale*
- ☞ *Présente une altération de l'état général : fatigue, difficultés à s'alimenter, perte d'autonomie.*

Diagnostic médical

*Pemphigôïde bulleuse : dermatose
bulleuse auto-immune*



Urgence dermatologique

PB confirmée par :

- ☛ *Biopsie cutanée d'une bulle récente (faite par le dermatologue) + immunofluorescence directe (dépôts linéaires à la jonction dermoépidermique d'IgG et de complément) et IF indirecte (présence d'anticorps)*
A acheminer rapidement au labo
- ☛ *NFS : hyperéosinophilie*





Problèmes de santé

1 – Atteinte de l'intégrité de la peau :

- ☛ *Liée au clivage dermoépidermique provoquée par le dépôt d'anticorps fabriqués par le patient*
- ☛ *Manifestations : lésions érosives et bulles claires et tendues*
- ☛ *Objectifs :*
 - *prévenir les complications septiques*
 - *favoriser la cicatrisation*

Actions :

- ☛ *Soins d'hygiène avec*
 - *Une toilette au lit en binôme (AS + IDE) avec antiseptique (type Hibitane) en tamponnant avec un gant.*
 - *Le binôme permet de limiter le temps de soin qui est souvent douloureux*
 - *Rinçage à l'eau tiède*
 - *Sécher en tamponnant*

- ☞ Compter et percer les bulles quotidiennement à l'aide d'une aiguille s/c. Découper les plus grosses

- ☞ Appliquer une crème corticoïde : Dermoval sur l'ensemble du corps. Respecter le nombre de tubes selon PM.

- ☞ Mettre PST gras sur lésions érosives + compresses + bandages

- ☞ Soins oculaires : soins d'yeux stériles + collyres sur PM

- ☞ Soins de bouche : Eludril à répéter 3 ou 4 fois/j

- ☞ Couper les ongles

- ☞ Faire transmission : importance de noter le nombre de bulles

- si ttt efficace, nbre de bulles ↘

2 – Altération de la mobilité :

- ☞ Liée à la douleur, fatigue

- ☞ Objectif : prévenir les complications de décubitus.

Actions :

- ☞ Prévoir location d'un surmatelas

- ☞ Mettre arceau

- ☞ Mobilisation prudente lors des changes en raison du risque de décollement bulleux

- ☞ Prévention d'escarres en peau saine

- ☞ Changement de position puis lever au fauteuil dès que possible.

3 – Risque de déshydratation et de dénutrition :

☛ Lié :

- Aux pertes hydroélectriques et protidiques dues au décollement
- À la difficulté à s'alimenter en raison de l'atteinte buccale

Actions :

- ☛ Régime hyperprotidique et hypercalorique avec alimentation liquide ou semi-liquide
- ☛ Prévoir compléments nutritifs (diététicien)
- ☛ Faire bilan des entrées/sorties : recueil des urines/24h, noter les boissons.

☛ Poids 2x/semaine

☛ Stimuler pour boire = éviter la perfusion (fragilité cutanée, surinfection)

4 – Douleur :

☛ Liée

- À l'altération cutanée et au prurit
- À des actes de soins : PST, mobilisation...

Actions :

- ☞ *Évaluer la douleur toutes les 4 h*
- ☞ *Mobilisation prudente à 2 soignants*
- ☞ *Créer un climat calme et détendu pendant les soins*

- ☞ *Demander à la patiente de signaler la douleur dès qu'elle apparaît*
- ☞ *Administration d'antalgiques sur PM avant les soins et au cours des 24 h*
- ☞ *Antihistaminiques sur PM*

Évolution

Le Dermoval sur plusieurs mois permet de suspendre l'évolution de la maladie mais expose aux effets secondaires d'une corticothérapie prolongée chez un sujet âgé

→ *Nécessité d'un régime sans sel, sans sucres rapides avec surveillance des glycémies*

En l'absence de ttt la PB évolue par poussée :

→ *Peut être mortelle*



Psoriasis

Présentation du patient

- ☛ Femme de 30 ans, récemment mariée, travaillant dans une banque
- ☛ A un psoriasis depuis l'âge de 20 ans, limité à quelques plaques aux coudes et avant-bras, qu'elle traitait par dermocorticoïdes
- ☛ Vient de perdre son père des suites d'un cancer

Motifs d'hospitalisation

- ☛ Hospitalisée en dermatologie pour poussée sévère de son psoriasis avec atteinte de 60 % de la surface corporelle

La poussée actuelle a une grande incidence sur :

- ☛ Sa vie sociale → maladie « affichante »
→ mal à l'aise vis à vis des clients et des collègues de travail
- ☛ Sur sa vie familiale → son mari ne comprend pas bien sa maladie et s'éloigne d'elle
- ☛ Sur son état psychologique → manque de confiance en elle, difficultés à s'accepter.

La patiente nous demande de donner quelques explications sur sa maladie à son mari :

- ☛ Maladie chronique
- ☛ Fréquence (5 % de la population)
- ☛ Dermatose non infectieuse, non contagieuse
- ☛ Due à l'inflammation du derme et caractérisée par des plaques rouges et squameuses.

- ☞ *Cause inconnue mais terrain familial génétique dans 1/3 des cas*
- ☞ *Alternance rémissions et rechutes favorisées par certains facteurs (choc affectif, infection, certains médicaments)*
- ☞ *Les ttt permettent de blanchir le psoriasis mais ne le font pas disparaître définitivement. Ils sont nombreux (locaux, généraux) et souvent longs.*



Problèmes de santé

1 - Atteinte de l'intégrité de la peau :

- ☛ Liée à sa poussée sévère de psoriasis secondaire au décès de son papa
- ☛ Manifestations :
 - Lésions érythémato-squameuses en plaques prédominant face extension coudes, genoux, région lombaire, ombilic, fesses, cuir chevelu
 - Lésions hyperkératosiques des paumes et des plantes

☛ Objectif :

→ aboutir au blanchiment des lésions

Actions : soins locaux sur PM

- ☛ Bain amidon quotidien de 15 à 20 min (précédé d'une douche) dans eau tiède + 6 à 8 c à s d'amidon de blé
 - Adoucir et détendre
- ☛ Séchage en insistant sur les plis

☛ Utilisation de kératolytiques (vaseline salicylée) : application au coucher en pst sous occlusif sur les paumes et les plantes tout en protégeant les fissures

→ Décaper les plaques de pso avant de prendre le relais avec autres thérapeutiques

☛ Application de Betnéval pommade 30 g sur l'ensemble des lésions inflammatoires =
dermocorticoïde de classe II*

- ☞ *Diprosalic lotion sur le cuir chevelu : 1 x/j avec shampoing caduque*
- ☞ *Hydratation quotidienne par des émoullients le soir : Cold Cream ou Déxeryl*

Dermocorticoïdes

- ☞ *Répartis en 4 classes suivant leur puissance d'action (action anti-inflammatoire) – Classe I la + puissante.*
- ☞ *Le choix de la classe est fonction de la pathologie, de la quantité de surface à traiter, de la localisation, de l'âge du patient*

- ☞ *Le nombre des applications doit être décroissant pour éviter un effet rebond*
- ☞ *Effets secondaires*
 - *Locaux: atrophie cutanée, retard de cicatrisation, anomalies pigmentaires*
 - *Généraux: rares sauf si applications répétées sur de grandes surfaces de dermocorticoïdes puissants*

2 – Perturbation de l'image corporelle

- ☞ *Liée à :*
 - *L'étendue des lésions cutanées : maladie visible en permanence pour soi et les autres*
 - *Des pressions socio-familiales : remarque de l'entourage, éloignement du mari*
 - *Altération de la qualité de vie : chronicité de la maladie source d'inconfort*

Manifestations :

- *Le refus de regarder son corps, de se faire toucher*
- *Un discours négatif à l'égard d'elle même*
- *Un isolement de honte*
- *Un isolement social*
- *Un profond découragement pouvant aller jusqu'à un état dépressif*

Actions :

- *Encourager la patiente à s'exprimer : planifier entretien de relation d'aide ou prévoir une cs avec un psychologue*
- *Encourager la patiente à rencontrer des personnes qui vivent la même maladie*
→ *association*

• *Inciter la patiente à poser des questions sur sa santé*

• *Corriger les idées fausses*

• *Accompagner la famille : éducation*



Gale

Présentation du patient

- ☞ Homme de 32 ans, 100 kgs
- ☞ Vit chez ses parents
- ☞ Peintre en bâtiment
- ☞ Présente depuis plusieurs semaines :
 - Un prurit intense survenant surtout la nuit
 - Des lésions de grattage localisées aux mains, poignets, région pubienne, aisselles, fesses

Motif d'hospitalisation

- ☞ Consulte en urgence en dermatologie
 - ☞ Examen clinique :
 - Sillons interdigitaux et aux faces antérieures des poignets (trajet laissé par la femelle sarcopte dans l'épiderme)
 - Petites vésicules perlées
 - Nodule sur le fourreau de la verge
- L'existence d'un prurit, de sillons et la topographie des lésions sont évocatrices d'une gale.





- ☞ *L'interrogatoire permet de connaître l'existence de sujets contacts : le patient nous signale avoir eu une relation intime occasionnelle il y a deux mois*
- ☞ *Le dermatologue propose une hospitalisation*

Objectif:

- *Informer le patient sur sa pathologie*
- *Donner des mesures pour éviter la recontamination*
- *Traiter la dermatose*

Problèmes de santé

1 - Manque de connaissances :

☞ Manifestations :

- *Inquiétude du patient face à ses lésions*
- *Incapacité de se prendre en charge à domicile*

Action :

- ☛ *Expliquer la pathologie*

La gale

- ☛ *Parasitose cutanée due à un acarien : sarcopte scabiei hominis*
- ☛ *Se transmet par :*
 - *contact direct de la peau (promiscuité familiale, rapport sexuel)*
 - *contact indirect par l'intermédiaire des vêtements ou de la literie (le sarcopte peut vivre 1 à 2 jours en dehors de l'homme)*
- ☛ *Affection très contagieuse : il faut respecter des règles de base pour l'enrayer efficacement et éviter la propagation.*

2- Atteinte de l'intégrité de la peau :

☛ actions:

- J1 :
 - *Prélevements de squames (peaux) sur les lésions de la main. L'analyse met en évidence la présence de sarcopte*
 - *Bain savon doux*
 - *Rinçage – séchage*
 - *Coupage des ongles*

• J1 suite :

- Application sur PM d'un 1er badigeon d'Ascabiol avec un pinceau sur tout le corps y compris sur les parties génitales, cuir chevelu, plantes des pieds (excepté le visage).
- Laisser sécher
- Pratiquer un 2ème badigeon
- Laisser sécher
- Habiller le patient : pyjama, gants, charlotte, surchaussures

• J1 suite :

- Installer le patient en chambre seule : isolement contact
- Donner traitements :
 - ✓ Antiparasitaire par voie orale sur PM Ivermectine (Stromectol) en une prise. La 2ème prise sera donnée à J10
 - ✓ Antihistaminique (Atarax) pour faire \searrow le prurit.

• J2 :

- S'inquiéter au cours des 24 h de la tolérance de l'Ascabiol par le patient (effets secondaires : eczéma, irritations)
- 24 h après, douche ou toilette au lavabo pour se débarrasser du produit
- Mettre des vêtements propres
- Examen du patient par le médecin qui prescrira ou non un autre badigeon selon le même protocole que J1
- Changement total de la literie
- Désinfection de la chambre

2- Risque de contamination du personnel/ de l'entourage :

☞ Lié :

à la forte contagiosité de la gale par contact direct

• Mesures à l'hôpital :

- Patient en isolement « contact » chambre seule
- Utilisation de gants, blouses à usage unique, surchaussures lors des soins, dès l'arrivée dans la chambre
- Poubelle dans la chambre du patient : sac jaune (déchets contaminés)
- Utilisation de la solution hydroalcoolique

• Mesures à l'hôpital suite :

➤ Traitement du linge :

- ✓ Le linge personnel du patient : mettre dans un sac poubelle et le pulvériser à l'Apar - Laisser agir 48 h – le linge sera lavé à 60 ° par la famille
- ✓ Le linge de l'hôpital : mettre dans des sacs hydrosolubles, pulvériser à l'Apar + sacs rouges (linges contaminés)

• Mesures à domicile :

- Désinfecter tous les vêtements portés les 3 ou 4 jours précédents le traitement :
 - Lavage à 60 ° en machine de tous les vêtements supportant les hautes températures
 - Désinfecter avec un antiparasitaire les autres textiles (enfermés pdt 48 h) et la literie (drap, couvertures, matelas, fauteuils ...)

• *Prise en charge de l'entourage :*

- *Les parents seront examinés par un dermatologue et le traitement sera appliqué de manière simultanée même s'ils sont indemnes de toutes lésions*
- *Inciter le patient à prendre contact avec la personne avec qui il a eu une liaison de façon à ce qu'elle consulte un médecin*