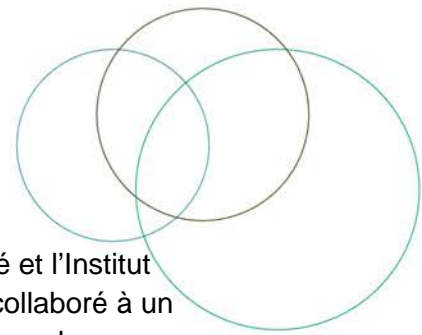




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR  
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

# Rupture d'une plaie



## REMERCIEMENTS



Canadian Institute  
for Health Information  
Institut canadien  
d'information sur la santé



cpsi • icsp  
Canadian  
Patient  
Safety  
Institute  
Institut  
canadien  
pour la sécurité  
des patients

L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients reconnaissent et apprécient l'importante contribution de Heather L. Orsted, IA, B.Sc.Inf., E.T., M.Sc., directrice de l'éducation et du développement professionnel de l'Association canadienne du soin des plaies, pour la révision et l'approbation de cette Ressource d'amélioration.





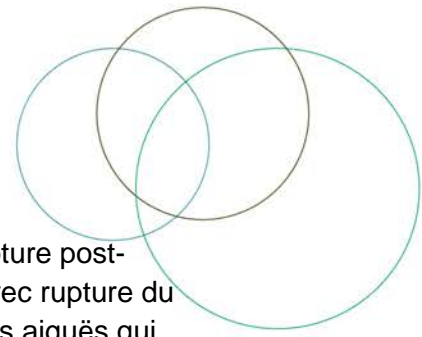
## CODES DE LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDCP) COMPRIS DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

<b>D23 : Rupture d'une plaie</b>		
<b>Concept</b>	Rupture d'une plaie chirurgicale pendant le même séjour à l'hôpital ou d'une plaie obstétricale durant l'épisode de soins de l'accouchement.	
<b>Critères de sélection</b>	O90.002 O90.102	Code inscrit comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)
	T81.3 T81.83*	Code inscrit comme diagnostic de type (2) <b>ET</b> code Y60-Y84 <b>avec le même indicateur de série</b>
<b>Codes</b>	<b>Description des codes</b>	
<b>O90.002</b>	Rupture d'une suture de césarienne, accouchement, avec mention de complications postpartum	
<b>O90.102</b>	Rupture d'une suture obstétricale du périnée, accouchement, avec mention de complications postpartum	
<b>T81.3</b>	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs	
<b>T81.83*</b>	Écoulement postopératoire	
<b>Codes additionnels</b>		
<b>Inclusions</b>		
<b>Y60-Y84</b>	Complications de soins médicaux et chirurgicaux (voir l'annexe 6)	

\* Applicable aux abrèges de la BDGP à partir de l'exercice 2015-2016

Pour la description des codes de causes externes associés aux complications de soins médicaux ou chirurgicaux (Y60-Y84), veuillez consulter les notes techniques : [Indicateur Préjudices à l'hôpital : Annexes du Répertoire des indicateurs](#)





## SURVOL

La cicatrisation des plaies est essentielle à la réussite d'une chirurgie, et la rupture post-opératoire d'une plaie ou la séparation des couches d'une plaie chirurgicale avec rupture du fascia est une complication sérieuse. Les incisions chirurgicales sont des plaies aiguës qui activent le processus de guérison. Le processus de guérison comporte quatre stades précis : la coagulation, l'inflammation, la phase de prolifération/formation du tissu de granulation et la phase de remodelage (Demidova-Rice et al., 2012). C'est en réalité, un processus complexe et en continu. Malgré les améliorations récentes apportées aux soins préopératoires et au matériel de suture, le taux de rupture des plaies chirurgicales n'a pas diminué au cours des dernières années; il est estimé à environ six pour cent après une chirurgie électorale et à 16 pour cent après une chirurgie d'urgence (Sorensen et al., 2005). Cette situation peut être attribuable à l'incidence croissante des facteurs de risque parmi les patients, qui dépasse les avantages des avancées techniques. Dans l'ensemble, l'infection du site opératoire (ISO) est le prédicteur le plus déterminant d'une rupture de plaie (Moghadamyeghaneh et al., 2015). La rupture d'une plaie abdominale survient généralement 10 +/- 6,5 jours (médiane de huit jours) après la chirurgie (Kenig et al., 2014). Une meilleure compréhension des patients qui sont à risque de telles complications aidera à mieux cibler les mesures préventives, la satisfaction des patients et l'utilisation équitable des ressources financières.

La déhiscence post-partum d'une plaie périnéale demeure une complication rare de l'accouchement par voie vaginale. Bien que les taux d'infection des plaies suite à une épisiotomie soient étonnamment bas, elles sont responsables de plus de 80 pour cent des déhiscences de plaies (Kamel & Khaled, 2014). La majorité des infections de plaies périnéales surviennent dans les trois premières semaines suivant l'opération, suite au congé de l'hôpital.

## Les facteurs de risque

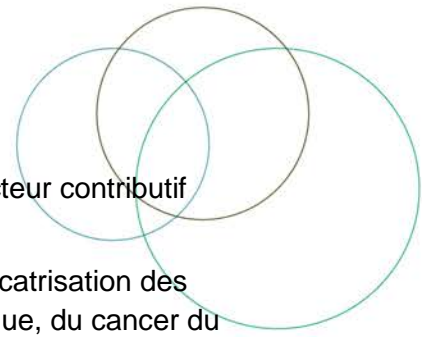
L'interruption de l'apport vasculaire, la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins et l'hypoxie tissulaire sont communes à tous les tissus soumis à la chirurgie. Une fois la circulation sanguine rétablie, divers facteurs peuvent venir compliquer la cicatrisation, le plus important étant la prolifération de bactéries dans la plaie venant accroître le risque d'infection (Sorensen et al., 2006).

La malnutrition est un problème qui compromet fréquemment les résultats d'une chirurgie. L'albumine est l'indicateur de l'état nutritionnel le plus utilisé et le plus fiable, puisque l'hypoalbuminémie préopératoire est un facteur de risque indépendant au développement des ISO (Hennessey et al., 2010).

Les patients diabétiques ont un niveau plus élevé de complications de plaies après une chirurgie générale, et le diabète prégestationnel est associé à une augmentation de 2.5 fois de complications des plaies après un accouchement par césarienne (Takoudes et al., 2004). Les patients obèses ont des taux accrus de diabète sucré et de maladie vasculaire athérosclérotique, qui sont tous les deux associés à une mauvaise cicatrisation des plaies. De plus, l'épaisseur du gras sous-cutané est un prédicteur d'ISO. Finalement, on sait qu'il existe une dysfonction immunitaire occulte chez les personnes obèses, et une théorie suggère même



## Rupture d'une plaie



que l'insuffisance fonctionnelle des monocytes et des macrophages soit un facteur contributif potentiel (Winfield et al., 2016).

Le tabagisme est également un facteur de risque de complications liées à la cicatrisation des plaies suite à différents types de chirurgies : plastique, abdominale, orthopédique, du cancer du sein et d'accouchement par césarienne (Avila et al., 2012). L'administration aiguë de doses élevées de corticostéroïde systémique est susceptible de ne pas avoir un effet clinique sur la guérison des plaies et les stéroïdes systémiques chroniques peuvent nuire à la guérison d'une plaie chez les sujets réceptifs (Wang et al., 2013).

Le stress psychologique compromet la réaction inflammatoire et les processus de dégradation de la matrice de la plaie immédiatement après la chirurgie, et ces résultats suggèrent que les interventions préopératoires pour réduire le niveau de stress psychologique du patient peuvent améliorer la réparation et la guérison d'une plaie (Broadbent et al., 2003). Parmi les facteurs de risque de rupture d'une plaie chez les enfants, nous retrouvons l'âge du patient de moins d'un an, l'infection de la plaie, l'incision médiane et la chirurgie d'urgence (van Ramshorst et al., 2009).

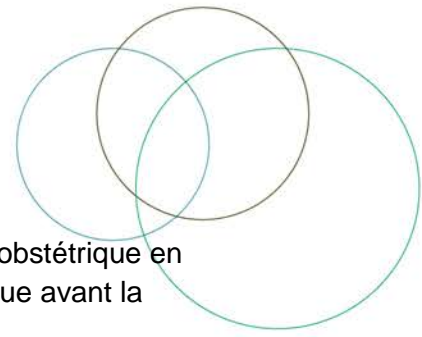
L'accouchement vaginal opératoire, la lacération périnéale du troisième ou du quatrième degré et la contamination du méconium sont les facteurs les plus importants contribuant à l'infection d'une plaie périnéale (Williams, 2006).

## IMPLICATIONS

La rupture d'une plaie demeure toujours une cause majeure de morbidité chez les patients chirurgicaux (Hahler, 2006). Cette rupture peut prendre deux formes : celle qui exige une intervention chirurgicale immédiate en raison d'une protrusion intestinale et celle qui peut être gérée à l'aide d'une approche plus conservatrice. Le séjour à l'hôpital est considérablement plus long pour les patients qui subissent une rupture de plaie, avec une médiane de 36 jours, comparativement à 16 jours dans un groupe témoin (van Ramshorst et al., 2010). Les complications des plaies sont un fardeau pour les patients, leur famille et le système de soins de santé. Il est difficile d'estimer avec précision le coût associé aux complications des plaies vu la diversité des produits de soins et leur coût, la fréquence des interventions et les coûts associés au temps du personnel et aux ressources, mais il est permis de croire que les soins des plaies ont un impact considérable sur les dépenses liées aux services de santé (Butcher & White, 2014). Les complications de plaies qui surviennent après le congé entraînent en moyenne des coûts additionnels de 3 000 \$ (Marrs et al., 2014).

La déhiscence d'une plaie périnéale peut causer d'importants problèmes physiques, psychologiques et sociaux, si elle n'est pas traitée. Elle peut être associée à un inconfort et à une douleur persistante au site de la plaie, à une rétention urinaire, à des problèmes de défécation, de coïtalgie et à des problèmes psychosexuels causés par l'embarras et une image de soi altérée (Williams & Chames, 2006).





## OBJECTIF

Réduire l'incidence des ruptures de plaies chez les patients en chirurgie et en obstétrique en évaluant le risque, en mettant en œuvre des modifications aux facteurs de risque avant la chirurgie et en instituant une bonne gestion du traitement des plaies.

## IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Une mauvaise cicatrisation peut entraîner la rupture d'une plaie, ce qui peut non seulement affecter la qualité de vie du patient, mais aussi retarder les traitements adjuvants, augmenter l'inconfort post-opératoire, reporter le retour aux activités et accroître les coûts afférents à une nouvelle intervention, à une hospitalisation plus longue et à une réadmission. La douleur, particulièrement durant les changements de pansements, demeure un facteur clé important. Outre la souffrance qu'elle engendre, la douleur peut mener à des sentiments d'anxiété, de colère et de dépression (Woo, 2010). Une évaluation précise de la douleur du patient et une pleine compréhension du type de douleur ressenti permettent de mieux décider quand et comment administrer un analgésique et de mieux connaître les renseignements qui doivent être partagés avec l'équipe multidisciplinaire (Taylor, 2010). Plusieurs facteurs de risque peuvent être atténués au cours de la période péri-opératoire, ce qui tendrait à indiquer que le risque de rupture d'une plaie chez les patients vulnérables peut être réduit. En outre, si l'on prend en considération qu'un pourcentage important des ruptures de plaies surviennent suite au congé de l'hôpital, il semble logique de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir cette complication.

## Récit de patient

Nous aimerions connaître l'histoire d'un patient qui a subi la rupture d'une plaie. Si vous en connaissez une, nous apprécierions que vous la partagiez avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients via [info@cpsi-icsp.ca](mailto:info@cpsi-icsp.ca).

## PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES

### Évaluer et atténuer les facteurs de risque avant l'opération

1. Les patients devraient s'abstenir de fumer pendant au moins trois semaines avant et après l'opération (Herbert & McCormick, 2006).
2. Les patients obèses devraient être informés du risque qui entoure la chirurgie à cause de leur poids et être encouragés à perdre du poids avant l'opération pour diminuer le risque de complications liées aux plaies (Lobley, 2013).
3. Fournir un régime alimentaire équilibré ou une alimentation de soutien qui fournit assez de protéines pour atteindre un bilan azoté positif. Traiter toutes carences présumées en micronutriments, surtout en vitamine A, en vitamine C et en zinc (Scholl, 2001).



## Rupture d'une plaie

4. Une corticothérapie préopératoire d'au moins 30 jours, particulièrement à doses de prednisone de 40 mg/jour ou plus, peut augmenter les taux de complications des plaies de deux à cinq fois (Wang, 2013). Évaluer la corticothérapie et l'ajuster au besoin avant la chirurgie en fonction du résultat de l'évaluation médicale.
5. Les médicaments à effet anticoagulant, tels que l'aspirine ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, devraient être évalués et ajustés avant la chirurgie en fonction du résultat de l'évaluation médicale (Doughty, 2004).
6. Le traitement préopératoire de l'anémie. Un niveau d'hémoglobines plus faible avant l'opération a été identifié parmi les facteurs de risque opératoires de complications des plaies (Subramanian et al., 2014).

## Prévention des infections du site opératoire

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! (2014)*

### Quatre éléments clés pour assurer la fiabilité des soins péri-opératoires :

1. Le traitement antimicrobien péri-opératoire.
  - i. Usage approprié des antibiotiques prophylactiques; et
  - ii. Prophylaxie antiseptique.
2. L'enlèvement approprié des poils.
3. Le contrôle péri-opératoire de la glycémie.
4. La normothermie péri-opératoire.

De plus amples renseignements sur ces quatre éléments clés sont disponibles dans la [Trousse En avant! pour la prévention des infections du site opératoire des Soins de santé plus sécuritaires maintenant! \(2014\)](#).

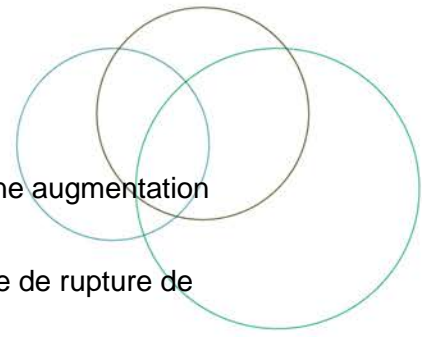
## Atténuer les facteurs de risque péri-opératoires

1. Les pertes de sang peropératoires excessives et une longue chirurgie ont été identifiées parmi les facteurs de risque opératoires de complications des plaies (Subramanian et al., 2014).
2. Lorsque la suture sous-cutanée, a une profondeur de plus de 2 cm, cela s'avère efficace pour éviter des complications de plaies (Tipton et al., 2011).
3. La technique optimale pour refermer les plaies chirurgicales abdominales comprend :
  - L'utilisation d'une simple technique courante.
  - L'utilisation de fils de suture à résorption lente n° 1 ou 2.
  - L'utilisation d'une fermeture de la masse tissulaire pour incorporer toutes les couches de la paroi abdominale (sauf la peau).
  - Prendre de grandes parties de tissu (environ 1 cm).
  - L'utilisation de petits intervalles entre les points de suture (environ 1 cm) (Mizell, 2016).





## Rupture d'une plaie



4. L'utilisation d'agrafes pour la suture d'une césarienne est associée à une augmentation du risque de complications de plaies (Basha et al., 2010).
5. Une approche par laparoscopie est associée à une diminution du risque de rupture de plaies (Moghadamyeghaneh et al., 2014).
6. Différentes formes de lavage péritonéal sont couramment utilisées dans la prise en charge des patients qui souffrent d'une péritonite. Avec l'utilisation accrue des antibiotiques prophylaxie, la chirurgie générale tend à éviter l'utilisation d'antibiotiques lors d'une irrigation intra-abdominale, cependant, les irrigations à l'imipenem (1 mg/ml) (Parcells et al., 2009) et à la gentamicine-clindamycine (Ruiz-Tovar et al., 2012) se sont révélées associées à une plus faible incidence des abcès intra-abdominaux et des infections de plaies. L'irrigation lors d'une césarienne augmente la nausée peropératoire sans aucun effet bénéfique sur la morbidité infectieuse maternelle postopératoire (Viney et al., 2012).

## Après l'opération

1. Évaluer et soulager la douleur. La libération excessive de médiateurs de la douleur peut occasionner une hypersensibilité des nocicepteurs, des modifications hyper-inflammatoires des matrices cellulaire et extracellulaire, et dans certains cas, peut engendrer une forme de cicatrisation fibreuse (Widgerow & Kalaria, 2012).
2. Apprendre aux patients à éviter de soulever des poids lourds après une chirurgie abdominale pour minimiser le stress imposé au fascia en voie de cicatrisation (Mizell, 2016).

## Le traitement des plaies chirurgicales ouvertes

(Orsted et al., 2010)

### **Cause :**

1. Procéder à une évaluation générale afin d'identifier les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur la cicatrisation des plaies chirurgicales au cours des phases préopératoire, intra-opératoire et post-opératoire.
2. Concevoir un plan de traitement pour éliminer ou réduire les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur la cicatrisation des plaies chirurgicales au cours des phases de soins préopératoires, intra-opératoires et post-opératoires.

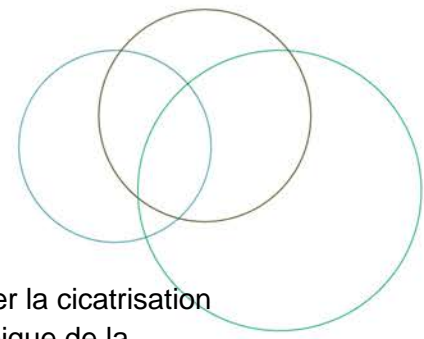
### **Préoccupations centrées sur le patient :**

3. Intégrer le patient, la famille et/ou l'aidant en tant que membre de l'équipe lors de l'élaboration des plans de soins.
4. Former le patient, la famille et/ou l'aidant pour optimiser la cicatrisation de la plaie chirurgicale.
5. Évaluer la plaie chirurgicale et documenter les résultats en utilisant une approche normalisée.





## Rupture d'une plaie



6. Débrider la plaie chirurgicale des tissus nécrotiques.
7. Éliminer ou traiter une infection du site opératoire.
8. Assurer un équilibre d'hydratation local optimal de la plaie pour favoriser la cicatrisation en choisissant un pansement approprié pour les phases aiguë et chronique de la guérison de la plaie chirurgicale.

### **Ré évaluation :**

9. Déterminer l'efficacité des interventions et procéder à une réévaluation si la cicatrisation ne progresse pas au rythme prévu. Analyser les lèvres de la plaie et le taux de cicatrisation pour déterminer si l'approche thérapeutique est optimale.
10. Considérer le recours à des traitements d'appoint et à des pansements bioactifs.

### **Préoccupations organisationnelles :**

11. Reconnaître que la guérison des plaies chirurgicales exige une approche d'équipe.
12. Mettre en œuvre un programme de surveillance du site opératoire qui traverse les frontières du milieu clinique.

## Les soins aux plaies obstétriques périnéales

(Harvey et al., 2015)

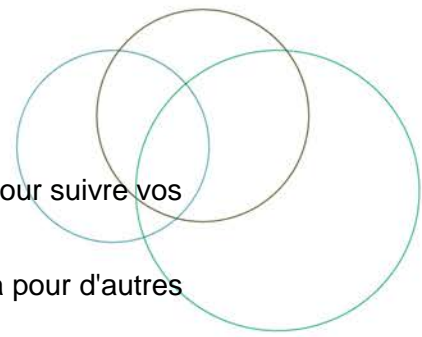
1. Les prestataires de soins obstétriques devraient suivre une politique d'épisiotomie restreinte (c.-à-d. procéder à une épisiotomie uniquement si indiqué).
2. Si l'on doit procéder à une épisiotomie, une incision médio-latérale devrait être envisagée. L'angle de coupe optimal semble être d'un minimum de 45 degrés et devrait, idéalement, se situer autour de 60 degrés.
3. Les lésions obstétricales du sphincter anal devraient être soignées par des cliniciens qualifiés. Les réparations peuvent être retardées de huit à 12 heures, sans effet préjudiciable, pour assurer la présence d'un chirurgien obstétrique d'expérience.
4. Des antibiotiques en prophylaxie devraient être administrés par voie intraveineuse en une seule dose afin de réduire les complications de plaies périnéales suite à la réparation d'une lésion obstétricale du sphincter anal.
5. Un laxatif devrait être prescrit suite à la réparation d'une lésion obstétricale du sphincter anal afin d'induire une première défécation plus rapide et moins douloureuse.

## INDICATEURS

La mesure est essentielle à l'amélioration de la qualité, surtout pour la mise en œuvre des stratégies d'intervention. Les indicateurs aident à déterminer si un impact est réel (résultat principal), si l'intervention est effectivement réalisée (indicateurs de processus) et si des conséquences imprévues en découlent (indicateurs d'équilibrage).



## Rupture d'une plaie



Voici quelques indicateurs recommandés que vous pouvez utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque cela est possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- Évaluer votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.
- Essayer d'inclure des indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscient que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité de vos résultats à d'autres.
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouverait pertinents et passionnants (IHI, 2011).

Pour en savoir plus sur la mesure visant l'amélioration, contacter l'équipe responsable des mesures de l'Institut pour la sécurité des patients : [measurement@cpsi-icsp.ca](mailto:measurement@cpsi-icsp.ca)

### Indicateurs de résultats

1. Pourcentage de patientes ayant subi une césarienne qui ont eu une rupture de plaie.
2. Pourcentage de patientes ayant une plaie obstétrique périnéale qui ont eu une rupture de plaie.
3. Pourcentage de patients ayant subi une incision chirurgicale et qui ont eu une rupture de plaie.

### Indicateurs d'amélioration des processus

#### Mesures d'amélioration des processus dans les cas d'infection du site opératoire

*(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2014)*

1. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée qui ont reçu une antibiophylaxie en temps opportun.
2. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée chez qui l'antibiophylaxie a été interrompue en temps opportun.
3. Pourcentage de patients chirurgicaux qui ont reçu une épilation appropriée.
4. Pourcentage de tous les patients diabétiques ou chirurgicaux à risque de glycémie élevée dont le niveau de glucose sérique postopératoire est contrôlé aux jours 0, 1 et 2 après l'intervention chirurgicale.



## Rupture d'une plaie

5. Pourcentage de tous les patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée en normothermie dans les 15 minutes avant la suture cutanée ou à l'arrivée en salle de réveil.
6. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée qui ont reçu un nettoyage préopératoire avec du savon ou un agent antiseptique.
7. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée dont la peau intacte a été nettoyée en peropératoire de manière appropriée.
8. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée recevant 2 grammes de céfazoline en antibioprophylaxie.
9. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée recevant un redosage approprié de l'antibioprophylaxie.
10. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée présentant des signes d'infection du site opératoire au moment du congé ou avant.
11. Pourcentage de patients avec chirurgie propre ou propre/contaminée qui ont fait l'objet d'une sélection appropriée d'antibioprophylaxie (facultatif).

### Mesures d'amélioration des processus de soins des plaies

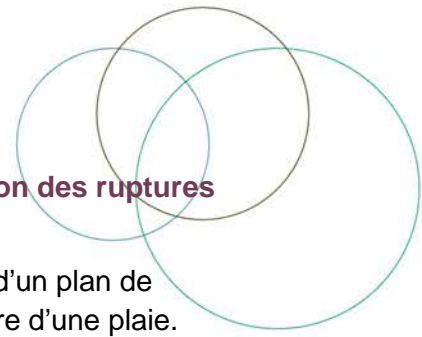
(Orsted et al., 2010)

1. Pourcentage de patients suivis pour l'évaluation des risques liés à la cicatrisation d'une plaie chirurgicale.
2. Pourcentage de patients qui ont bénéficié d'un plan de traitement personnalisé pour éliminer et réduire les facteurs de risque.
3. Pourcentage de patients/membres des familles/aidants qui ont reçu une formation sur la guérison des plaies chirurgicales.
4. Pourcentage de patients dont la plaie chirurgicale a été évaluée et documentée à partir de 48 heures après l'opération.
5. Pourcentage de patients ayant reçu un pansement approprié pour la phase aiguë de cicatrisation de la plaie chirurgicale.

### Mesures d'amélioration des processus de soins des plaies obstétriques périnéales

1. Pourcentage de patientes ayant subi une épisiotomie.
2. Pourcentage d'antibiotiques en prophylaxie administrés en une seule dose par voie intraveineuse suite à la réparation d'une lésion obstétricale du sphincter anal.
3. Pourcentage de patients à qui un laxatif a été prescrit suite à la réparation d'une lésion obstétricale du sphincter anal.





### Mesures supplémentaires d'amélioration des processus pour la prévention des ruptures de plaies

1. Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une évaluation du risque et d'un plan de soins personnalisé avant l'opération pour restreindre le risque de rupture d'une plaie.
2. Pourcentage de patients ayant une évaluation/ surveillance de la douleur complétée à tous les quatre heures ou plus.
3. Pourcentage de patients avec une douleur significative (une douleur est considérée significative lorsqu'elle dépasse le niveau cible selon l'échelle de douleur utilisée, c.-à-d. NRS  $\geq 4$  ou BPS  $\geq 6$ )
4. Pourcentage de patients qui ont bénéficié d'un plan de soins personnalisé pour restreindre le risque péri-opératoire de rupture d'une plaie.

### NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

#### Normes d'Agrément Canada

Les normes sur les services périopératoires et les interventions invasives comportent plusieurs exigences pour prévenir et minimiser l'infection, dont : informer les clients sur les moyens à utiliser pour se protéger des infections; procéder à des évaluations du risque; utiliser des plans de soins ou des directives selon les interventions pratiquées; suivre des pratiques reconnues; administrer des antibiotiques prophylactiques; utiliser des précautions contre la transmission par voie aérienne, par gouttelettes et par contact; remettre en traitement; etc. Il existe aussi des exigences relatives aux évaluations pré opératoires afin d'identifier les facteurs de risque et de discuter des options et des préférences des clients pour traiter la douleur suite à l'opération.

Les normes des services d'obstétrique intègrent les exigences relatives au traitement de la douleur et des critères pour prévenir et minimiser l'infection en fournissant aux clientes de l'information pour les aider à se préparer à une césarienne.

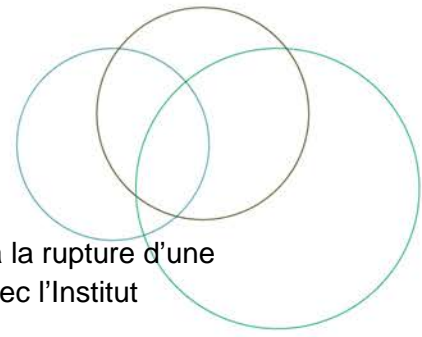
### ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Alertes mondiales sur la sécurité des patients offre l'accès et la possibilité d'apprendre de d'autres établissements sur des accidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.

#### Termes de recherche recommandés :

- Rupture d'une plaie
- Infection du site opératoire (ISO)
- Préopératoire/Postopératoire

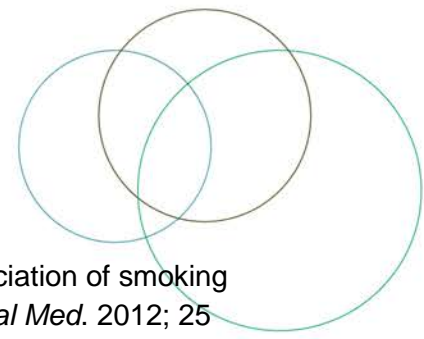




### **EXEMPLES DE RÉUSSITE**

Nous aimerions connaître une histoire traitant d'une amélioration réussie liée à la rupture d'une plaie. Si vous en connaissez une, nous apprécierions que vous la partagiez avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients via [info@cpsi-icsp.ca](mailto:info@cpsi-icsp.ca).

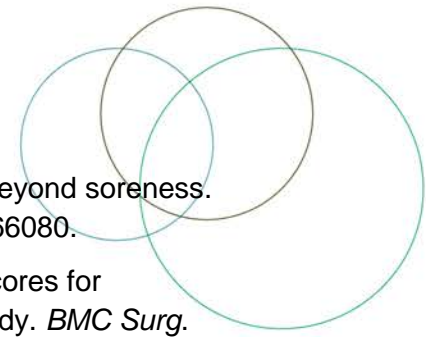




## RÉFÉRENCES

- Avila C., Bhangoo R., Figueroa R., Santorelli J., Ogburn P., Desan P.H., Association of smoking with wound complications after caesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25 (8): 1250-1253. doi: 10.3109/14767058.2011.636462.
- Basha S., Rochon M., Quinones J.N., Coassolo K.M., Rust O.A., Smulian J.C., Randomized controlled trial of wound complication rates of subcuticular suture vs staples for skin closure at caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203 (3): 285.e1-e8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.07.011.
- Broadbent E., Petrie K., Alley P.G., Booth R.J., Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosom Med.* 2003; 65 (5): 865-869.
- Butcher M., White R., Factors affecting cost-effectiveness in wound care decision making. *Nurs Stand.* 2014; 28 (35): 51-58. doi: 10.7748/ns2014.04.28.35.51.e7671.
- Demidova-Rice T., Hamblin M., Herman I.M., Acute and impaired wound healing: pathophysiology and current methods for drug delivery, part 1: normal and chronic wounds: biology, causes, and approaches to care. *Adv Skin Wound Care.* 2012; 25 (7): 304-314. doi: 10.1097/01.ASW.0000416006.55218.d0.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428147/>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant! pour la prévention des infections du site opératoire (ISO)*, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2014.  
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>
- Doughty D., Preventing and managing surgical wound dehiscence. *Home Healthc Nurse.* 2004; 22 (6): 364-367.
- Hahler B., Surgical wound dehiscence. *Medsurg Nurs.* 2006; 15 (5): 296-300.
- Harvey M.A., Pierce M., Alter J.E. et al., SOGC Clinical Practice Guidelines. Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, recognition and repair. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37 (12): 1131-1148. <http://sogc.org/guidelines/obstetrical-anal-sphincter-injuries-oasis-prevention-recognition-and-repair/>
- Hennessey D., Burke J., Ni-Dhonochu T., Shields C., Winter D.C., Mealy K., Preoperative hypoalbuminemia is an Independent risk factor for the development of surgical infection following gastrointestinal surgery. *Annals of Surgery.* 2010; 252 (2): 325-329. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181e9819a.
- Herbert L., McCormick B., Chapter 5: Respiratory disease. *Oxford Handbook of Anesthesia*, 4<sup>th</sup> Ed. Oxford University Press; 2016. doi: 10.1093/med/9780198719410.003.0005
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent surgical site infections*. Cambridge, MA: IHI; 2012.  
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventsurgicalsiteinfection.aspx>

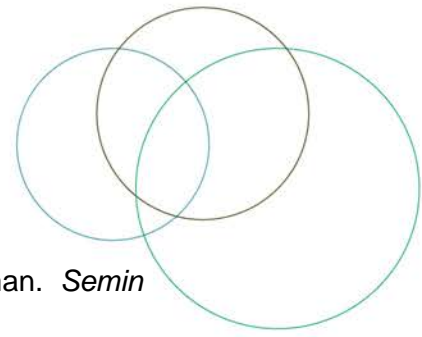




- Kamel A., Khaled M., Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: Beyond soreness. *J Obstet Gynaecol.* 2014; 34 (3): 215-217. doi: 10.3109/01443615.2013.866080.
- Kenig J., Richer P., Lasek A., Zbierska K., Zurawska S., The efficacy of risk scores for predicting abdominal wound dehiscence: a case – controlled validation study. *BMC Surg.* 2014; 14: 65. doi: 10.1186/1471-2482-14-65.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159378/>
- Lobley S., Factors affecting the risk of surgical site infection and methods of reducing it. *Clinical Feature.* 2013; 23 (4): 77-81.
- Marrs C., Moussa H., Sibai B.M., Blackwell S.C., The relationship between primary caesarean delivery skin incision type and wound complications in women with morbid obesity. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 210 (4): 319.e1-e4. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.018.
- Mizell, J., Complications of abdominal surgical incisions. *UpToDate*, 2016. Mar 30.
- Moghadamyeghaneh Z., Hanna M.H., Carmichael J.C. et al., Wound disruption following colorectal operations. *World J Surg.* 2015; 39 (12): 2999-3007. doi: 10.1007/s00268-015-3208-0.
- Moghadamyeghaneh Z., Masoomi H., Mills S.D. et al., Outcomes of conversion of laparoscopic colorectal surgery to open surgery. *JLS.* 2014; 18 (4): e2014.00230. doi: 10.4293/JLS.2014.00230. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283100/>
- Orsted H.L., Keast D.H., Kuhnke J. et al., Best practice recommendations for the prevention and management of open surgical wounds. *Wound Care Canada.* 2010; 8 (1): 6-34.  
[http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC\\_Vol\\_8\\_No1.pdf](http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC_Vol_8_No1.pdf)
- Parcells J.P., Mileski J.P., Gnagy F.T., Haragan A.F., Mileski W.J., Using antimicrobial solution for irrigation in appendicitis to lower surgical site infections rates. *Am J Surg.* 2009; 198 (6): 875-880. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.09.002.
- Ruiz-Tovar J., Santos J., Arroyo A. et al., Effects of peritoneal lavage with clindamycin-gentamicin solution on infections after elective colorectal cancer surgery. *J Am Coll Surg.* 2012; 214 (2): 202-207. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.10.014.
- Scholl D., Langkamp-Henken B., Nutrients recommendations for wound healing. *J Intraven Nurs.* 2001; 24 (2): 124-131.
- Sorensen L., Hemmingsen U., Kallehave F. et al., Risk factors for tissue and wound complications in gastrointestinal surgery. *Ann Surg.* 2005; 241 (4): 654-658.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1357070/>
- Subramanian A., Jauk V., Figueroa D., Biggio J.R., Owen J., Tita A.T., Risk factors for wound disruption following caesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 27 (12): 1237-1240. doi: 10.3109/14767058.2013.850487.
- Takoudes T., Weitzen S., Slocum J., Malee M., Risk of caesarean wound complications in diabetic gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191 (3): 958-963.







- Taylor A., Principles of pain assessment. *Wound Essentials*. 2010; 5: 104-110. [http://www.wounds-uk.com/pdf/content\\_9500.pdf](http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9500.pdf)
- Tipton A., Cohen S., Chelmow D., Wound infection in the obese pregnant woman. *Semin Perinatol*. 2011; 35 (6): 345-349. doi: 10.1053/j.semperi.2011.05.020.
- van Ramshorst G., Salu N., Bax N.M. et al., Risk factors for abdominal wound dehiscence in children: A case-control study. *World J Surg*. 2009; 33 (7): 1509-1513. doi: 10.1007/s00268-009-0058-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691929/>
- van Ramshorst G., Nieuwenhuizen J., Hop W.C. et al., Abdominal wound dehiscence in adults: Development and validation of a risk model. *World J Surg*. 2010; 34 (1): 20-27. doi: 10.1007/s00268-009-0277-y. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795859/>
- Viney R., Isaacs C., Chelmow D., Intra-abdominal irrigation at caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2012; 119 (6): 1106-1111. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182460d09.
- Wang A.S., Armstrong E.J., Armstrong A.W., Corticosteroids and wound healing: clinical considerations in the perioperative period. *Am J Surg*. 2013; 206 (3): 410-417. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.11.018.
- Widgerow A., Kalaria S., Pain mediators and wound healing – Establishing the connection. *Burns*. 2012; 38 (7): 951-959. doi: 10.1016/j.burns.2012.05.024.
- Williams M., Chames M., Risk factors for the breakdown of perineal laceration repair after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195 (3): 755-759.
- Winfield R., Reese S., Bochicchio K., Mazurski J.E., Bochicchio G.V., Obesity and the risk for surgical site infection in abdominal surgery. *Am Surg*. 2016; 82 (4): 331-336.
- Woo K.Y., Wound-related pain: anxiety, stress and wound healing. *Wounds UK*. 2010; 6 (4): 92-98. <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/wound-related-pain-anxiety-stress-and-wound-healing>

## RESSOURCES SUR LA RUPTURE D'UNE PLAIE

### Associations professionnelles et sites Web utiles

- Association canadienne du soin des plaies  
<http://cawc.net/index.php/resources/resources/clinical-practice/>
- Institut canadien pour la sécurité des patients, Infection du site opératoire  
[http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-\(SSI\).aspx](http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-(SSI).aspx)
- Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, Infection du site opératoire  
<http://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html>
- *Institute for Healthcare Improvement*, Infection du site opératoire  
<http://www.ihl.org/topics/ssi/pages/default.aspx>





### Lignes directrices sur les pratiques cliniques pour les ruptures de plaies

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Selected Best Practice and Suggestions for Improvement: PSI 14: Postoperative wound dehiscence. *Toolkit for using the AHRQ quality indicators*. AHRQ; 2016.

<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/qitoolkit/index.html>

Anderson D.J., Podgorny K., Berrios-Torres S.I. et al., Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35 (6): 605-627. doi: 10.1086/676022.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267723/>

Bratzler D.W., Dellinger E.P., Olsen K.M. et al., Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 2013; 70 (3): 195-283. doi:

10.2146/ajhp120568. <http://www.ajhp.org/content/70/3/195.long>

Chow A.W., Evans G.A., Nathens A.B. et al., Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2010; 21 (1): 11-37.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852280/>

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant! pour la prévention des infections du site opératoire (ISO)*, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2014.

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>

Harvey M.A., Pierce M., Alter J.E. et al., SOGC Clinical Practice Guidelines. Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, recognition and repair. *J Obstet Gynaecol Can*.

2015; 37 (12): 1131-1148. <http://sogc.org/guidelines/obstetrical-anal-sphincter-injuries-oasis-prevention-recognition-and-repair/>

Institute for Healthcare Improvement (IHI), *How-to Guide: Prevent surgical site infections*. Cambridge, MA: IHI; 2012.

<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventsurgicalsiteinfection.aspx>

Mangram A.J., Horan T.C., Pearson M.L., Silver L.C., Jarvis W.R., Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control*. 1999; 27 (2): 97-132.

[http://www.cdc.gov/hicpac/SSI/001\\_SSI.html](http://www.cdc.gov/hicpac/SSI/001_SSI.html)

Moghissi E.S., Korytkowski M.T., DiNardo M. et al., American Association of Clinical Endocrinologist and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes Care*. 2009; 32 (6):1119-1129. doi: 10.2337/dc09-9029.

<http://care.diabetesjournals.org/content/32/6/1119>

NICE: National Institute for Health and Care Excellence. *Surgical site infections: prevention and treatment*. NICE guidelines [CG74]. 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74>



Orsted H.L., Keast D.H., Kuhnke J. et al., Best practice recommendations for the prevention and management of open surgical wounds. *Wound Care Canada*. 2010; 8 (1): 6-34. [http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC\\_Vol\\_8\\_No1.pdf](http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC_Vol_8_No1.pdf)

Parvizi J., Gehrke T., Chen A.F., Proceedings of the international consensus on periprosthetic joint infection. *Bone Joint J*. 2013; 95-B (11): 1450-1452. doi: 10.1302/0301-620X.95B11.33135. [https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia\\_Consensus.pdf](https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia_Consensus.pdf)

### Ressources additionnelles sur la prévention des ruptures de plaies

Alanis M., Villers M., Law T.L., Steadman E.M., Robinson C.J., Complications of caesarean delivery in the massively obese patient. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203 (3): 271, e1-e7. doi: 10.1016/j.ajog.2010.06.049. [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00824-0/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00824-0/abstract)

Fitzwater J., Jauk V., Figueroa D., Biggio J.R., Andrews W.W., Tita A.T., Wound morbidity with staples compared with suture for caesarean skin closure by diabetic status. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29 (2): 279-282. doi: 10.3109/14767058.2014.998647.

De Graaf I.M., Rengerink O.K., Wiersma I.C., Donker M.E., Mol B.W., Pajkrt E., Techniques for wound closure at caesarean section: a randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012; 165 (1): 47-52. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.07.019.

Gagliardi A., Fenech D., Eskicioglu C., Nathens A.B., McLeod R., Factors influencing antibiotic prophylaxis for surgical site infections prevention in general surgery: a review of literature. *Can J Surg*. 2009; 52 (6): 481-489. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792388/>

Mackeen D., Devaraj T., Baxter J.K., Caesarean skin closure preferences: a survey of obstetricians. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013; 26 (8): 753-756. doi: 10.3109/14767058.2012.755509.

Meyer C., Rios Diaz A., Dalela D. et al., Wound dehiscence in a sample of 1 176 cystectomies: identification of predictors and implications for outcomes. *BJU Int*. 2016; 117 (6B): e95-e101. doi: 10.1111/bju.13213.

Sarsam S., Elliot J., Lam G., Management of wound complications from caesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60 (7): 462-473.

Sessler D., Non-pharmacological prevention of surgical wound infection. *Anesthesiology Clinics*. 2006; 24 (2): 279-297. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1555632/>

Wall P., Deucy E., Glantz J.C., Pressman E.K., Vertical skin incisions and wound complications in the obese parturient. *Obstet Gynecol*. 2003; 102 (5): 952-956.

