

*Rapport de mission  
au dispensaire–maternité de Tchannadè  
Du 29 mai au 13 juin 2013*



Frédéric DUBOIS

Patrick GUADAGNIN

Marie-Christine DUBOIS

Petite présentation :

Frédéric DUBOIS médecin virologue exerce à l'IRSA et au CHU de TOURS où il est attaché au service de Virologie. Il est spécialisé dans le domaine des hépatites et du VIH SIDA. Il est président de l'association, c'est sa 11<sup>ème</sup> mission et son 5<sup>ème</sup> séjour à Tchannadè.

Patrick GUADAGNIN est dermatologue, il est aussi, attaché au CHU de TOURS en Médecine infectieuse au titre de médecin dermatologue compétent en infection HIV (réseau Ville-Hôpital VIH 37), et attaché au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit ( CDAG) TOURS. C'est sa 3<sup>ème</sup> mission à Tchannadè.

Marie-Christine DUBOIS est médecin généraliste, c'est aussi sa 11<sup>ème</sup> mission et son 5<sup>ème</sup> séjour à Tchannadè.

Le but de cette mission était de poursuivre :

- les consultations et la formation du personnel en dermatologie
- les projets de Lutte contre l'Hépatite B et le VIH/SIDA débuté en juillet 2010
- préparer les missions à venir
- faire le point sur les éléments mis en place lors des missions précédentes.

Notre séjour à Tchannadè s'est parfaitement bien déroulé. Après avoir été accueillis à Lomé par Sr Claire Myriam, le lendemain matin nous avons pris le bus Lomé-Kara : 7h de voyage confortable, mais quelque peu assommés par le son de la vidéo du bus poussé à fond. Une fois à Tchannadè les sœurs ont pris soin de notre confort : repas spécial yovos (les blancs), chambre avec ventilation ... Nous avons retrouvé avec grand plaisir tous les membres du personnel du dispensaire et avons fait connaissance de leurs petits, nés dans le courant de l'année. Au fil de nos séjours des liens se sont tissés et c'est un plaisir partagé que de se retrouver une fois de plus. Le passage de chaque membre de l'association restant dans la mémoire collective du dispensaire.

Le début de notre séjour a été marqué par une fête : la remise des attestations de fin de formation d'aide soignante et d'accoucheuse pour 9 élèves.



Nous connaissons bien toutes jeunes femmes, car elles étaient présentes lors de nos précédents séjours. Elles ont d'ailleurs bénéficié de formations données par les infirmières et infirmiers de Tawaka. Ayant connaissance de cette remise de diplôme, Monique Robinet leur avait préparé un résumé de ces différentes formations. Ce document leur a été remis avec leur diplôme. Discours, danses, sketches, applaudissements pour chacune et photos avec la famille : joyeuse ambiance !





## LA DERMATOLOGIE :

### Les consultations :

Patrick Guadagnin a assuré la cinquième mission de dermatologie à Tchannadè. En janvier 2011, il avait initié la première mission en dermatologique, à sa suite, se sont succédés Vincent Duliège en janvier 2012 et Catherine Tordeur en mars 2012. A Tchannadé les patients et les membres du personnel se sont maintenant familiarisés avec les consultations pour les maladies de la peau. Pour cette mission 2013, afin de prévenir les patients de la présence d'un dermatologue au dispensaire, des appels ont été passés sur les radios locales, des affiches apposées, des annonces faites aux différentes messes et « le bouche à oreille » a, lui aussi, bien fonctionné.

Patrick a ainsi effectué sur 10 demi-journées 105 consultations.

Les motifs de consultation les plus courants étant le prurigo, l'eczéma, les infections bactériennes, mycosiques (voire parasitaires cf photo ci-dessous), l'acné, des lichens. Mais il a pu aussi diagnostiquer et traiter :

- une toxidermie au Bactrim chez un enfant de mère atteinte du VIH/SIDA,
- une cellulite infectieuse sur jambe post traumatique chez un jeune homme,
- une plaie par brûlure étendue chez un autre jeune homme,
- un ulcère de BURULI sur une jambe chez enfant de 12 ans,
- à noter aussi, une lésion de KAPOSI sous forme de nodule verruqueux latéropiantaire (cf photo ci-dessous) chez une patiente HIV qui présentait par ailleurs 3 macules érythémateuses du palais dur, compatibles avec des lésions de KAPOSI. Un jeune homme déjà examiné en 2011 pour une neurofibromatose de Recklinghausen a été revu.

- Afin de guider Jean Bagewabena pour la conduite à tenir, en dermatologie, Patrick Guadagnin a rédigé un petit guide intitulé : « Conseils Diagnostiques et Thérapeutiques en dermatologie pour un opérateur de santé non dermatologue »: ou les " dix commandements de la recherche diagnostique ". Cette fiche est conçue pour être remaniée et améliorée par les divers dermatologues susceptibles de venir à Tchannadè (Annexe I).

Devant les difficultés à se procurer localement de la PYOSACINE et de la DIPROSONE (ou équivalent) un appel est lancé à tous les prescripteurs TAWAKA afin de se mobiliser pour la recherche efficace de solutions à ce manque.



Larva migrans  
contamination par un parasite : l'ankylostome



Nodule de Kaposi chez une femme atteinte  
du VIH/SIDA

## Les petites interventions chirurgicales :

Patrick Guadagnin a effectué 7 actes chirurgicaux :

- évacuation du caillot d'une thrombose hémorroïdaire
- ablation de molluscums contagiosums du périnée et condylome vulvaire chez une jeune femme atteinte du VIH/SIDA
- shaving au ciseau de lésions virales et fibromes pendulum avec cautérisation hémostatique de la base chez un adulte jeune.
- intervention sur kystes sébacés du scrotum: chez un jeune homme.
- intervention d'exérèse d'une lésion nodulaire de la cuisse chez une fillette de 4 ans, photo ci-dessous.
- exérèse de la lésion de type KAPOSI évoquée précédemment. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le KAPOSI
- biopsies au punch 4 mm sur une lésion protubérante annulaire et hypochromique en réseau pouvant évoquer un granulome annulaire ou une dermatose élastolytique cicatricielle. L'examen anatomopathologique a conclu à un aspect en faveur d'un Lichen plan.

Les examens anatomopathologiques ont été effectués dans un laboratoire de Tours. Les résultats seront transmis à Jean Baguewabena.



Ablation sous anesthésie locale d'un nodule pigmenté ferme d'apparition néo-natale chez une fillette de 4 ans. L'examen anatomopathologique a écarté toute suspicion de malignité et a permis de conclure à un Xanthogranulome histiocytaire.

L'un des objectifs du séjour était de montrer à l'assistant qu'il peut pratiquer sans difficulté de petits gestes interventionnels (cautère, bistouri électrique) avec une formation théorique minimum. Ces gestes concernent essentiellement les patients VIH non traités par ARV avec des pathologies cutanées virales de type molluscum contagiosum, papillomavirus ou bien des formations nodulo-kystiques à évacuer.

Afin permettre aux dermatologues qui se succéderont de prévoir tout le matériel nécessaire aux soins, Patrick a rédigé une « liste du matériel à prévoir pour de futures missions dermato au dispensaire de Tchannè-Kara ».

### Les soins, les pansements :

Les soignants du dispensaire ont eu des difficultés à utiliser à bon escient les pansements apportés l'an dernier par les dermatologues. Afin de clarifier leurs indications respectives Patrick Guadagnin a rangé les pansements par catégories, dans 4 cartons et affiché un mode d'emploi dans la salle de soins (Annexe II)

Concernant les pansements à apporter lors du prochain séjour dermatologique:

priorité aux alginates (ALGOSTERIL/URGOSORB/KENDALL) et différentes formes d'AQUACEL et AQUACEL FOAM permettant d'espacer la fréquence des soins.

Les pansements hydrocellulaires sont en nombre suffisant.



Pansements sur une plaie infectée (cellulite post traumatique)



## LE PROJET DE LUTTE CONTRE L'HEPATITE B et le VIH/SIDA

### Prévention de la Transmission Mère-Enfant de l'Hépatite B

L'objectif de ce projet, débuté en juillet 2010, est de permettre aux mères consultant à la maternité du dispensaire Saint-Luc de Tchannadè, d'accéder au dépistage de l'hépatite B lors des consultations prénatales et de vacciner les nouveau-nés à risque d'infection, dès la naissance.

Nous avons fait le point avec les sages-femmes de la maternité. Le projet est bien suivi : les femmes enceintes acceptent dans la grande majorité le dépistage de l'hépatite B. Elles en mesurent concrètement l'intérêt car elles ont toutes connaissance dans leur entourage, d'un adulte jeune décédé des suites d'un cancer du foie. Il en est de même pour les sages-femmes : elles sont motivées pour informer les femmes enceintes dès la première consultation prénatale. Le recueil des données est bien intégré à leur pratique et ne pose pas de problème. Au niveau du laboratoire le test de dépistage de l'hépatite B est fait en routine. Les vaccins destinés aux nouveau-nés sont disponibles dans le frigo du laboratoire. Un contrôle des enfants de plus de 2 ans vaccinés à la naissance, a débuté fin 2012. Une date de reconvoction est inscrite sur le carnet de vaccination (Photo) et si les mères ne se présentent pas au dispensaire à la date prévue, la sage femme les rappelle par téléphone.

Grâce à l'engagement des femmes et des membres du dispensaire, les résultats obtenus sont très satisfaisants : **de juillet 2010 à fin mai 2013 : 1528 femmes enceintes ont bénéficié du dépistage de l'hépatite B et 120 enfants nés de mère infectées par le virus ont été vaccinés à la naissance.**

Aucune femme porteuse du virus, elles sont 11% des femmes testées, et accouchant à la maternité n'a refusé de faire vacciner son enfant, et tous les enfants nécessitant une vaccination ont été vaccinés.

Sur 30 enfants vaccinés entre juillet 2010 et mai 2013, 18 d'entre eux (60%) ont été contrôlés à l'âge de 2 ans et plus. Ils sont tous **négatifs**.

### Carnet de vaccination d'un enfant vacciné contre l'hépatite B à la naissance

MAMAN : Présentez votre bébé 5 fois à la vaccination afin qu'il soit complètement protégé contre 6 maladies meurtrières

DESIGNATION	NAISSANCE				Autre BCG									
	BCG		Polio Oral		LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE	LOT	DATE
BCG Polio O.														
DT Coq Polio Oral	DT Coq 1		Polio 1		DT Coq 2		Polio 2		DT Coq 3		Polio 3		Rappel	
VAT	VAT 1		VAT 2		VAT 3		VAT 4		VAT 5					
Antiamaril														
Antiméningitique														
Antirougeoleux														
Autres vaccins														

**FEMMES ENCEINTEES :**  
Faites - vous vacciner contre le tétanos dès votre première visite médicale

Ligne Autres vaccins : en rouge **EUVAX** vaccin Hépatite B à la naissance le 13/5/2010 et **contrôle Ag HBs Négatif** à l'âge de 3 ans : le 30/04/2013.

## Soutien de l'accès au traitement des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

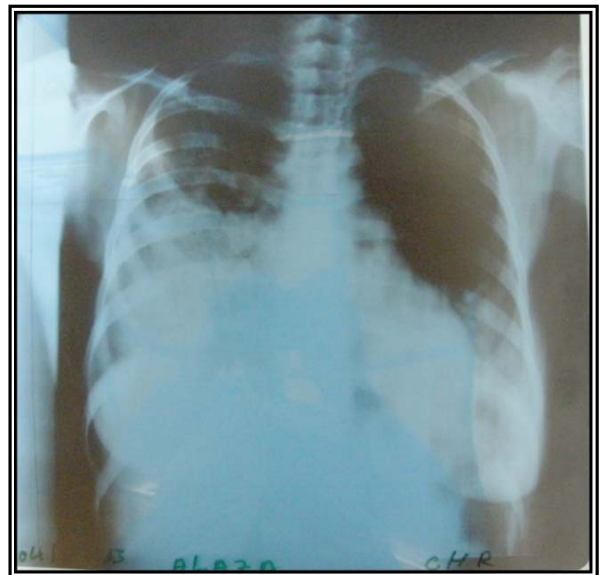
De janvier à fin mai 2013, le nombre de PVVIH bénéficiant d'un soutien dans le cadre de ce projet est passé progressivement de 17 à 73, sachant que 22 autres personnes bénéficient d'un soutien de la part d'une autre association (ASAAK). Au 31 mai 2013, parmi les 117 personnes suivies, seules 28 (24%) bénéficient d'un traitement ARV pour SIDA. Cette faible proportion est le reflet des attentes aux différentes étapes précédant l'accès aux ARV mais aussi du critère retenu par le PNLS togolais n'ouvrant à l'éligibilité aux traitements qu'à un niveau de CD4 inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup>, alors que les recommandations de l'OMS préconisent un seuil à 350 cellules/mm<sup>3</sup>. Ainsi, au regard de ce critère, un total de 44 personnes (38%) relève d'une simple surveillance alors que la plupart d'entre elles ont des CD4 entre 200 et 350 cellules/mm<sup>3</sup> et / ou des signes cliniques de SIDA. A ces 44 viennent s'ajouter 22 personnes (19%) bloquées à l'une ou l'autre des étapes précédant l'accès aux ARV. Par ailleurs, si les PVVIH non traitées par ARV bénéficient d'un traitement antibiotique prophylactique par Bactrim le coût de ce traitement n'est pas pris en charge dans le cadre du PNLS et reste à leur charge.



Ces chiffres montrent le bien fondé de la nécessité de rendre prioritaire un soutien des PVVIH sur une période allant de leur dépistage jusqu'à leur mise sous ARV. La prolongation de ce soutien étant ensuite rediscutée en fonction de leur situation médicale et socio-économique au moment où la mise sous ARV est acquise.



Patiente atteinte du VIH SIDA, en attente de mise sous ARV, souffrant d'une infection pulmonaire grave

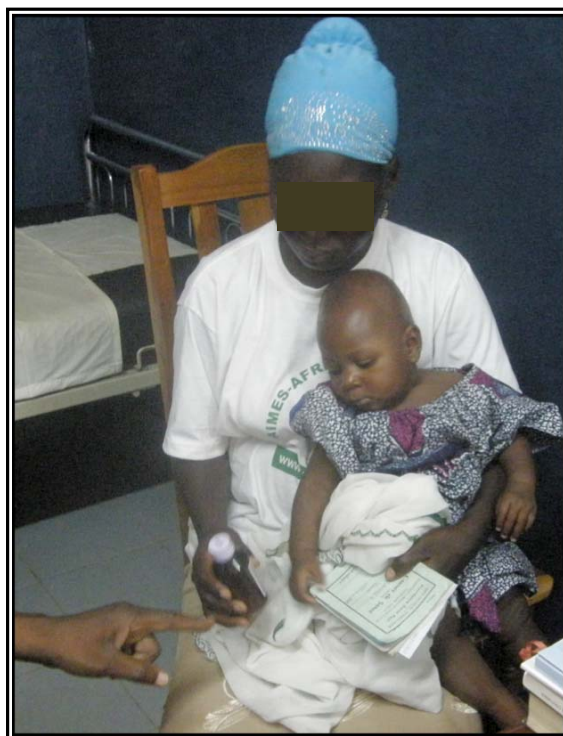


Radio pulmonaire de la patiente.  
Son état s'est amélioré après la mise sous antibiothérapie.

Au cours de la mission de juin 2013, un balayage de l'ensemble des dossiers des PVVIH suivis au dispensaire de Tchannè depuis juillet 2010 a permis de confirmer le bien fondé de cette orientation du projet. Ainsi, en Janvier 2013, parmi les 155 PVVIH dépistées et / ou suivies au dispensaire depuis le début du projet, seuls 95 cas (61,3%) étaient encore suivies. Certes pour 14 PVVIH leur dossier avait été transféré au niveau de leur nouveau lieu de résidence, mais 46 autres (30%) étaient décédés ou avaient été perdues de vue et ce, dans les premiers mois suivant leur dépistage. En fait, ces pertes de vue et ces décès sont la conséquence d'un découragement face aux obstacles sur le chemin des ARV, mais, aussi et surtout, sont la conséquence d'une incapacité pour ces PVVIH de faire face aux coût des traitements des maladies opportunistes contemporaines de la découverte de leur séropositivité ou survenant dans les premiers mois de cette découverte alors qu'ils ne sont pas encore sous ARV.

Fin mai 2013, parmi les 73 personnes bénéficiant d'un soutien, 49 bénéficient soutien assuré au moins jusqu'à la mise sous ARV, les 24 autres bénéficient d'un soutien prolongé au-delà de cette échéance, 18 étant sous ARV et 6 relevant d'une simple surveillance du fait d'une inéligibilité au traitement ARV.

Pour le projet de soutien à l'accès au traitement des PVVIH, le surcroit de travail consécutivement à l'afflux de patient infecté par le VIH est assumé efficacement par le personnel du dispensaire, en particulier l'assistant médical qui surveillait une file active de 117 patients en mai, et qui devrait atteindre voire dépasser les 130 fin 2013.



L'assistant médical vérifie la quantité des médicaments restants pour le traitement préventif contre le VIH SIDA du bébé.



## BUDGET ET FINANCEMENT du 1er janvier au 1er juin 2013

Dépenses			Recettes		
Poste budgétaire	Euros	%	Poste budgétaire	Euros	%
Tests Dépistage Hépatite B	931	9	Participation des femmes - Tests de dépistage	269	3
Vaccins pédiatriques EUVAX B	160	1	- Vaccins	48	
Frais envoi buvards et Tel	75	1	- Participation de l'Association Humanitaire TAWAKA (issue de dons et cotisations)	3900	30
Frais médicaux des PVVIH	4478	41	Subvention Région Centre	3500	27
Frais déplacement et de séjour	5220	48	Fonds propres des bénévoles	5220	40
<b>Total</b>	<b>10864</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>12937</b>	<b>100</b>

**SOLDE : 2073€**

### Les Dépenses

- Tests de dépistage : le laboratoire du dispensaire facture 3,82 €/le test, 244 tests ont été effectués.
- Vaccins : la maternité facture 6,68€/la dose de vaccin, 24 vaccins ont été effectués.
- Les frais d'envoi des buvards et de téléphone correspondent aux frais postaux pour les envois de buvards au CHU de TOURS et à l'achat par le dispensaire des cartes téléphoniques nécessaires pour rappeler les enfants à contrôler 2 ans après leur vaccination.
- Les frais médicaux tels que l'achat de médicaments (antibiotiques, antipaludéens, Antimycosiques ...) et les examens de laboratoire (goutte épaisse, glycémie, numération formule, examen parasitaire des selles ...) représentent la somme des factures mensuelles des PVVIH.
- Frais de déplacement et de séjour : le billet d'avion Paris-Lomé Aller /Retour coûte en moyenne 750€, les frais d'hébergement sont de 12€/par jour. Ces frais sont calculés pour un séjour de 10 jours pour les 6 bénévoles de l'association chargés de la surveillance du projet en 2013, ayant fait le déplacement au dispensaire.

## Les Sources de financement

- Participation des mères pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant de l'hépatite B :  
En accord avec les responsables du dispensaire, il a été établi, afin de les responsabiliser, que les femmes enceintes participent à l'achat du test de dépistage ainsi qu'à celui du vaccin :
  - chaque test coûte 3,82 : 1,15€ à la charge de la mère et 2,76€ de l'Association Humanitaire TAWAKA.
  - chaque vaccin coûte 6,68€: 1,98€ à la charge la mère et 4,69€ de l'Association Humanitaire TAWAKAPour le contrôle à 2 ans des enfants vaccinés à la naissance : en accord avec les responsables du dispensaire et pour montrer aux mères l'intérêt du dépistage et l'efficacité de la vaccination des nouveaux-nés, le test de dépistage des enfants de 2 ans et plus vaccinés à la naissance est entièrement financé par l' Association Humanitaire TAWAKA soit : 3,82€par test.
- Participation de l'Association Humanitaire TAWAKA : l'association a versé 3900€.  
Cette somme est issue des dons ponctuels et des versements automatiques périodiques des membres de l'association.
- Subvention de la Région Centre : lors de la commission permanente du 18 janvier 2013, La Région Centre a accordé une subvention de 7500€pour ce projet.  
Une première tranche de 3500€a été versée le 1 février 2013.
- Les billets d'avion et les frais de séjour des bénévoles sont financés par leurs fonds propres.

## Le Solde du budget

Le solde du budget au 1<sup>er</sup> juin 2013 est positif de 2073€  
Les dépenses sont conformes au budget prévisionnel qui prévoyait une moyenne de dépenses de 1050€par mois pour les frais médicaux (Hépatite B et VIH). Entre janvier et mai 2013 cette dépense est 1128€par mois.  
Pour le deuxième semestre 2013 nous pouvons inclure dans les recettes la somme de 1000€ don versé le 4 juin, par l'entreprise en bâtiment PLEE de Rochecorbon et le versement de la deuxième tranche de la subvention qui nous a été accordée en début d'année par la Région Centre.

## Conclusion sur l'avancement du projet

Le suivit du projet de lutte contre l'hépatite B et le VIH/SIDA au sein du dispensaire de Saint Luc de Tchannadè-Kara montre depuis le début 2013 un suivi correct tant sur le plan humain que sur les rapports chiffrés du bilan d'activité et du bilan financier.

Nous nous attachons à assurer la continuité de ce projet et pour ce faire sollicitons les soutiens financiers de particuliers, collectivités et entreprises.

## EN CONCLUSION DE CE SEJOUR

Nous repartons de ce séjour avec le sentiment d'avoir fait un travail utile et la certitude que Jean Baguewabena et son équipe profite pleinement des informations données pour améliorer leurs compétences et l'offrir aux patients des soins de qualité.

Et nous passons le relais à Charlène et Laurine, étudiantes en médecines ainsi qu'à Coraline et Floriane élèves sage femme, qui seront en mission à Tchannè 3 semaines en juillet. Elles poursuivront les projets de formation des membres du personnel et le développement de l'échographie pré natale initiés par les missions précédentes.



Marie-Christine Dubois, Sr Marie-Gloire, Frédéric Dubois, Patrick Guadagnin, Jean Baguewabena



ANNEXE I

**Conseils Diagnostiques et Thérapeutiques en DERMATOLOGIE  
pour un opérateur de santé non dermatologue:  
ou les « dix commandements de la recherche diagnostique »**

En présence de **toute éruption cutanée** se renseigner sur :

- les conditions d'apparition :
  - depuis quand ?
  - existe-t-il des ATCD éruptifs ?
- rechercher les signes associés : fièvre, prurit...

Si les lésions cutanées paraissent **surinfectées** :

- commencer par traiter l'infection avec un antibiotique (PYOSTACINE ou BRISTOPEN) sans se préoccuper du diagnostic étiologique.

Devant tout **prurit chronique sans lésions spécifiques**:

- bilan biologique (recherche parasitaire) et sérologique HIV
- traitement symptomatique par antihistaminique (POLARAMINE/ATARAX/AERIUS) + beurre de Karité en onction matin et soir.

En cas de **prurigo chronique** chez un adulte (lésions excoriées disséminées sur les membres et le tronc) :

- bilan sérologique HIV
- traitement symptomatique par corticoïde local (DIPROSONE ou DERMOVAL) pendant à 3 à 4 semaines.

Devant toute éruption cutanée :

- vérifier l'**aspect de la muqueuse buccale**
- demander si présence de lésions au niveau des parties génitales.

Devant une **atteinte des grands plis** (axillaires, sous mammaires, inguinaux, inter fessiers) avec **prurit important** :

- commencer par traiter avec un **antimycosique** (type MYCOSTER ou AMYCOR) et revoir le patient 15 jours après pour vérifier l'efficacité de cette prescription.
- en cas d'inefficacité du premier traitement il peut s'agir d'un **eczéma** justifiant d'arrêter le MYCOSTER et le remplacer par un corticoïde local (DIPROSONE/LOCATOP) à appliquer le soir pendant 15j.
- si on a suspecté initialement un eczéma de contact chez un patient et traité par corticoïde local avec absence de résultat après 10 jours de traitement ou extension de la dermatose initiale, il peut alors s'agir d'une **infection mycosique aggravée par la prescription corticoïde**
- dans ce cas arrêter le corticoïde local et prescrire un antimycosique local pendant 21 jours.

En cas de **lésions hyperpigmentées** séquellaires d'une **éruption prurigineuse** inaugurale sur les membres ou le tronc :

- penser à la possibilité d'un lichen plan traiter par un corticoïde fort de type DERMOVAL pendant 4 semaines minimum.

En cas de **plaques hypochromiques chroniques** sur le tronc, les membres ou le visage

- tester la sensibilité cutanée à la piqûre (pointe d'une aiguille) pour éliminer une lèpre tuberculoïde ou borderline (d'autres diagnostics sont possibles mais la lèpre ne doit pas être ignorée).

En cas d'éruption avec **bulles cutanées**, lésions arrondies en forme de **cocardes** ou **décollements cutanés** évolutifs:

- examiner systématiquement les muqueuses buccales et génitales en envisageant la possibilité d'une **intolérance médicamenteuse (toxidermie)**.  
Si l'étiologie médicamenteuse ne se confirme pas et présence de nouvelles poussées bulleuses adresser le patient au CHU pour avis dermatologique.

**Ne jamais hésiter à initier un traitement local de type corticoïde**

(LOCATOP/DIPROSONE) sur une dermatose prurigineuse (pour soulager le patient) même en l'absence de diagnostic précis: la **seule contre indication absolue** à utiliser une crème corticoïde sur la peau reste l'**herpès** (surtout si localisé au visage).

En cas d'évolution contraire après une prescription de corticoïde local il sera toujours temps de revoir le patient pour modifier la prescription (se reporter au paragraphe sur l'atteinte prurigineuse des plis).

Dr Patrick GUADAGNIN  
Juin 2013

## ANNEXE II

### UTILISATION des PANSEMENTS

#### Quel pansement pour quelle plaie ?

**1- Plaies propres** : non purulentes, peu exsudatives, qui ne coulent pas beaucoup, comme une écorchure superficielle ou une brûlure peu importante :

====> Pansements moyennement absorbants : BIATAIN/MEPILEX/URGO/VERSIVA,...  
à changer tous les 3 à 4 jours appliqués au contact de la plaie et maintenus par une bande de gaze ou un pansement adhésif avec système border en périphérie.

Caisse 1 : Pansements BIATAIN MEPILEX VERSIVA URGO ALLEVYN

Caisse 1 bis : Pansements de petite dimension

**2- Plaies hémorragiques** : saignant facilement :

====> Pansements hémostatiques alginate: ALGOSTERIL/URGOSORB  
à changer tous les jours jusqu'à régression du saignement.

Caisse 2 : Pansements alginate : ALGOSTERIL/URGOSORB

**3- plaies infectées** purulentes et malodorantes :

====> Pansements contenant des ions argent détruisant les microbes MEPILEX  
Argent/AQUACEL Argent

à changer tous les jours jusqu'à amélioration de l'aspect local puis passer à une autre forme de pansements.



Caisse 3 : Pansements à l'argent : MEPILEX Argent/AQUACEL Argent  
et CARBONET pour plaies malodorantes :

**4- plaies très suintantes** sur une grosse jambe œdémateuse ou œdème du bras (écoulement très important):

====> Pansements très absorbants.

Poser 2 épaisseurs de pansements : AQUACEL sans argent

Changer le pansement tous les jours.

Caisse 4 AQUACEL AQUACEL FOAM

**5- plaies cavitaires** creusantes d'origine infectieuse (type ulcère de BURULI) ou post traumatiques (accidentelles) ou drainage abcès après incision:

====> Pansement alginate :ALGOSTERIL/URGOSORB,.. ou AQUACEL

Faire un méchage quotidien pour stimuler le bourgeonnement du fond de la cavité.

Caisse 2 Pansements alginate : ALGOSTERIL/URGOSORB

Ou

Caisse 4 : AQUACEL

## QUELQUES CONSEILS

Au début de chaque soin nettoyer la plaie avec BETADINE dermique (si plaie infectée) ou sérum physiologique (si plaie propre).

en cas de décollement bulleux (post brûlure ou traumatique) inciser la bulle pour évacuer le contenu et désinfecter avec BETADINE dermique.

si plaie chez un adulte toujours vérifier la vaccination antitétanique

en cas d'évolution fébrile ou de surinfection des tissus cutanés périphériques montrer la plaie à l'assistant pour décision de mise sous antibiotiques par voie orale ou injectable.

Dr Patrick GUADAGNIN

Juin 2013