GREFFE DE PEAU & SITE DONNEUR

Complément du

PROTOCOLE DE SOIN DES PLAIES MSF-OCB

Médecins Sans Frontières
2018

GREFFE DE PEAU & SITE DONNEUR _v1.2

Complément du
Protocole de soin des plaies MSF-OCB

DÉPARTEMENT MÉDICAL – OCB / JUILLET 2018

AUTEURS
Andrea Marelli – Référent Soins Infirmiers Nursing Care OCB
Karolien D'Hollander – MIO Soins Infirmiers OCB

COLLABORATEUR
Erika Wagner – Infirmière Soins des Plaies

RÉSUMÉ

Ce protocole a pour objectif de guider le soin des greffes de peau et des sites donneur rencontrées sur le terrain, en cohérence avec le protocole général de soins de plaies MSF. Cela permettra de faciliter la prise en charge des soins de plaies pour le staff paramédical, infirmiers et aide soignants mais également pour les médecins, à condition que le matériel soit disponible.

Toutes les recommandations par rapport aux techniques générales de soins de plaies (p.ex. : technique aseptique, soins pré et post procédure incluant le traitement de la douleur, la prévention et le contrôle des infections, aspect organisationnel de la procédure, …) sont disponibles dans « Protocole de soins de plaies OCB, 2018 ».

Table des matières

Table des matières **4**
Synthèse du protocole de soins des plaies **6**
Étape 1 – ÉVALUATION : facteurs qui influencent la cicatrisation et gestion de la douleur 6
Étape 2 – OBSERVATION & ACTION : évaluation TIME, nettoyage et désinfection (si nécessaire) 6
Étape 3 – CHOIX DU PANSEMENT : hydrater/ absorber et protéger la plaie 7
Approche holistique 7
Les facteurs qui influencent la cicatrisation 7
Introduction aux soins de la greffe de peau et du site donneur **8**
Définitions 8
Indications 8
Quelques concepts importants 8
« Prise » d'une greffe de peau 11
CHAPITRE 1 – Soin des plaies : greffe de peau **12**
Premier changement de pansement 12
Pansements suivants 13
Et si la « prise » de la greffe est inférieure à 100 % ? 15
Suivi 15
Quand contacter le médecin ? 15
CHAPITRE 2 – Soins de plaies : site donneur **16**
Pansement en salle d'opération 16
Premier pansement 17
Pansements suivants 17
Quand appeler un docteur ? 17
CHAPITRE 3 – Éducation du patient **18**
Greffe de peau 18
Site donneur 18
CHAPITRE 4 – Synthèse des soins de greffe de peau et des sites donneurs. **19**
Site receveur 19
Site donneur 20
BIBLIOGRAPHIE **21**

Liste des abréviations

FTG	Greffe de peau totale (en anglaise : Full thickness graft)
PTG	Greffe de peau partielle (en anglaise : Partial thickness graft)
AINS	Anti inflammatoire non-stéroïdien
NaCl	Chlorure de sodium

Liste des icônes

Index du chapitre

Point d'attention

Action

Synthèse du protocole de soins des plaies

Les 3 étapes suivantes sont les mêmes pour tout type de plaie, quels que soient l'étiologie de la plaie, sa localisation, son caractère chronique ou aigu, etc…

Étape 1 – ÉVALUATION : facteurs qui influencent la cicatrisation et gestion de la douleur

La plaie ne doit pas être traitée de manière isolée mais dans le contexte du bien-être général du patient. Avant de décider de toute action au niveau d'une plaie, des produits et du matériel à utiliser, le clinicien doit procéder à une évaluation holistique du patient et documenter cette évaluation. Pour obtenir des conditions de cicatrisation optimales, les comorbidités et les maladies sous-jacentes doivent être traitées en même temps que la plaie.
Avant de procéder aux soins de plaies à proprement parler, il faut procéder à une évaluation de la douleur et administrer des antalgiques. Une gestion correcte de la douleur peut améliorer l'état du patient et également faciliter et accélérer le processus de cicatrisation.

Étape 2 – OBSERVATION & ACTION : évaluation TIME, nettoyage et désinfection (si nécessaire)

	TIME
T	Tissu viable
I	Infection (prévention & traitement)
M	Maintien de l'humidité
E	Épithélialisation à partir des berges

Le nettoyage de la plaie peut se faire de manière mécanique ou par irrigation ; uniquement avec NaCl 0,9 % ou également avec du savon antiseptique. Les indications de chacun de ces produits sont décrites dans le protocole.

La désinfection n'est indiquée que dans le cas des plaies non cicatrisantes, des plaies présentant des signes d'infection ou avec un risque accru d'infection et également lorsque des facteurs influents spécifiques sont identifiés.

	Action
T	C'est le type de tissu qui détermine s'il faut **débrider ou protéger**
I	Les observations rassemblées dans le cadre du 'I' détermineront **s'il faut ou non utiliser un antiseptique**
M	L'équilibre humide déterminera s'il faut **hydrater, conserver ou absorber** l'exsudat
E	Il faut toujours **protéger** les berges de la plaie et la peau péri lésionnelle

Étape 3 – CHOIX DU PANSEMENT : hydrater/ absorber et protéger la plaie

Le pansement doit apporter une protection mécanique à la plaie, être imperméable aux micro-organismes et son retrait ne doit pas provoquer de douleurs ou de traumatismes.

Il doit aussi respecter le principe de la cicatrisation humide en apportant une humidification supplémentaire quand la plaie est trop sèche, en maintenant un bon niveau d'humidité quand la plaie est modérément humide et en absorbant l'exsudat quand la plaie est trop mouillée.

Approche holistique

« *Vous devez traiter tout le patient et pas seulement le trou dans le patient* »

(Dowsett & Newton, 2005)

Le processus de cicatrisation est le résultat d'interactions complexes entre le patient, les facteurs liés à la plaie, le traitement instauré et les compétences/connaissances des professionnels des soins de santé. La gestion des plaies requiert donc une approche holistique.

Le présent protocole des soins des plaies met principalement l'accent sur les aspects liés aux plaies. Toutefois, les autres facteurs qui peuvent influencer la cicatrisation doivent également être pris en compte afin de s'assurer d'une cicatrisation optimale.

Les facteurs qui influencent la cicatrisation

Liés au patient	Pathologie, comorbidité, malnutrition, allergie, médicaments, aspects psychosociaux, douleur, résilience
Liés à la plaie	Type, taille (surface et profondeur), état du lit de la plaie, ischémie, œdème, infection, site anatomique, réponse au traitement
Liés au professionnel des soins de santé	Compétences, connaissances, soins multidisciplinaires (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, etc.), supervision
Liés aux ressources/ au traitement	Disponibilité du matériel, pertinence, efficacité
Liés à l'environnement	Hygiène, temps (froid ou chaud), l'humidité

Pour plus d'information concernant l'approche holistique et les détails de chaque facteur, vous pouvez consulter le ***Protocole de soins des plaies MSF-OCB***.

Introduction aux soins de la greffe de peau et du site donneur

Définitions
Indications
Quelques concepts importants

Définitions

La **greffe de peau** est une technique utilisée pour couvrir une plaie qui ne peut pas se fermer spontanément.

Un **greffon de peau** est une section de l'épiderme et du derme qui a été complètement séparée de sa vascularisation sur une partie du corps, le site donneur, avant d'être transplantée sur une plaie localisée dans une autre partie du corps, le site receveur.

Indications

- Couverture des plaies étendues, inadapté à la fermeture par suture ;
- Couverture des brûlures profondes de deuxième et des brûlures de troisième degré ;
- Couverture des plaies qui pourraient causer des problèmes physiques ou psychologiques au travers de la cicatrice.

Quelques concepts importants

Autogreffe

Le donneur et le receveur de la greffe de peau sont une seul et même personne. P.ex. : un greffon de peau est prélevé de la cuisse d'un patient avant d'être greffée sur une plaie au bas de sa jambe.

Greffe de peau partielle (PTG)

Il s'agit d'un prélèvement de l'épiderme et du derme sur une profondeur variable, en laissant suffisamment de derme dans le lit de la plaie pour permettre au site donneur de se réépithélialiser (***voir image 1***).

Les sites donneurs les plus courants pour ce type de greffe sont les cuisses, les fesses, le dos, les bras, les avant-bras et la paroi abdominale.

Plus le greffon est épais, moins il se contracte et plus sa couleur et sa texture seront proche de la peau normale. Cependant, le risque d'échec de la greffe et de la guérison du site donneur augmente avec l'épaisseur. D'autre part, les greffes plus minces « prendront » plus facilement, mais se contracteront et se déformeront plus facilement et auront un résultat fonctionnel et esthétique moins bon.

- ✓ Les **greffes de peau minces** sont utilisées pour les surfaces étendues et lorsque le développement d'une contracture ou la qualité de la couverture cutanée est moins importante.
- ✓ Les **greffes de peau semi-épaisse** sont utilisées lorsque la qualité de la peau est importante, p.ex. au niveau des plis de flexion où les contractures doivent être évitées.

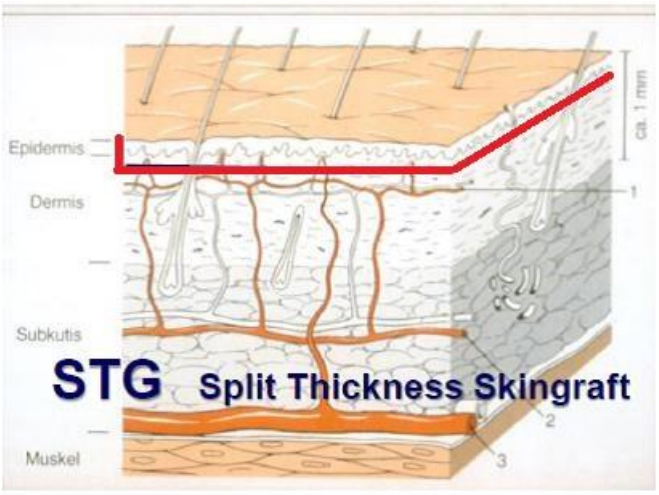

Image 1 – Greffe d'épaisseur partielle *(Monstrey, 2016)*

Greffes de peau pleine (greffes pas en filet)

La taille de la peau prélevée pour la greffe est similaire à celle de la plaie à recouvrir. La peau n'est donc pas étirée.

- ✓ Avantage :
  - Moins de cicatrices.
- ✓ Inconvénients :
  - Impossibilité de drainer le sang et l'exsudat de la plaie. Une accumulation de sang ou d'exsudat sous le greffon peut entraîner un échec ou une mauvaise « prise » de la greffe.

    Pour éviter cette situation, de petites incisions peuvent être faites dans le greffon (greffes de peau perforées non étirée).

    Une hémostase très précise au cours de l'opération et une vérification précoce du pansement au lendemain de l'intervention, sans le retirer, peuvent éviter les complications.
  - Besoin d'un site donneur plus grand que la greffe de peau en filet.
- ✓ Indications :
  - Pour les parties les plus visibles du corps (visage, cou et mains).
  - Lorsqu'une plaie est peu étendue et qu'il y a beaucoup de peau disponible à prélever, une greffe de peau complète peut être utilisé pour couvrir l'entièreté de la zone.

Greffe de peau en filet

La peau du site donneur peut être étirée manuellement ou à l'aide d'un ampli greffe mécanique (expanseur de greffe) pour lui permettre de couvrir une zone plus large. Plusieurs petites fenestrations (trous) sont réalisées dans le greffon à l'aide d'un scalpel ou d'un ampli greffe. La guérison survient lorsque les espaces entre les mailles du filet se remplissent d'une nouvelle peau (***voir image 2***).

- ✓ Avantages :
  - Cette technique est particulièrement utile lorsqu'il y a pas assez d'autogreffe pour complètement recouvrir la zone, p.ex. en cas de grandes plaies ou de brûlures.
  - Le sang et les autres liquides corporels peuvent drainer ce qui empêche le développement d'hématome ou de sérome (= accumulation de liquide séreux) qui entraîneraient la perte du greffon.

- ✓ Inconvénients :

  Moins durable qu'une greffe de peau pleine et plus le maillage est large, plus il y aura de cicatrices permanentes (la peau conserve une apparence en filet).

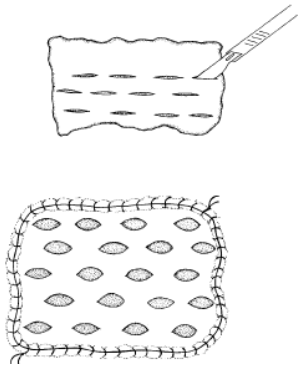

Image 2 – Scarification de la greffe *(MSF-OCB SAGE Unit, 2015)*

Greffe de peau totale (FTG)

Il se compose de l'épiderme et de l'entièreté du derme (***voir image 3***).

Comme il ne reste plus de derme réticulaire, la régénération spontanée de la peau est impossible et la plaie doit être suturée (fermeture primaire) ou une greffe de peau partielle sera nécessaire. Le chirurgien doit par conséquent choisir un site donneur où une petite zone elliptique de peau peut être excisée pour que la plaie puisse être fermée afin de laisser un minimum de cicatrices sans quoi une greffe de peau partielle sera nécessaire.

Les sites donneurs les plus courants pour les greffes de peau totale incluent les zones pré- et post-auriculaires (oreille), supra claviculaire et antécubitale (coude interne), la paupière supérieure, le cuir chevelu, l'aine et l'aréole.

- ✓ Avantages :
  - Une plus grande partie des caractéristiques originales de la peau sont préservées (notamment les glandes capillaires et sudoripares).
  - Les greffes de peau totale se contractent moins que les greffes de peau partielle. Elles offrent donc un bon résultat esthétique pour le visage ou pour couvrir une zone fonctionnelle sensible importante des mains, des doigts, du visage ou du cou.
- ✓ Inconvénients :
  - La « prise » de la greffe est plus difficile et les sites donneurs disponibles sont limités.

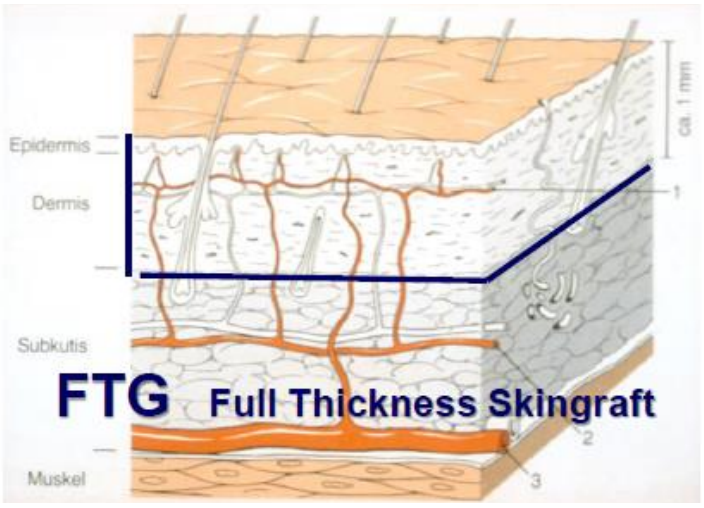

Image 1 – Greffe de peau totale *(Monstrey, 2016)*

« Prise » d'une greffe de peau

La « prise » d'une greffe fait référence à la bonne adhérence du greffon au site receveur. Cette prise dépend de l'adoption d'un nouvel apport sanguin provenant de cette région (***voir image 4***).

Pour qu'une greffe de peau adhère correctement au lit de la plaie, certaines conditions doivent être remplies :

- Une vascularisation suffisamment importante pour produire du tissu de granulation : une greffe ne « prendra » pas si le greffon n'est pas revascularisé par les tissus auxquels il est rattaché. Si un greffon est placé sur des tissus non ou peu vascularisés, la greffe échouera inévitablement.
- Le lit de la plaie doit être propre et exempt de tissu nécrotique ou fibrineux.
- La plaie ne doit pas être hémorragique ou suintante (sauf pour les ulcères de la jambe).
- Absence d'infection.
- Le greffon doit être maintenu en contact étroit avec le lit de la plaie et immobilisé (p.ex. à l'aide de sutures, d'agrafes, de clips et d'un pansement approprié).

Certains tissus ne peuvent recevoir de greffe de peau, notamment les zones avasculaires telles que le cartilage hyalin, un tendon sans gaine synoviale ou un os cortical sans périoste. Ces cas nécessiteront un lambeau pour la fermeture.

L'adhérence du greffon au lit de la plaie sera déterminée par sa couleur et son immobilité.

Image 2 – Processus de « prise » de greffe de peau : alimentation précoce de greffon par diffusion à partir du site receveur jusqu'à revascularisation en 5-10 jours, selon l'épaisseur du greffon *(Holden, 2015)*

CHAPITRE 1 – Soin des plaies : greffe de peau

N.B.

Ce document aborde le changement des pansements et le matériel de couverture et de fixation. ***Le nettoyage et la désinfection doivent toujours être effectués selon le protocole général de soin des plaies***.

Premier changement de pansement
Pansements suivants
Suivi
Quand appeler le médecin ?

L'objectif initial de la gestion de ce type de plaie est de **faciliter le processus de « prise » de la greffe** de peau.

Dès que le greffon est placé, un pansement légèrement compressif est appliqué* pour assurer un contact complet entre le greffon et le site de greffe et permettre ainsi une revascularisation du greffon.

* Une couche de tulle gras + compresse(s) absorbante(s)[1] dessus + fixation avec des bandages.

- ✓ Arrêter les médicaments qui augmentent le risque de saignement lors des 5 premiers jours pour éviter la formation d'hématome (et donc l'échec de la greffe).
- ✓ Donner les analgésiques adéquats pour éviter le risque d'augmentation de la tension artérielle à cause de la douleur.
- ✓ Considérer le risque de saignement en cas d'utilisation d'AINS (Ibuprofen, Diclofenac…).

Premier changement de pansement

Le premier changement de pansement d'une greffe de peau survient entre le 5e et 10e jour postopératoire (en accord avec les instructions du chirurgien).

L'idéal est de **ne pas toucher au greffon pendant les cinq à sept jours** suivant l'opération afin d'optimiser la « prise » de la greffe. Cependant, en cas d'indication clinique, l'inspection de la greffe peut se faire plus tôt.

Ce délai dépend du site de la plaie (douteuse vs bonne qualité), de l'épaisseur de la greffe, de l'immobilisation du greffon, du risque d'infection, de l'âge du patient et de l'existence d'une condition médicale sous-jacentes qui pourrait retarder la cicatrisation.

De plus, s'il existe une préoccupation d'infection ou si le pansement devient sale, mouillé ou trop lâché, il devra être changé aussi rapidement que possible.

[1] COMPRESSES NON TISSÉES, stérile (SDRECOMN10S**)** **ou** PANSEMENT ABSORBANT, (grand/moyen/petit), stérile (SDREABSD+++) **ou** les deux + BANDE.

Problèmes importants à envisager au cours des 5 à 7 premiers jours :

- Le site receveur doit être immobilisé avec des pansements appropriés.
- Le pansement doit être correctement fixé pour éviter que le greffon ne se sépare de la nouvelle vascularisation.
- Le pansement doit être vérifié au moins trois fois par jour et en cas de douleur.
- La mobilité des zones où la mobilité pourrait perturber la greffe doit être réduite (p.ex. : plâtre ou attelle).
- Des mesures pour empêcher le gonflement doivent être prises (p.ex. : élévation).
- Les pressions sur le site receveur doivent être évitées (p.ex. : empêcher le patient de s'allonger sur le site).
- En cas d'une greffe des membres inférieurs, les pieds du patient doivent être relevés du lit.

- Le premier examen est réalisé en présence du chirurgien en salle d'opération (greffe étendue ou complexe) ou au lit du patient (greffe plus petite ou simple).
- Donner un anti-douleur une heure avant l'examen. Si nécessaire, anesthésie peut être fournie.
- Retirer soigneusement les pansements sus-jacents à l'aide de deux pinces stériles ou de gants stériles : l'un maintient la greffe en appuyant délicatement sur le site du receveur et l'autre détache le pansement.
- Si le pansement adhère trop fortement à la greffe à cause du sang séché ou de l'exsudat, l'imbiber de NaCl 0,9 %.

La plaie est soigneusement recouverte d'une couche de tulle gras + une/des compresse(s) non tissée(s)/pansement absorbant + bandage.

Pansements suivants

Après 5 à 7 jours, la greffe devrait adhérée au site receveur. Cette durée n'est qu'une estimation car le moment auquel la revascularisation finale s'installe est variable.

Ce qu'il faut appliquer sur la greffe après les 5 à 10 premiers jours dépendra de la greffe elle-même.

La sélection des pansements primaires et secondaires dépend de la stabilité de la greffe, de la quantité d'exsudat et de la présence d'une infection.

La priorité reste l'adhérence et la vascularisation continue du greffon et soigner simultanément un greffon non viable ou des zones où le greffon n'a pas adhéré.

Les pansements sont refaits tous les 3 à 4 jours (ou selon l'avis du chirurgien) : les pansements sus-jacents sont soigneusement retirés et la plaie est recouverte d'une couche de tulle gras + une/des compresse(s) non tissée(s) / un pansement absorbant + bandage(s).

Une **manipulation prudente** peut réduire perturbation du greffon : utilisez une technique permettant de retirer le pansement du greffon sans le soulever du site receveur.

Si nécessaire, imbiber le pansement pour le retirer sans endommager le lit de la plaie.

Les greffes irrégulières avec (pertes de substance) ont besoin d'un pansement secondaire qui entre en contact avec la totalité de la surface du lit de la plaie en utilisant des compresses et en les peluchant au lieu de les aplatir en les déposant (***voir image 5***).

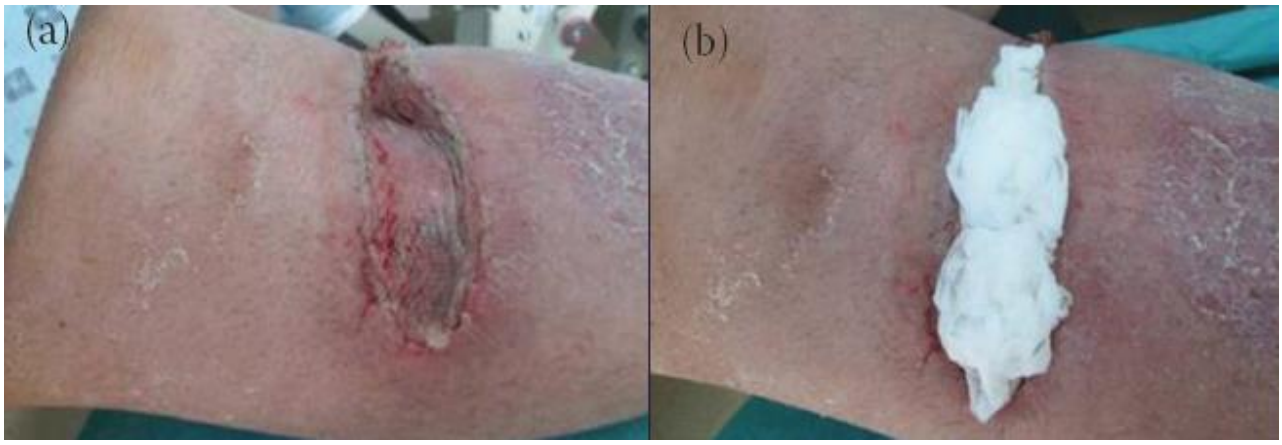

Image 3 – En cas de greffes irrégulières avec des pertes de substance (a), le pansement secondaire doit être en contact avec la totalité de la surface de la plaie en utilisant une compresse et en la peluchant ou en l'agglomérant au lieu de l'aplatir (b) *(Holden, 2015)*

Les **pansements secondaires** maintiennent le greffon en place et absorbent l'exsudat qui passe à travers le pansement primaire.

Une **bonne fixation** est importante !

- ✓ Tous les pansements doivent être correctement fixés pour éviter que les pansements primaire et secondaire ne glissent.
- ✓ Bandages au niveau des membres doivent être faits de l'une articulation à l'autre.
- ✓ En cas d'utilisation d'adhésifs, s'assurer qu'ils sont adéquats pour sécuriser le pansement.
- ✓ Avec l'accord du patient, épiler la partie du corps en cas d'utilisation d'adhésifs, car une mauvaise fixation risquerait de causer des frictions et une perte de greffon.

Après une semaine (7 à 10 jours) : enlever les agrafes/sutures et débris (en accord avec le chirurgien)

- ✓ Cela comprend les agrafes ou les points de suture (y compris ceux résorbables) utilisés pour ancrer la greffe car ils ne sont plus utiles.
- ✓ L'excédent de peau séché dépassant du lit receveur doit être retiré en le soulevant avec une pince stérile et en coupant le long des berges avec des ciseaux stériles (***voir image 6***).
- ✓ Sur le site de la greffe, il y aura de peau lâchée (décollée) et des débris qui se soulèveront spontanément en hydratant. Ils pourront être délicatement retirés à l'aide une pince stérile (***voir image 7***).

Image 4 – Le surplus de peau sèche qui dépasse doit être coupée *(Holden, 2015)*

Image 5 – La peau lâchée (décollée) et les débris doivent être retirés avec une pince *(Holden, 2015)*

Et si la « prise » de la greffe est inférieure à 100 % ?

Si la greffe de peau n'a que partiellement réussi à recouvrir une plaie, des pansements seront nécessaires pour favoriser l'épithélialisation de la plaie entière.

Dans ce cas, **suivre le PROTOCOLE GENERAL DE SOIN DES PLAIES !**

Suivi

Une fois que le site de la greffe a retrouvé son intégrité cutanée, il ne sera plus nécessaire de faire des pansements, à moins que ce soit dans une zone du corps susceptible de subir des contraintes mécaniques (p.ex. le frottement des vêtements).

Un massage régulier et doux avec un émollient pourra aider la greffe à devenir souple.

Quand contacter le médecin ?

- ✓ Accumulation de sang ou de sérum sous la greffe : l'accumulation de liquide empêchera les liaisons capillaires de s'installer correctement et l'échec de la greffe sera inévitable si ce problème n'est pas résolu.
- ✓ Lors de signes d'infection.

CHAPITRE 2 – Soins de plaies : site donneur

N.B.

Ce document aborde le changement des pansements et le matériel de couverture et de fixation. ***Le nettoyage et la désinfection doivent toujours être effectués selon le protocole général de soin des plaies***.

Pansement en salle d'opération
Premier pansement
Pansements suivants
Quand appeler le médecin ?

Prise en charge du site donneur lors d'une greffe de peau totale

Si directement fermé : gérer de la même manière que tout autre plaie chirurgicale cicatrisante en première intention.

Si fermé avec greffe de peau partielle : cf. supra

Prise en charge du site donneur lors d'une greffe de peau partielle

Les sites donneurs de greffe de peau partielle guérissent par (seconde intention), où la ré-épithélialisation se produit à partir des berges et des appendices épidermiques dans les couches restantes du derme. Par conséquent, plus on prélève dans l'épaisseur du derme, plus le temps de guérison est long.

Le délai de guérison devrait être compris entre 7 et 21 jours. Ce délai varie en fonction de l'épaisseur du greffon prélevé, des facteurs liés au patient et de la prise en charge de la plaie.

La plaie du site donneur risque d'être **plus douloureuse** que la plaie du site receveur en raison de l'exposition des terminaisons nerveuses.

Au cours des **3-4 premiers jours** qui suivent la chirurgie, la plaie du site donneur produit de l'exsudat de manière modérée à importante en fonction de la taille de la plaie. **Ensuite, le niveau d'exsudation diminue** à mesure que la ré-épithélialisation progresse.

Pansement en salle d'opération

Immédiatement après le prélèvement de la greffe de peau :

- ✓ L'hémostase doit être réalisée à l'aide de compresses imbibées d'adrénaline et sous pression (p.ex. épinéphrine diluée, 1 ml d'épinéphrine 1 :1000 dans 500 ml de NaCl 0,9%).
- ✓ Appliquer une couche de tulle gras, couverte par des compresses non tissées ou une compresse absorbante et fixer avec des bandages.

Premier pansement

- ✓ **Délai :** 5 – 10 jours postopératoire (même temps que pour le site receveur).
- ✓ **Exception** : plus tôt en cas de signes d'infection, de pansement souillé/mouillé…
- ✓ **Exsudat** :
  - + ou ++ : changer uniquement le pansement secondaire. Laisser le tulle gras en place.
  - +++ : changer le pansement secondaire et le tulle gras (seulement si ça se détache spontanément !).

Pansements suivants

- ✓ **Délai** : change le pansement secondaire s'il est souillé/mouillé.
- ✓ **Laissez le tulle gras en place. Le tulle gras se détache spontanément une fois la plaie guérie.**

Évitez les bandages pour fixer le pansement sur le site donneur de la cuisse. La forme des cuisses ne se prête pas au bandage circonférentiel.

Si les bandages sont appliqués en peropératoire, ils commenceront à glisser une fois que le patient aura commencé à se mobiliser.

Le retrait de ces bandages et la fixation du pansement à l'aide de rubans adhésifs peuvent empêcher le glissement causé par les pansements épais et la gravité une fois que le patient se mobilise.

Surplus de greffe du site donneur : si le chirurgien a un surplus de peau une fois le site receveur recouvert, il peut être appliqué sur le site donneur original.

Prend les sites donneurs surgreffés en charge en tant que site de donneur pour favoriser la ré épithélialisation tout au long de la plaie.

Protection des sites de donneurs fragiles : tant que la plaie risque d'être endommagé, les sites donneurs nouvellement cicatrisés doivent être protégés par des pansements.

Une fois guéris, les sites donneurs ont besoin d'une hydratation régulière pour améliorer l'intégrité. S'ils ne sont pas suffisamment hydratés, ils développeront une hyperkératose pouvant provoquer une dégradation de la plaie.

Quand appeler un docteur ?

Dès qu'il y a des signes de non cicatrisation et/ ou d'infection.

CHAPITRE 3 – Éducation du patient

Greffe de peau
Site donneur

Greffe de peau

Les patients doivent recevoir les informations/conseils suivants :

- Les greffes de peau ne ressembleront pas à la peau environnante.
- Au fur et à mesure que la greffe mûrit, les couleurs s'installent et la surface se contracte.
- S'il y a une grande perte de substance (grande quantité de tissu dévitalisé ou grande lésion), une dépression significative du contour normal peut apparaitre.
- Quand la greffe de peau n'a pas prise, le patient doit être informé.
- La greffe nouvellement guérie est vulnérable. La protection dépend de la partie du corps : des pansements peuvent être nécessaires dans certaines zones, même une fois la plaie guérie, jusqu'à ce qu'elle soit moins fragile.
- Une fois que le site de greffe n'a plus besoin de pansement : lavez-le et séchez-le soigneusement puis appliquez régulièrement un émollient car la zone a tendance à être très sèche au début.
- Dans le cas de greffes partielle, le manque de glandes sudoripares implique que la greffe a toujours tendance à être sèche, une hydratation peut donc être nécessaire à long terme.
- Le cas échéant, utilisez une crème solaire écran total pendant au moins un an, en particulier si la zone est susceptible d'être exposée au soleil (p.ex. le visage).

Site donneur

Les patients doivent recevoir les informations/ conseils suivants :

- Afin de guérir la plaie initiale, il faut créer une deuxième plaie qui produira également une cicatrice.
- La plaie du site donneur peut être plus inconfortable (douloureuse) que celle du site receveur.
- Il est possible que la plaie devienne humide et légèrement odorante.
- Lorsqu'elle est guérie récemment, la plaie du site donneur apparaîtra sèche, très rose et des démangeaisons sont possibles. Elle ne ressemblera pas au reste de la peau, mais c'est normal.
- La couleur changera avec le temps, mais un changement de couleur permanent est probable.
- Bien que la plaie puisse causer des démangeaisons, il est préférable de ne pas se gratter car la nouvelle peau est fragile et peut être endommagée en se grattant. L'application régulière d'émollients peut aider.
- La peau doit être lavée avec un savon neutre, puis sécher délicatement sans frotter.
- Évitez le contact avec le soleil et - si possible - appliquez une crème solaire écran total pendant la première année pour éviter les brûlures.

CHAPITRE 4 – Synthèse des soins de greffe de peau et des sites donneurs.

Site receveur	
Salle d'opération	Pansement compressif : **1.** Une couche de tulle gras **2.** + des compresses absorbantes **3.** + fixation avec bandage(s).
Premier pansement Suivre les instructions du chirurgien. Entre le 5e et 10e jours post-op. Idéalement : laisser le greffon non dérangé pendant les 5-7 premiers jours. Exception : plus tôt si signes d'infection, pansement souillé / humide, etc. Chirurgien en salle d'opération ou au chevet du patient.	Les pansements sus-jacents sont soigneusement retirés. La plaie est recouverte avec : **4.** Une couche de tulle gras **5.** + compresses non tissées(s)[2]/ pansement absorbant **6.** + bandage(s).
Pansements suivants Tous les 3-4 jours (ou comme décidé par le chirurgien).	Même que le « premier pansement ».
Après 7 à 10 jours (vérifiez avec le chirurgien).	✓ Enlever agrafes ou sutures. ✓ Enlever débris.
Une fois que tout le site de greffe de peau a retrouvé son **intégrité cutanée.**	✓ Les pansements ne sont plus nécessaires, sauf s'il s'agit d'une zone du corps susceptible d'être soumise à des contraintes mécaniques, comme le frottement des vêtements. ✓ Laver (savon neutre) et sécher soigneusement chaque jour. ✓ Éviter tout contact avec le soleil et, le cas échéant, appliquer de la crème solaire écran total pendant au moins un an, en particulier si la zone est susceptible d'être exposée au soleil (p.ex. le visage).

[2] COMPRESSES NON TISSÉES, stérile (SDRECOMN10S**)** **ou** PANSEMENT ABSORBANT, (grand/moyen/petit), stérile (SDREABSD+++) **ou** les deux + BANDE.

Site donneur	
Salle d'opération	Immédiatement après la récolte de la greffe de peau : 1. hémostase par adrénaline (dilution : cf. supra) compresses imbibées + pression 2. une couche de tulle gras 3. + compresses non tissées / compresse absorbante 4. + fixation avec des bandages.
Premier pansement Même moment que le premier pansement de greffe : jour 5 à 10 après l'opération. Exception : plus tôt si signes d'infection, pansement souillé/humide, etc.	✓ Exsudat + or ++ : **1.** Changer seulement le pansement secondaire **2.** Laisser le tulle gras en place ✓ Exsudat +++ : changer le pansement secondaire + tulle gras (seulement s'il s'enlève spontanément !).
Pansements suivants Changer le pansement secondaire s'il est sale ou humidifié.	Laissez le tulle gras en place. Le tulle gras se décollera spontanément une fois que la plaie est guérie. Tant que la plaie risque de s'endommager, les sites de donneurs nouvellement guéris doivent être protégés par un pansement.
Une fois que la plaie est guérie	Lavez délicatement la peau une fois par jour avec un savon neutre, puis séchez plutôt que frotter. Appliquez une crème hydratante / émolliente non parfumée (p.ex., de la vaseline ou du beurre de karité) au moins deux fois par jour. Évitez le contact avec le soleil et - si possible - appliquez la crème solaire écran total pendant la première année pour éviter les brûlures.

BIBLIOGRAPHIE

MSF-OCB Wound care protocol – 2018

Lynette Dominguez – MSF OCB Surgical Referent

Kris Bernaerts – Advanced practice nurse wound care UH Leuven

Steven Smets – Advanced practice nurse wound care UH Ghent

Beldon, P. (2007). What you need to know about skin grafts and donor site wounds. *Wounds Essentials, 2*, 149-155.

Brooks, P., personal communication, May 4, 2016

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (2013). *Dressings and Care of Skin Graft Sites: A Review of Clinical Evidence and Guidelines.* Retrieved from https://www.cadth.ca/dressings-and-care-skin-graft-sites-review-clinical-evidence-and-guidelines

Cordyn, S., & De Vliegher, K. (ed.) (2009). *Handboek Wondzorg*. Amsterdam: Reed Business Education.

Giannou, C, & Baldan, M. (2009). War Surgery. Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. Volume 1. Geneva: ICRC.

Heck, C., personal communication, July, 4, 2016

Holden, J. (2015). Top tips for skin graft and donor site management. *Wounds Essentials, 10*(2), 7-13.

Monstrey, S. (2016). *Brandwonden: de chirurgische behandeling en reconstructieve chirurgie* [cursus]. Gent: Associatie Universiteit Gent Postgraduaat Stomatherapie en Wondzorg.

MSF-OCB SAGE Unit (2011). Skin grafts [unpublished internal document]. Brussels : Médecins Sans Frontières – OCB.

University Hospital (UH) Ghent (2015). Acute wondzorg : verbandzorg van enten [unpublished internal document]. Ghent: University Hospital.

University Hospital (UH) Leuven (2015). Procedure wondzorg huidgreffe enten [unpublished internal document]. Leuven : University Hospital.