

EWMA Document

Débridement

EWMA Document: Debridement

An updated overview and clarification
of the principle role of debridement



A EWMA Document



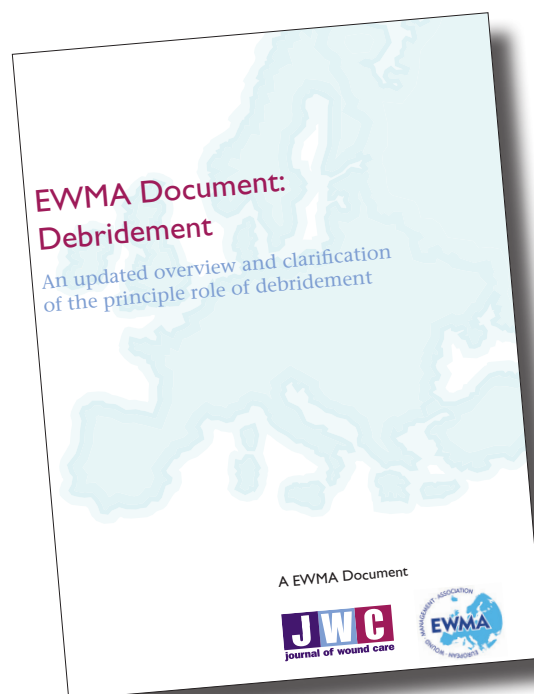
Robert Stroh
Membre du Conseil de
l'EWMA

Autres membres
du groupe :
Dissemond, J.
O'Brien, J.
Piaggese, A.
Rimdeika R.
Young, T.,
Apelqvist J
Ewma@ewma.org
www.ewma.org

Le document complet a été
publié par le Journal of
Wound Care en janvier
2013
(Stroh, R., Apelqvist, J.,
Dissemond, J. et al.
Document EWMA:
Debridement. J Wound
Care. 2013; 22 (Suppl.1):
S1-S52)

EWMA Document

Débridement



- Aperçu et clarification actualisés du rôle du débridement

INTRODUCTION

Les soins courants des plaies aiguës et chroniques qui ne guérissent pas comprennent souvent le nettoyage ou le débridement de la plaie. Le débridement déclenche le processus de réparation tissulaire. C'est une intervention médicale centrale dans la prise en charge des plaies aiguës et chroniques qui ne guérissent pas. Un bon nombre de nouvelles techniques de débridement ont été introduites au cours des dernières années. Ces techniques appliquent principalement des forces et des principes physiques pour favoriser la réparation des tissus à partir de la phase inflammatoire aiguë. Malgré le rôle central du débridement dans le domaine de la cicatrisation, il n'existe aucun document qui résume les différentes techniques de débridement. Avec le "Document EWMA : Débridement - Aperçu et clarification actualisés du rôle du débridement", l'Association européenne pour le traitement des plaies (EWMA) vise à fournir un aperçu des différentes options. Ce document de l'Association européenne pour le traitement des plaies (EWMA)

sur le débridement comprend un examen de la littérature générale et une expertise clinique supplémentaire des auteurs. L'objectif de ce document est de fournir un aperçu actualisé du débridement et de recommander un algorithme clinique global qui définit le pourquoi, le quand et le comment du débridement.

Le débridement est un processus qui consiste à retirer les tissus adhérents, morts ou contaminés d'une plaie. C'est un processus distinct de l'acte de nettoyage, qui est défini comme l'élimination des saletés (déchets métaboliques détachés, corps étrangers) d'une plaie. Nous définissons le débridement comme l'acte de retirer d'une plaie tout matériel nécrotique, escarre, tissu dévitalisé, croûte, tissu infecté, hyperkératose, peau morte, pus, hématome, corps étranger, débris, fragment d'os, ou tout autre type de matériel biologique, dans le but de favoriser la cicatrisation.

Le débridement est parfois considéré comme une

forme de préparation du lit de la plaie. Cependant, d'un point de vue global, le traitement des berges de la plaie et de la peau péri-lésionnelle est tout aussi important que celui du lit de la plaie pour obtenir une cicatrisation satisfaisante. Cette perspective globale porte donc une définition du débridement faisant référence à l'élimination de la charge microbienne du lit de la plaie et à la libération des bords de la plaie et de la peau péri-lésionnelle. Le but de ce document est de démontrer que cette vision plus large ouvre de nouvelles possibilités et perspectives dans le domaine de la cicatrisation. En adaptant une approche globale à la cicatrisation, le débridement doit être compris comme un processus qui est utilisé en parallèle d'autres méthodes de traitement.

Le débridement représentant une étape centrale dans la gestion des plaies, il peut s'appliquer à de nombreux types de plaies, indépendamment de leur diagnostic et de leur origine. Une indication claire du débridement peut être posée selon le type de tissu, le type de charge microbienne qui couvre le lit de la plaie, l'état des bords de la plaie, et l'état de la peau péri-lésionnelle. Définir le débridement selon le type de tissu permet au clinicien de déterminer le moment et la méthode les plus appropriés pour appliquer le traitement. Par conséquent, un diagnostic adapté doit d'abord définir le problème (nécrose, escarre, débris cellulaires, source de l'infection) et définir les niveaux d'exsudat du lit de la plaie, qui vont de sec à humide. Nombre d'autres paramètres influent sur la décision de traiter une blessure par débridement et sur le choix de la méthode. Il s'agit par exemple du niveau de douleur de la procédure, de l'environnement du patient, du choix du patient, son âge, sa qualité de vie, des compétences et ressources du soignant, et des réglementations et directives existantes.

DÉBRIDEMENT MÉCANIQUE

Le débridement mécanique des plaies passe par l'utilisation de compresses de gaze sèches, de compresses appliquées humides puis laissées à sécher sur la plaie (wet-to-dry), de pansements de gaze/tulle imprégnés ou de tampons en fibre de monofilament pour retirer les tissus non viables du lit de la plaie.

Le débridement "humide à sec" (wet-to-dry) est une méthode de débridement mécanique utilisée principalement aux États-Unis. Une compresse de gaze humide est appliquée sur la plaie. Le tissu dévitalisé sèche, durcit à nouveau et adhère ainsi à la compresse. Lorsque le pansement est changé, les matériaux y ayant adhéré sont retirés de la plaie. Cette méthode est considérée comme douloureuse et est par conséquent peu consentie des patients. Des débris de compresses de gaze risquent de se loger dans les tissus et de causer une infection. Cette méthode peut aussi endommager les tissus sains. Bien que la gaze

soit peu coûteuse, la technique d'application est quant à elle longue et coûteuse. Les compresses de gaze ou tulle paraffinée présentent des limitations similaires. Le tampon en fibre de monofilament est conçu pour éliminer de manière mécanique les tissus dévitalisés et fibrineux du lit de la plaie. Ce type de produit ne contient aucune substance pharmacologique ou toxicologique potentiellement irritante et a été utilisé avec succès pour débri-der divers types de plaies. Ce produit a également été utilisé pour le retrait d'hyperkératose péri-ulcéreuse et peut être en mesure de rompre les biofilms. Dans le cas de fibrine épaisse et dure ou de nécrose dure, il est recommandé de ramollir le tissu avant d'utiliser le tampon.

Peu de preuves appuient l'utilisation de pansements « humide à sec » (wet-to-dry), de compresses de gaze et de tulle paraffinée comme moyens de débridement efficaces. Ces limitations devraient exclure leur utilisation dans la pratique clinique. Le tampon en fibre de monofilament montre le potentiel du débridement mécanique comme technique efficace. Davantage de recherche et d'utilisation clinique du tampon en fibre de monofilament sont nécessaires afin de déterminer ses effets sur divers types de plaies aiguës et chroniques.

PANSEMENTS AUTOLYTIQUES, ENZYMATIQUES, ABSORBANTS ET AU MIEL

Le débridement autolytique

Le débridement autolytique est un processus naturel qui peut être appuyé par une stratégie de traitement humide, comme les pansements à base d'hydrogel. Les pansements autolytiques sont indiqués pour différents types de plaies aiguës et chroniques avec des tissus nécrosés ou des revêtements de fibrine, pour réhydrater, ramollir et liquéfier les nécroses et la fibrine. Le débridement autolytique est un débridement sélectif qui favorise la libération des enzymes protéolytiques endogènes et active les phagocytes. Ces enzymes vont ramollir, décomposer et dissoudre les tissus fibrino-nécrotiques dans les plaies, leur permettant d'être digérés par les macrophages. Par conséquent, le débridement autolytique est indiqué pour un certain nombre de plaies aiguës et chroniques, y compris les plaies avec des tissus nécrotiques ou revêtements de fibrine.

Le débridement autolytique ne doit être utilisé que pour les plaies sèches ou avec un exsudat modéré. Pour ces plaies, les pansements à base d'hydrogel peuvent apporter de l'eau aux plaies sèches ou absorber les fluides de lésions modérément exsudatives. Cependant, le débridement autolytique ne doit pas être utilisé pour les plaies hémorragiques, les fistules, les cavités corporelles, ou les plaies avec un exsudat élevé. Le débridement autolytique est contre-indiqué pour les plaies infectées et les plaies avec un potentiel élevé d'infections anaérobies. En outre, le débridement autolytique

ne doit pas être utilisé chez les patients qui ont connu une sensibilisation par contact aux composants du pansement, tels que le propylène glycol, qui est souvent utilisé comme agent conservateur.

Les pansements de débridement autolytique sont généralement changés une fois par jour. Les produits de débridement autolytique sont faciles à utiliser, sans douleur et sans danger. Cependant, ces produits ne doivent être utilisés que dans les cas où d'autres options, telles que le débridement chirurgical, sont indisponibles ou contre-indiquées. Le débridement autolytique peut également être utilisé pour ramollir et réhydrater les escarres avant l'utilisation d'autres méthodes de débridement.

Le débridement enzymatique

Le débridement enzymatique est une option de débridement spécifique utilisant des enzymes protéolytiques qui travaillent en synergie avec les enzymes endogènes. Ces enzymes protéolytiques sont utilisés pour hydrolyser les liaisons peptidiques des plaies qui sont couvertes de tissu non viable. Le débridement enzymatique peut être utile pour les patients présentant des plaies non infectées et pour lesquels le débridement mécanique est indisponible ou contre-indiqué, par exemple pour les patients ayant des problèmes de saignement. Les produits les plus utilisés pour le débridement enzymatique contiennent des collagénases, de la streptokinase, de la streptodornase, de la papaïne et/ou des enzymes du Krill. Pour assurer l'efficacité d'un débridement enzymatique, les plaies doivent toujours présenter un environnement suffisamment humide. Les pansements enzymatiques doivent être appliqués une à deux fois par jour.

Le débridement enzymatique est une option facile et sans danger pour le débridement conservateur. Cependant, le traitement par débridement enzymatique prolonge la période nécessaire pour parvenir à l'élimination complète des tissus nécrosés. Par conséquent, le débridement enzymatique n'est recommandé que dans les cas où d'autres options, telles que le débridement chirurgical, sont indisponibles ou contre-indiquées.

Pansements absorbants

Les pansements absorbants, comme le dextranome, sont recommandés pour le traitement de plaies exsudatives avec des surfaces de fibrine jaune. Ces pansements absorbants sont hydrophiles et absorbent rapidement l'exsudat. Les pansements absorbants doivent être remplacés après 1 à 3 jours ; en fonction de la quantité d'exsudat. Ce sont des produits faciles à manipuler qui peuvent être utilisés même sur des plaies fortement exsudatives. Par conséquent, les pansements absorbants présentent une option adéquate pour la gestion de l'exsudat. L'effet indésirable le plus im-

portant est la douleur au retrait du pansement, qui résulte de de l'effet d'adhérence à la plaie.

Le miel

Les pansements contenant du miel peuvent être utilisés pour traiter les plaies avec des tissus fibrino-nécrotiques. Le miel est également indiqué pour les infections localisées, y compris les infections causées par le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM). Le miel est efficace à la fois pour ses propriétés antibactériennes ainsi que pour son utilisation comme substance autolytique. Le miel aspire le fluide du tissu environnant pour réduire l'œdème de la plaie et cette action est soutenue par l'augmentation de la formation d'exsudat qui lave les débris et les bactéries de la plaie. Les pansements à base de miel sont généralement changés une fois par jour.

DÉBRIDEMENT PAR LES LARVES

La larvothérapie, aussi connue sous le nom de débridement par asticots ou biochirurgie, est une forme de débridement mécanique durant laquelle des asticots vivants stériles, comme *Lucilia sericata* (mouche verte), sont placés sur des plaies nécrotiques ou fibrineuses. La larvothérapie a été utilisée au cours des 400 dernières années, principalement pour le débridement des plaies pour lesquelles les méthodes traditionnelles de débridement (autolytique, mécanique ou chirurgicale) se révélaient inefficaces. L'utilisation de la larvothérapie a refait surface ces dernières années, en raison de la hausse des plaies chroniques et de l'émergence de souches de bactéries résistantes aux antibiotiques comme le SARM. En plus du débridement, les larves ont également des propriétés antimicrobiennes et stimulent la cicatrisation. En tant que technique de débridement, la larvothérapie est sélective et rapide. Elle peut être réalisée facilement et rapidement pour éradiquer l'inconfort de l'infection, les mauvaises odeurs et la nécrose, de manière sûre et efficace.

La larvothérapie n'est pas adaptée au débridement de toutes les plaies ; les patients doivent donc subir une évaluation globale avant le début du traitement. Les larves sont contre-indiquées pour une utilisation à proximité des yeux, des voies digestives supérieures et des voies respiratoires supérieures, ainsi que chez des patients présentant une allergie déclarée aux larves, à la levure de bière ou à la protéine de soja. Cette thérapie n'est pas adaptée pour les plaies avec des vaisseaux sanguins exposés potentiellement en connexion avec les viscères. En outre, des précautions doivent être prises pour s'assurer que les plaies ne se referment jamais sur les larves. Des précautions sont également nécessaires dans le cas de patients présentant un risque connu de trouble de la coagulation. Pour ces patients, il peut être nécessaire de combiner l'utilisation d'antibiotiques à la larvothérapie, en particulier si *Pseudomonas aeruginosa*

est présent. La thérapie larvaire ne doit pas être utilisée sur les zones du corps soumises à la pression, où les larves risquent d'être écrasées et étouffées.

Les avantages de cette thérapie sont, entre autres, l'efficacité du débridement et de la désinfection ainsi que la stimulation de la cicatrisation des plaies chroniques. L'intérêt des patients pour la thérapie larvaire est en hausse en raison des avantages potentiels. En outre, les professionnels de la santé se familiarisent de plus en plus aux innovations de ce traitement. Cependant, le choix du débridement par larvothérapie exige une participation active du patient dans les décisions concernant ses propres soins de santé.

SOLUTIONS TECHNIQUES

Lavage par hydrojet (technique de débridement direct)
Le principe du débridement par hydrojet est l'évolution d'une technique utilisée depuis les temps anciens pour traiter les plaies aiguës. Le lavage a également été utilisé plus récemment pour traiter les plaies chroniques. De nombreux dispositifs de lavage ont été développés. Certains agissent en douceur et sont simple d'utilisation, tandis que d'autres sont complexes et comparables aux instruments chirurgicaux. En raison de la précision et de la polyvalence des appareils de lavage existants, ces dispositifs sont si flexibles qu'ils peuvent être appliqués à diverses conditions et modèles cliniques, de l'ulcère veineux de la jambe à l'ulcère post-opératoire du pied diabétique. Un aspect intéressant de ce type d'appareil est la possibilité d'utiliser la technique de lavage par jet en combinaison avec des solutions antiseptiques pour maximiser l'activité antimicrobienne, qui représente une dimension importante du débridement.

La technique de lavage par hydrojet présente notamment la contrainte d'être douloureuse pour certains patients. Par conséquent, un lavage par jet ne doit être utilisé que lorsqu'un contrôle adéquat de la douleur est possible. Le lavage par jet a par ailleurs été soupçonné d'entraîner la diffusion de bactéries dans l'environnement par effet aérosol lors de son application. Cet effet doit être testé, mais pourrait contribuer à la contamination de l'environnement dans lequel la procédure est menée.

Ultrasons (technique de débridement direct)

En raison d'une impressionnante avancée technologique, une grande variété d'appareils à ultrasons (US) est aujourd'hui disponible en clinique, et a été appliquée à presque tous les modèles cliniques d'ulcération chronique avec des résultats satisfaisants. Le coût des appareils à ultrasons est élevé en termes de coûts directs liés à l'achat de l'appareil, mais faible lorsque l'on considère que la plupart des appareils utilisent des sondes stérilisables plutôt que des consommables à usage unique. L'un des aspects positifs

de l'approche par ultrasons est qu'elle peut être utilisée sur divers types de tissus, allant du tissu conjonctif lâche aux tendons ou aux os. Cependant, la nébulisation de la matière du lit de la plaie peut être importante si elle n'est pas correctement gérée. Ainsi, le cadre dans lequel la procédure par ultrasons est conduite est d'une importance cruciale pour assurer à la fois la sécurité du patient et celle du clinicien.

Pression négative (technique de débridement indirect)

La pression négative interagit avec l'environnement de la plaie à différents niveaux, y compris la microstructure et la macrostructure de la lésion. Ces effets s'intègrent dans une activité complexe qui favorise la cicatrisation des plaies à tous les stades de la thérapie par pression négative (TPN). La TPN peut être couplée d'une application antiseptique, soit en intégrant des antiseptiques dans le système de rinçage pour périodiquement rincer la surface de la plaie, soit en s'assurant de l'absorption de l'antiseptique dans le matériau qui est utilisé pour remplir la lésion.

Un certain nombre d'études sur la TPN ont été réalisées dans presque toutes les situations cliniques de gestion des plaies. Son efficacité a pu être démontrée dans la plupart des conditions testées. Cependant, la TPN ne doit pas être utilisée en cas de plaie présentant des tissus infectés, nécrosés, en cas d'ischémie locale ou de saignement actif, ou lorsque les structures profondes telles que les vaisseaux, les tendons, les muscles, les articulations ou les os sont exposés.

Ultrasons à basse fréquence (technique de débridement indirect)

Les mécanismes d'action connus des ultrasons à basse fréquence (USBF) varient selon les modifications physiques et biologiques qu'ils induisent au niveau cellulaire. Ces modifications se produisent plus fréquemment dans la gamme de fréquence des kHz plutôt que des MHz. Une action connue des USBF, la cavitation, résulte de la formation de micro bulles. Ces micro bulles concentrent l'énergie acoustique et produisent un cisaillement des structures cellulaires. La cavitation peut entraîner un micro-courant, qui se compose du mouvement linéaire des macromolécules et des ions autour de la structure des cellules. La combinaison de la cavitation et du micro-courant peut interférer avec l'activité cellulaire.

La fréquence de résonance est un mécanisme d'action alternatif potentiel des USBF. Elle est liée à une modification de la structure des protéines et à l'activation d'une transduction du signal au niveau nucléaire. Ces modifications devraient conduire à une série d'effets au niveau cellulaire pouvant agir sur la cicatrisation, tels que l'adhérence des

leucocytes, l'augmentation de l'angiogenèse, ou de la production d'oxyde nitrique (NO). Comme pour la TPN, ces effets peuvent indirectement favoriser le débridement de lésions chroniques en menant le tissu cellulaire vers la phase de réparation. Des études cliniques ont démontré une amélioration du processus de cicatrisation et des effets positifs sur la microcirculation pour de nombreux types de plaies chroniques.

Les actions des USBF sont ajustées par une solution saline qui est vaporisée par la sonde pour transmettre l'énergie mécanique au lit de la plaie. Cette vaporisation est probablement la contrainte la plus importante de cette technologie. Elle peut être gérée en appliquant une protection identique à celle adoptée pour les appareils à ultrasons de haute fréquence. Une autre limitation est la nécessité d'avoir l'expertise permettant de gérer efficacement cette technologie.

DÉBRIDEMENT AUX INSTRUMENTS ET CHIRURGICAL

Le débridement chirurgical est une méthode rapide pour retirer de la plaie et de la peau péri-lésionnelle les tissus morts, y compris les tissus dévitalisés, nécrotiques et fibrineux. Le principal avantage du débridement aux instruments ou chirurgical est la rapidité d'élimination des tissus morts : ce sont des procédures rapides et efficaces, qui permettent à la cicatrisation de commencer rapidement. Un autre avantage du débridement par excision est le faible coût du traitement.

Le débridement chirurgical est une méthode non-sélective. Ainsi, d'autres méthodes devraient être considérées si le tissu mort ne s'étend pas plus loin que le derme profond ou si le lit de la plaie est couvert de tissus fibrineux ou nécrotiques. Cependant, le débridement chirurgical est tout à fait indiqué en cas de solide couche de tissu nécrotique avec une nette démarcation entre tissus morts et tissus viables. Le débridement chirurgical est également indiqué pour les plaies contenant des tissus nécrotiques et pour lesquelles l'excision et la greffe immédiate sont supérieures aux autres méthodes de reconstruction. Le débridement chirurgical peut se limiter à l'élimination des seuls tissus morts ou peut être étendu aux tissus viables afin d'obtenir un lit de plaie constitué de tissus sains, ce qui est essentiel pour une greffe en cas de reconstruction immédiate.

Le débridement aux instruments peut être effectué par n'importe quel type de spécialiste médical sans formation chirurgicale particulière, y compris les infirmières, médecins de famille et autres membres du personnel médical. Le débridement chirurgical est plus invasif et s'effectue principalement par des chirurgiens dans une salle d'opération. Les deux types d'interventions, qu'elles soient plus

ou moins invasives, doivent être réalisées dans des conditions stériles. Des kits spéciaux, contenant des draps chirurgicaux, des gazes et des instruments jetables, ont été conçus pour les procédures d'excision et de débridement chirurgical et sont disponibles sur le marché auprès de différents fournisseurs.

La douleur est une question très importante à la fois pour l'excision par instruments et pour le débridement chirurgical. Des mesures doivent être prises pour s'assurer que le patient soit en mesure de verbaliser sa douleur pendant et après la procédure. Le débridement aux instruments peut être effectué sans anesthésie importante, mais des analgésiques par voie orale ou systémique doivent être administrés avant l'intervention. Ces méthodes présentent d'autres complications possibles, généralement liées à une excision trop importante. Les plaies trop excisées risquent de présenter des cicatrices, d'avoir une guérison considérablement retardée, ou peuvent résulter en une détérioration des structures plus profondes.

Il y a peu de contre-indications au débridement chirurgical et aux instruments. Les plus importantes sont un mauvais état général du patient et une perturbation de la coagulation du sang. Cependant, ces contre-indications sont relatives pour le débridement aux instruments, car cette méthode est une intervention mineure qui améliore considérablement l'état du patient dans la majorité des cas, diminue l'infection de la plaie, et contribue à la libération de cytokines et d'autres médiateurs de l'inflammation.

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - SOINS DES PLAIES ET DÉBRIDEMENT

Récemment, plusieurs exemples positifs ont illustré les possibilités de réduire les coûts et l'utilisation de ressources tout en améliorant la qualité de vie des patients. Les projets concluants sont souvent associés à une perspective plus large qui comprend non seulement les coûts des pansements et autres moyens matériels, mais aussi les coûts de personnel, la fréquence des changements de pansements, le temps de guérison, et la qualité de vie du patient. Concernant l'utilisation des ressources, il est essentiel d'analyser le débridement comme étant une partie intégrante du processus de gestion de la plaie en vue d'obtenir un résultat spécifique, comme la guérison. Ces aspects d'utilisation des ressources n'ont pas été examinés de manière approfondie pour les techniques de débridement actuellement disponibles.

Par exemple, chez les patients atteints d'ulcères du pied diabétique cicatrisant difficilement (y compris les patients avec des infections profondes du pied), le nombre de procédures chirurgicales, la durée d'hospitalisation et le temps de guérison sont les principaux facteurs liés à un coût élevé des soins.

La figure 1 offre un aperçu des ressources utilisées lors du débridement.

Cependant, les données économiques spécifiques aux techniques de débridement sont limitées. Le besoin de preuve scientifique sera de plus en plus important à mesure que l'impact des plaies ne guérissant pas sur la société, et sur l'individu, est identifié et que les ressources du système de santé se font plus rares. Ces données pourraient devenir obligatoires dans de nombreux pays en vue d'approuver de nouvelles stratégies de traitement. Toutefois, eu égard aux différences en matière de procédures de remboursement, d'organisation des soins de santé, de salaires du personnel, et de disponibilité des installations dans différents pays européens, il est difficile de définir des recommandations médico-économiques claires.

ALGORITHME DE DÉBRIDEMENT

L'algorithme proposé dans ce document reflète l'opinion consensuelle des auteurs, basée sur leur expérience personnelle. L'objectif est de fournir une description claire de la voie générale du débridement, ainsi qu'une proposition d'approche structurée pour choisir les techniques appropriées.

La proposition de cheminement clinique du débridement est illustrée par le cycle présenté en figure 7. La figure 8 illustre un possible cheminement afin d'orienter le choix d'une technique de débridement. Nous avons choisi pour point de départ le temps nécessaire au traitement et la disponibilité de la technologie dans les divers lieux et situations des soins. Notre objectif est de fournir un modèle simple convenant à une utilisation clinique quotidienne.

Fig 1 : Utilisation de ressources et débride-

Procédures chirurgicales (temps de salle d'opération, temps de clinicien, consommables)

Débridement (matériel, nombre de procédures, temps, catégorie de personnel)

Hospitalisation (jours d'hospitalisation, clinique)

Diagnostic et tests laboratoires

Utilisation des locaux et visites (localisation clinique ou ambulatoire, catégorie de personnel)

Fréquence de changement des pansements et par qui (personnel, patient, famille)

Pansements, médicaments, et autres matériels et consommables

Antibiotiques et autres médicaments (durée, posologie)

Complications et effets secondaires

Résultat (temps pour nettoyer, durée de guérison, taux de guérison)

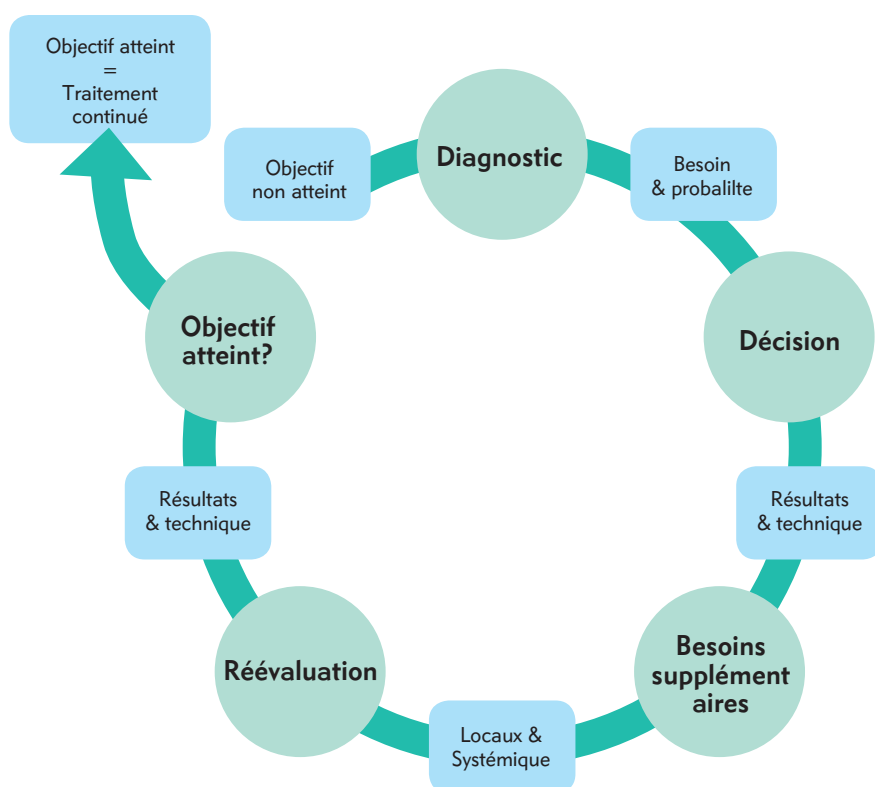


Fig 7. Cycle du processus de débridement

Cependant, les paramètres suivants peuvent influencer sur le choix de la technique de débridement : douleur, environnement du patient, choix et consentement du patient, âge biologique et comorbidités, qualité de vie, compétences et ressources du soignant, et réglementations et recommandations en vigueur.

En outre, un examen de l'efficacité économique des différentes techniques devrait être pris en compte lorsqu'il existe une possibilité de choix entre plusieurs options cliniquement pertinentes et appropriées pour le patient. Ces paramètres sont décrits en détail dans le document, mais une courte liste des aspects les plus importants liés à chacune des techniques est présentée en figure 8.

Enfin, il convient de souligner que chacune d'entre les technologies énumérées peut être l'option la plus appropriée pour le débridement par rapport à un patient ou à une situation clinique spécifique.

Toutes les références peuvent être trouvées dans le document complet.

Le document est disponible en téléchargement gratuit sur www.journalofwoundcare.com ou www.ewma.org

Fi. 8 Choix des techniques: Avantages et inconvénients liés à diverses techniques

