

Triangle de l'évaluation des plaies **made easy**



© Wounds International | Mai 2015 www.woundsinternational.com

Introduction

L'évaluation d'une plaie est un acte essentiel pour étayer la sélection d'options thérapeutiques adéquates pour atteindre des objectifs cliniques, par ex. : la cicatrisation des plaies et l'amélioration du bien-être du patient. Ce Made Easy décrit une nouvelle approche de l'évaluation des plaies qui encourage les praticiens à ne pas se contenter d'examiner les berges d'une plaie, mais à examiner également la peau péri-lésionnelle lors de l'évaluation de routine et de la prise en charge, grâce à la nouvelle méthode appelée le triangle de l'évaluation des plaies.

Auteurs : Dowsett C (R-U), Protz K (Allemagne), Drouard M (France), Harding KG (R-U). Plus d'informations sur les auteurs en page 6.

Importance de l'évaluation des plaies

L'évaluation des plaies peut être définie comme l'ensemble des informations recueillies grâce à l'observation, à l'interrogatoire, à l'examen physique et aux investigations cliniques, pour élaborer le plan de prise en charge¹. Elle peut également servir de base au suivi de la plaie, de l'efficacité des stratégies thérapeutiques au fil du temps, et des répercussions sur le bien-être du patient.

Les concepts liés à la préparation du lit de la plaie et le cadre « TIME » ont été élaborés pour contribuer à la prise de décision en reliant les résultats de l'évaluation aux actions cliniques^{2,3}. Depuis lors, un certain nombre d'outils d'évaluation des plaies ont été mis au point à partir des principes de la préparation du lit de la plaie⁴.

A-t-on besoin d'une nouvelle approche de l'évaluation des plaies ?

Une étude anthropologique d'envergure mondiale a été menée, en 2013-2014, afin de mieux comprendre l'impact d'une plaie sur un patient et d'étudier de façon approfondie les pratiques de prise en charge quotidienne des plaies⁵. Cette étude a permis de découvrir, et cela est capital, que les praticiens divisent les plaies en trois zones (ou axes) distinctes mais interconnectées : le lit de la plaie, les berges de la plaie et la peau péri-lésionnelle. Bien que le lit de la plaie ait été considéré comme la zone la plus étroitement surveillée, l'étude a révélé que les professionnels de santé, tout comme les patients, considèrent la prise en charge de la peau péri-lésionnelle comme faisant partie intégrante de la cicatrisation de la plaie⁵.

La littérature confirme que les problèmes touchant la peau Péri-lésionnelle sont courants. Une étude menée par cinq Trusts [groupements d'établissements médicaux] affiliés à la NHS [équivalent anglais de la Sécurité Sociale] (n = 4772) a révélé que chez 70 % des patients, la peau entourant la plaie pouvait être caractérisée comme sèche, macérée, excoriée ou enflammée⁶, et une publication récente indiquait que, selon le niveau d'exsudation, 60 à 76 % des plaies (n = 958) étaient entourées d'une peau péri-

lésionnelle présentant un problème ou en mauvais état⁷. Étant donné qu'une peau péri-lésionnelle en mauvais état constitue un problème non négligeable en cas de plaie chronique, une étude plus approfondie de l'évaluation de la peau péri-lésionnelle et de sa pertinence par rapport à la progression de la plaie doit être envisagée dans le cadre du paradigme que constitue la cicatrisation de la plaie.

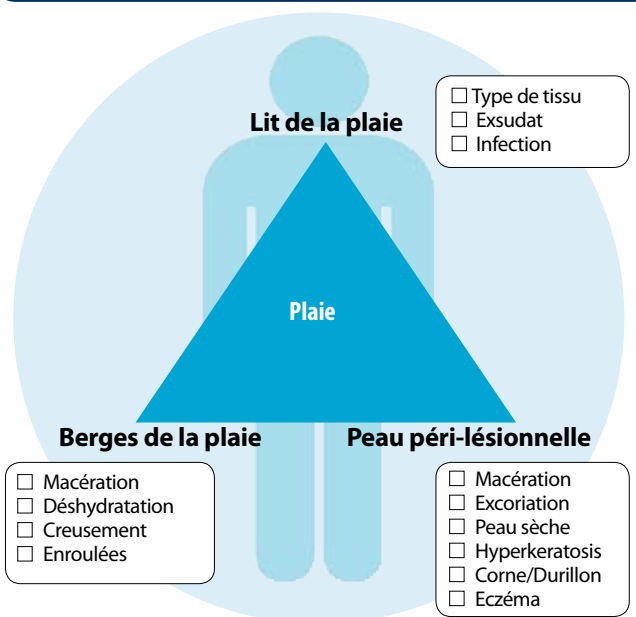
La zone péri-lésionnelle était jusqu'ici définie comme la surface de peau qui s'étend à 4 cm maximum des berges de la plaie⁸ ; mais, étant donné que certaines lésions inhérentes à la plaie peuvent s'étendre, toute surface de peau couverte par le pansement est susceptible de se dégrader et doit donc être prise en compte lors de toute évaluation. Parmi les problèmes fréquents inhérents à la zone péri-lésionnelle, on trouve : la macération, l'excoriation, la sécheresse (fragilité) cutanée, l'hyperkératose et l'eczéma.

Les outils actuels offrent une approche standardisée de l'évaluation de la plaie, mais ils se concentrent sur la plaie elle-même et utilisent des paramètres descriptifs limités pour décrire la zone péri-lésionnelle⁴. Nous devons disposer d'un outil convivial d'évaluation de la plaie, intégrant totalement l'évaluation de la zone péri-lésionnelle dans le paradigme que constitue la cicatrisation de la plaie^{5,9}.

Le triangle de l'évaluation des plaies

Grâce au nouvel outil que constitue le triangle de l'évaluation des plaies, les concepts actuels de préparation de la plaie et le cadre « TIME » sont étendus afin d'englober les berges de la plaie⁵. Cet outil divise l'évaluation de la plaie en trois zones : le lit de la plaie, les berges de la plaie, et la peau péri-lésionnelle. Il doit être utilisé dans le cadre d'une évaluation globale intégrant le patient, les soignants et la famille (Figure 1).

Figure 1 | Le triangle de l'évaluation des plaies. D'après⁵



Triangle de l'évaluation des plaies

made easy



Utilisation du triangle de l'évaluation des plaies

Le triangle de l'évaluation des plaies définit trois zones (ou axes)⁵, distinctes, mais interconnectées, impliquant différentes approches :

- **Le lit de la plaie : rechercher des signes évoquant un tissu de granulation, tout en veillant à retirer les tissus morts ou dévitalisés, gérer le niveau d'exsudation et réduire la biocharge de la plaie.**
- **Les berges de la plaie : réduire les obstacles empêchant la cicatrisation en réduisant le creusement de l'espace mort, débrider les berges épaissies ou enroulées, et améliorer la gestion des exsudats pour minimiser les risques de macération.**
- **La peau péri-lésionnelle : réhydrater la peau sèche et éviter l'exposition aux exsudats/à l'humidité pour limiter les risques de lésions.**

Les figures 2 à 4 montrent de quelle façon le triangle de l'évaluation des plaies peut être mis en pratique ; les recommandations en matière de documentation et d'objectifs thérapeutiques (Figure 5) permettant d'orienter la prise de décisions cliniques. Le triangle de l'évaluation des plaies doit être utilisé dans le cadre d'une évaluation globale du patient.

Réalisation d'une évaluation globale

Une évaluation globale doit permettre d'obtenir une vue d'ensemble intégrant : l'état de santé du patient ; l'origine de la plaie ; son ancienneté et son statut ; et tout facteur susceptible d'empêcher la cicatrisation^{10,11}, notamment :

- **comorbidités, par ex. : diabète, pathologie cardiovasculaire, pathologie respiratoire, pathologie veineuse/artérielle, malignité**

Figure 2 | Utilisation du triangle de l'évaluation des plaies — Le lit de la plaie

Les mesures prises avant l'initiation du traitement, et à intervalles réguliers par la suite, pour déterminer la taille de la plaie (longueur, largeur ou surface et profondeur), son apparence et son emplacement permettront de disposer d'une base en vue du traitement et de surveiller toute réponse aux interventions^{12,13}. Les méthodes de mesure doivent être identiques à chaque fois pour pouvoir bénéficier d'une traçabilité des modifications sur une période donnée (par ex. : sur 7 à 14 jours)¹⁴. Les problèmes détectés au niveau du lit de la plaie peuvent s'étendre au-delà des berges de la plaie, vers la peau péri-lésionnelle (par ex. : macération, érythème, gonflement).

Indiquez la taille de la plaie : longueur ___ cm largeur ___ cm profondeur ___ cm
Indiquez l'emplacement de la plaie





Type de tissu	Exsudat	Infection
<p>Veillez cocher <input type="checkbox"/> toutes les mentions adéquates</p>		
<p>Veillez cocher <input type="checkbox"/> ___%</p> <p>Nécrotique </p> <p>Fibrineux </p> <p>Granulation </p> <p>Épithélialisation </p>	<p>Niveau</p> <p>Sec <input type="checkbox"/></p> <p>Bas <input type="checkbox"/></p> <p>Moyen <input type="checkbox"/></p> <p>Élevé <input type="checkbox"/></p> <p>Type</p> <p>Fin/aqueux <input type="checkbox"/></p> <p>Épais <input type="checkbox"/></p> <p>Opaque <input type="checkbox"/></p> <p>Purulent (jaune/marron/vert) <input type="checkbox"/></p> <p>Rose/rouge <input type="checkbox"/></p>	<p>Local</p> <p>↑ Douleur ou nouvelle crise <input type="checkbox"/></p> <p>Érythème <input type="checkbox"/></p> <p>Œdème <input type="checkbox"/></p> <p>Chaleur localisée <input type="checkbox"/></p> <p>↑ Exsudat <input type="checkbox"/></p> <p>Retard de cicatrisation <input type="checkbox"/></p> <p>Saignement/tissu de granulation friable <input type="checkbox"/></p> <p>Odeur nauséabonde <input type="checkbox"/></p> <p>Poche de pus <input type="checkbox"/></p> <p>En cours de développement/systémique</p> <p>Comme pour le local, plus :</p> <p>↑ Érythème <input type="checkbox"/></p> <p>Pyrexie <input type="checkbox"/></p> <p>Abcès/pus <input type="checkbox"/></p> <p>Dégradation de la plaie <input type="checkbox"/></p> <p>Cellulite <input type="checkbox"/></p> <p>Malaise général <input type="checkbox"/></p> <p>Augmentation de la numération leucocytaire <input type="checkbox"/></p> <p>Lymphangite <input type="checkbox"/></p>
<p>Indiquez les types de tissus et le % de tissu visible dans le lit de la plaie</p>	<p>Indiquez le niveau et le type (par ex. : consistance et couleur)</p>	<p>Indiquez les signes et symptômes. Ils peuvent être liés à l'étiologie</p>
<p>Objectif : retirer les tissus non viables (par ex. : réduire les risques d'infection) Protéger et favoriser la croissance de nouveaux tissus</p>	<p>Objectif : traiter la cause (par ex. : compression) et gérer l'humidification optimale (sauf en cas de gangrène sèche)</p>	<p>Objectif : identifier l'infection Prise en charge de la biocharge pour traiter l'infection/contrôler les odeurs</p>

Figure 3 | Utilisation du triangle de l'évaluation des plaies — Les berges de la plaie

Lors de la cicatrisation, les cellules épithéliales migrent dans le lit de la plaie pour couvrir la surface de la lésion (épithélialisation). Pour que cette migration soit possible, les berges de la plaie doivent être humidifiées, intactes, en contact et alignées avec la base de la plaie¹. L'évaluation des berges (ou bords) de la plaie procure des informations sur l'étiologie de la plaie, sur la progression de la cicatrisation, et indique si le plan de prise en charge actuel est efficace¹⁵. Parmi les problèmes courants, on trouve :

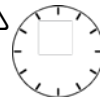
Macération

Déshydratation

Creusement

Berges enroulées

Veillez cocher toutes les mentions adéquates



ampleur _____ cm



Évaluez le niveau d'humidification des berges de la plaie

Appliquez-vous à définir les causes et à apporter des modifications
Répondez aux inquiétudes du patient
Faites appel à un spécialiste

Évaluez le niveau d'humidification des berges de la plaie

Appliquez-vous à définir les causes et à apporter des modifications (par ex. : réhydratez)
Faites appel à un spécialiste

Utilisez le format « cadran d'horloge » pour consigner les positions
Enregistrez l'ampleur du creusement

Appliquez-vous à réduire l'ampleur du creusement/ permettre aux berges de se rejoindre (par ex. : stimulez la granulation)

Évaluez la quantité d'enroulement (peut être associé à l'épaississement)

Appliquez-vous à replacer les berges de la plaie dans des conditions qui permettront la progression de l'épithélialisation

- médicaments, par ex. : corticostéroïdes, anticoagulants, immunosuppresseurs, chimiothérapie, anti-inflammatoires non stéroïdiens
- infection systémique ou locale (par ex. : ostéomyélite)
- oxygénation et perfusion restreintes des tissus
- grand âge
- douleurs
- nutrition et hydratation insuffisantes
- mode de vie, par ex. : tabagisme et consommation excessive d'alcool
- obésité.

Par ailleurs, il est crucial de comprendre dans quelle mesure la plaie affecte la vie quotidienne du patient (par ex. : douleurs ressenties entre et pendant les changements de pansements, troubles du sommeil, épanchements d'exsudats et odeurs nauséabondes.)

Certains types de plaies peuvent impliquer des recherches complémentaires, par ex. : il faudra déterminer l'ITB des patients présentant des ulcères (veineux ou artériels) au niveau de la jambe¹⁶. Cependant, diagnostiquer une plaie infectée reste un acte médical. Les analyses microbiologiques ne doivent pas être utilisées de façon systématique, mais si besoin est, car les biopsies de la plaie apportent des informations plus précises¹⁷. Les signes

et symptômes évocateurs d'une plaie infectée peuvent varier en fonction du type de plaie ; ainsi, un patient diabétique présentant une neuropathie et un ulcère du pied diabétique ne ressentira pas forcément une douleur¹⁸.

Lors d'une évaluation, il est crucial que le praticien reconnaisse les limites de ses connaissances et adresse le patient à un spécialiste. Les praticiens les moins expérimentés en la matière peuvent adresser le patient à un confrère plus expérimenté, dans la foulée de la première consultation¹⁹.

Élaboration d'un plan de prise en charge

La clef d'une prise en charge réussie d'une plaie réside dans une évaluation précise et rapide de chaque individu. Une fois l'évaluation terminée, un plan de prise en charge adéquat peut être élaboré. Les patients doivent participer à la définition des objectifs thérapeutiques, de sorte que leurs inquiétudes et leurs priorités soient identifiées et prises en compte.

Bien souvent, l'objectif principal est la cicatrisation de la plaie²⁰, mais cela peut s'avérer inadéquat dans certains cas ; ainsi, dans le cadre des soins palliatifs²¹, l'objectif peut consister à apporter du confort et à contrôler les exsudats et les odeurs.

Figure 4 | Utilisation du triangle de l'évaluation des plaies — La peau péri-lésionnelle

Les problèmes liés à la peau péri-lésionnelle (c.-à-d. la surface de peau située à moins de 4 cm des berges de la plaie, ainsi que toute surface de peau située sous le pansement) sont courants et peuvent retarder la cicatrisation, provoquer des douleurs et des gênes, élargir la plaie, et avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie du patient^{6,7,22}. La quantité d'exsudat est un facteur def de l'accroissement des risques de dommages au niveau de la peau péri-lésionnelle. Une exposition accrue à l'humidité réduit le rôle de barrière de la peau et accroît les risques de dégradation et de macération de la peau. Cela rend les patients plus sujet aux dermatites de contact²³. L'érythème et le gonflement peuvent également évoquer une infection qui devra être traitée conformément aux protocoles locaux. Outre la peau péri-lésionnelle, il faudra, chez les patients présentant des plaies, évaluer les problèmes cutanés d'ordre général.







Macération	Excoriation	Peau sèche	Hyperkératose	Corne/Durillon	Eczéma
Veillez cocher <input type="checkbox"/> toutes les mentions adéquates					
					
<input type="checkbox"/> __ __ cm	<input type="checkbox"/> __ __ cm	<input type="checkbox"/> __ __ cm	<input type="checkbox"/> __ __ cm	<input type="checkbox"/> __ __ cm	<input type="checkbox"/> __ __ cm
Évaluez la peau péri-lésionnelle et enregistrez l'ampleur de tout autre problème, par ex. situé à une distance < 1–4 cm des berges de la plaie					
Appliquez-vous à protéger la zone péri-lésionnelle et à garder la peau propre, en bon état. Définissez les causes et apportez des modifications, par ex. : minimisez les contacts avec l'humidité ou réhydratez la peau péri-lésionnelle		Appliquez-vous à retirer les plaques de peau durcie dues à l'hyperkératose et réhydratez		Appliquez-vous à retirer la corne/les durillons et déchargez pour éviter toute récidence	
				Appliquez-vous à atténuer les symptômes et à éviter les allergènes	

Figure 5 | Utilisation du triangle de l'évaluation des plaies — Élaboration d'un plan de prise en charge

L'évaluation précise et rapide de la plaie est importante pour garantir un diagnostic correct et élaborer un plan de soins permettant de résoudre les problèmes liés au patient, à la plaie et à la peau, susceptibles d'entraver la cicatrisation.

Déterminez l'objectif thérapeutique, par ex. : 100 % de tissu de granulation/plaie cicatrisée à 100 %. **En l'absence de signes d'amélioration dans un délai de 2 à 4 semaines, revoyez le plan thérapeutique/adressez-vous à un spécialiste**

Lit de la plaie

La plaie est...

- En train de se détériorer
- Dans le même état
- En voie d'amélioration
- Première consultation ?

Berges de la plaie **Peau péri-lésionnelle**

- Retirez les tissus non viables (débridement)
- Prenez en charge les exsudats (par ex. : optez pour un traitement des causes — compression/pansement adéquat)
- Prenez en charge la charge bactérienne (par ex. : antimicrobiens)
- Réhydratez le lit de la plaie (par ex. : hydrogel)
- Protégez les tissus de granulation/épithéliaux (par ex. : pansement non adhésif)

- Prenez en charge les exsudats (par ex. : optez pour un traitement des causes — compression/pansement adéquat)
- Réhydratez les berges de la plaie (par ex. : crème faisant office de barrière)
- Retirez les tissus non viables (débridement)
- Protégez les tissus de granulation/épithéliaux (par ex. : pansement non adhésif)

- Prenez en charge les exsudats (par ex. : optez pour un traitement des causes — compression/pansement adéquat)
- Protégez la peau (par ex. : produit faisant office de barrière/pansements non traumatiques, pas d'allergènes)
- Réhydratez la peau (par ex. : émoullissants)
- Retirez les tissus non viables (débridement)

Définition d'objectifs thérapeutiques

Chez la majorité des patients, les options thérapeutiques doivent permettre de corriger les causes sous-jacentes (par ex. : compression pour traiter les pathologies veineuses sous-jacentes, et décharge/ atténuation de la pression pour la prise en charge des ulcères du pied diabétique et des escarres) et de prendre en charge l'environnement local de la plaie pour favoriser sa cicatrisation.

Les objectifs thérapeutiques pourraient être les suivants :

- **protéger le tissu de granulation/le tissu épithélial**²⁴
- **débridement des tissus non viables (par ex. : nécrose sèche et humide) pour réduire les risques d'infection**^{25,26}
- **gérer l'humidification optimale (réhydratation ou réduction des niveaux d'exsudat pour créer un environnement humide autour de la plaie en utilisant, par exemple, un pansement adéquat)**^{27,28}. Sauf en cas de gangrène sèche ; là, l'objectif est de garder la lésion au sec, hors humidité.
- **réduire la biocharge de la plaie/ gérer l'infection (par ex. : un traitement topique antimicrobien — notamment à l'aide d'antiseptiques — peut être utilisé pour les infections locales et associé à une antibiothérapie en cas d'infection croissante ou systémique)**^{17,29}
- **protéger la peau environnante (par ex. : réduire les risques de macération due à l'humidification excessive ou réhydrater la peau sèche)**^{30,31}
- **accroître le bien-être du patient (par ex. : atténuer la douleur et minimiser l'odeur qui se dégage de la plaie)**^{32,33}.

Au fil de la cicatrisation de la plaie, les objectifs thérapeutiques se modifient. Il est important de définir, par rapport à ces objectifs, à quelle fréquence les pansements doivent être changés, et d'indiquer de façon étayée pourquoi ils doivent être changés (par ex. : niveau d'exsudation, durée de port attendue). La plaie doit être réévaluée à chaque changement de pansement, le traitement actuel devant lui aussi être réévalué

pour s'assurer qu'il reste efficace. Ainsi, la production d'exsudats baisse généralement au fur et à mesure que la plaie cicatrise. Toute modification de la couleur ou de la consistance des exsudats, toute augmentation de leur odeur ou de leur niveau de production, doit impliquer un examen dans la foulée et une réévaluation du plan de prise en charge⁹.

Comment étayer l'évaluation de la plaie ?

Les tableaux d'évaluation formelle de la plaie sont utiles pour s'assurer que toutes les zones pertinentes soient examinées pendant l'évaluation, et pour servir de guide quant à ce qu'il convient d'étayer.

Toutes les observations et évaluations (notamment les clichés), le plan de prise en charge, la justification, ainsi que le calendrier de réévaluation doivent être étayés pour contribuer au suivi et faciliter la communication entre soignants^{34,35}. Pour plus de clarté, des termes et un langage connus et compris de tous doivent être utilisés.

Implication du patient dans l'évaluation de la plaie

Les patients présentant des plaies peuvent se sentir dépossédés de tout contrôle sur leur prise en charge³⁶. Lors du processus d'évaluation, la recherche et l'inclusion des expériences vécues par le patient et de ses priorités, puis les échanges lors de la prise de décision ultérieure constituent des modalités non négligeables de responsabilisation des patients³⁷.

Outre l'amélioration de la qualité de la relation entre le patient et les professionnels de santé, une telle responsabilisation devrait normalement entraîner une amélioration des résultats, tout en accentuant la corrélation entre les interventions thérapeutiques et en encourageant la surveillance et la prise en charge par le patient lui-même³¹.

L'évaluation quantitative réalisée lors de la récente étude anthropologique⁵ a confirmé que la majorité des patients (ainsi que leur famille) de l'étude étaient activement impliqués dans le traitement de leur plaie ; 64 % des patients se percevant (à titre

individuel, ou par l'intermédiaire de leur famille) comme le plus important facteur d'aide dans le cadre des soins inhérents à leur plaie. Plus de 90 % des patients souhaitaient en savoir plus sur leur plaie et sur son traitement, et recherchaient des informations à partir d'une ou plusieurs source(s).

Le triangle de l'évaluation des plaies est un outil simple qui peut être utilisé pour accentuer l'implication des patients dans la prise en charge de leur plaie. Les informations transmises aux patients doivent être formulées dans un langage facilement compréhensible. Les documents écrits peuvent avantageusement compléter les informations fournies verbalement^{38,39}. Comprendre le triangle de l'évaluation des plaies permettra aux patients de pouvoir reconnaître les signes indiquant une évolution positive, ou la nécessité d'une réévaluation ou d'une intervention ultérieure.

Avantages inhérents à l'utilisation du triangle de l'évaluation des plaies

Le triangle de l'évaluation des plaies doit fournir un cadre facile d'utilisation et susceptible d'être totalement intégré à une évaluation globale du patient. Les trois zones du triangle étant extrêmement simples à mémoriser, le patient va de lui-même s'impliquer et s'appliquer à prendre en charge sa plaie.

L'élaboration d'un outil intuitif d'évaluation de la plaie, au-delà de ses berges, peut être péri-lésionnelle comprise ; accroît les possibilités de prises de décisions plus adéquates. Cet outil fait progresser la pratique en facilitant la détection précoce des patients risquant d'être confrontés à des problèmes périlésionnels, et la mise en œuvre de stratégies préventives et thérapeutiques adéquates. Ainsi, cet outil entraîne une évolution naturelle des modes de pensée actuels, et il se base sur une recherche anthropologique récente⁵ ayant permis de montrer que l'intégration de la zone péri-lésionnelle lors de l'évaluation de la plaie est :

- **importante pour le patient**
- **importante pour le praticien**
- **importante en vue de la cicatrisation**
- **importante en vue d'une issue favorable au patient.**

Bibliographie

1. Nix D. Skin and wound inspection and assessment. In: Bryant RA, Nix DP (eds). *Acute and chronic wounds*. Missouri, USA: Elsevier Mosby, 2012.
2. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regen* 2000; 8(5): 347–52.
3. Schultz G, Sibbald G, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 2003; 11: 1–28.
4. Greatrex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *Int Wound J* 2013; doi: 10.1111/iwj.12100.
5. Dowsett C, Gronemann M, Harding K. Taking wound assessment beyond the wound edge. *Wounds International* 2015; 6(1): 6–10.
6. Ousey K, Stephenson J, Barrett S, et al. Wound care in five English NHS Trusts: results of a survey. *Wounds UK* 2013; 9(4): 20–8.
7. Cartier H, Barrett S, Campbell K, et al. Wound management with the Biatain Silicone foam dressing: a multicentre product evaluation. *Wounds International* 2014; 10(4): 26–30.
8. Ferretti DE, Harkins SM. Assessment of periwound skin. In: Milne CT, Corbett LQ, Dubuc DL (eds). *Wound Ostomy, and Continence Nursing Secrets*. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus Inc; 2003: 45–8.
9. Brown A, Flanagan M. Assessing skin integrity. In: Flanagan M (ed). *Wound healing and skin integrity. Principles and Practice*. Wiley-Blackwell, 2013: 52–65.
10. Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. *J Am Coll Clin Wound Specialists* 2012; 4(4): 84–91.
11. Guo S, DiPietro LA. Factors affecting wound healing. *J Dent Res* 2010; 89(3): 219–29.
12. Gethin G. The importance of continuous wound measuring. *Wounds UK* 2006; 2(2): 60–8.
13. Langemo D, Anderson J, Hanson D, et al. Measuring wound length, width and area: which technique? *Adv Skin Wound Care* 2008; 21(1): 42–7.
14. Baranoski S, Ayello EA, Langemo DK. Wound assessment. In: Baranoski S, Ayello EA (eds). *Wound care essentials: practice principles*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2012: 101–25.
15. Leaper D, Schultz G, Carville K, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *Int Wound J* 2012; 9(Suppl. 2): 1–19.
16. RCN Clinical Guidelines. *Management of patients with venous leg ulcers. Audit protocol*, 2000. Available from: <http://bit.ly/117usyt>
17. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Principles of best practice: wound infection in clinical practice. An international consensus*. London: MEP Ltd, 2008. Available from: www.woundsinternational.com
18. Cutting K, White R, Mahoney P. Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In: European Wound Management Association (EWMA) *Position Document. Identifying criteria for wound infection*. MEP: London, 2005.
19. Eagle M. Wound assessment: the patient and the wound. *Wound Essentials* 2009; 4: 14–24.
20. Grey JE, Enoch S, Harding KG. Wound assessment. In: Grey JE, Harding KG (eds). *ABC of Wound Healing*. Blackwell Publishing, 2006: 1–4.
21. McManus J. Principles of skin and wound care: the palliative approach. *End of Life Care* 2007; 1(1): 8–19.
22. Lawton S, Langøen A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. *World Wide Wounds* 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
23. Cameron J. Exudate and the care of the periwound skin. *Nursing Standard* 2004; 19(7): 62–8.
24. Dowsett C, Newton H. Wound bed preparation: TIME in practice. *Wounds UK* 2005; 1(3): 58–70.
25. Strohal R, Apelqvist J, Dissemond J et al. *EWMA Document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement*. MA Publishing, 2014.
26. Wounds UK. *Debridement in a changing NHS. A consensus document*. Wounds UK, 2014. Available from www.wounds-uk.com
27. Romanelli M, Vowden K, Weir D. Exudate Management Made Easy. *Wounds International* 2010; 1(2): Available from: www.woundsinternational.com
28. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Principles of best practice: wound exudate and the role of dressings. A consensus document*. London: MEP Ltd, 2007. Available from: www.woundsinternational.com
29. Swanson T, Grothier L, Schultz G. Wound infection made easy. *Wounds International* 2014. Available from: www.woundsinternational.com
30. Langøen A, Lawton S. Dermatological problems and periwound skin. *World Wide Wounds* 2009. Available from: www.worldwidewounds.com
31. Bianchi J. Protecting the integrity of the periwound skin. *Wound Essentials* 2012; 1: 58–64.
32. Wounds International. *Optimising well being in people living with a wound. An international consensus*. London: Wounds International, 2012. Available from: www.woundsinternational.com
33. European Wound Management Association (EWMA). *Position Document: Pain at wound dressing changes*. London: MEP Ltd, 2002.
34. Ousey K, Cook L. Wound assessment made easy. *Wounds UK* 2012; 8(2). Available from www.wounds-uk.com/made-easy
35. Bradshaw LM, Gergar ME, Holko GA. Collaboration in wound photography competency development: a unique approach. *Adv Skin Wound Care* 2011; 24: 85–92.
36. de Jesus Pereira MT, Salome GM, Openheimer DG, et al. Feelings of powerlessness in patients with diabetic foot ulcers. *Wounds* 2014; 26(6): 172–7.
37. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns* 2007; 66(1): 13–20.
38. Bastable SB. *Essentials of Patient Education*. Jones and Bartlett, 2004.
39. Protz K, Verheyen-Cronau I, Heyer K. Use of comprehensive brochures supporting patient education in MRSA, compression therapy and wound knowledge. *Pflegewissenschaft* 2013; 15(12): 658–78.

Auteurs

Dowsett C¹, Protz K², Drouard M³, Harding KG⁴.

1. Infirmière, spécialiste en viabilité des tissus - East London NHS Foundation Trust/Tissue Viability Service, The Centre Manor Park, London - R-U
2. Infirmière / Responsable de Projet - Recherche sur les plaies - Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing, University Medical Centre, Hamburg - Allemagne
3. Dermatologue - Hôpital Huriez, Lille - France
4. Doyen de l'université de Cardiff et Directeur médical, Welsh Wound Innovation Centre, Pays de Galles - R-U

Titulaires d'une subvention attribuée par Coloplast pour l'enseignement. Les opinions exprimées dans le présent Made Easy ne reflètent pas nécessairement celles de Coloplast.

Résumé

Un nouvelle approche de l'évaluation des plaies a été mise au point suite à une étude indiquant que les professionnels de santé considèrent qu'une plaie est divisée en trois zones (ou axes) distinctes. Ces trois zones sont : le lit de la plaie, les berges de la plaie et la peau péri-lésionnelle ; elles forment le triangle de l'évaluation des plaies. L'utilisation de l'outil lors d'une évaluation globale va contribuer à ce que les professionnels de santé ne se contentent pas d'examiner la plaie seule ; ce qui s'est avéré crucial tant pour les résultats cliniques que ceux liés au patient.