

# DERMATITE D'INCONTINENCE

LA TRAITER, LA PRÉVENIR  
ET LA DISTINGUER  
DES PLAIES DE PRESSION.

PAR **DIANE ST-CYR**, INF., STOMOTHÉRAPEUTE C(C), B.SC., M.ÉD.

L'incontinence urinaire, fécale ou mixte est un facteur de risque bien documenté d'altérations de la peau principalement chez les personnes âgées. Cet article définit la dermatite d'incontinence (DI), présente ses manifestations cliniques et propose des moyens de la traiter et de la prévenir.

## REVUE

La DI est une inflammation et un érythème de la peau avec ou sans érosion et zones dénudées, qui est causée par une exposition chronique à l'urine et aux matières fécales (Gray *et al.*, 2007). La durée et les irritants de l'exposition requis pour développer cette affection ne sont pas connus précisément (Gray, 2010). La DI est souvent classifiée par les cliniciens comme une plaie de pression de stade I ou II. Ainsi, la classification des plaies de pression de 2007 du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* précise, dans sa définition du stade II, que « ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire des déchirures cutanées, des brûlures de diachylon, des dermatites périnéales, de la macération ou des excoriations » (NPUAP, 2007).

L'implantation d'un programme structuré de soins de la peau est la pierre angulaire de la prévention et du traitement.

Les données épidémiologiques, entre autres la prévalence et l'incidence de la DI, sont peu nombreuses et varient considérablement selon les différentes méthodologies de recherche. Ainsi, le taux de prévalence varie de 5,6 % à 50 % et celui de l'incidence de 3,4 % à 25 % sur une période de quatre semaines (Gray *et al.*, 2007). La plupart des études ont eu lieu dans des établissements de soins prolongés.

Gray (2010) cite deux études de Junkin *et al.* portant sur la prévalence de la DI dans des hôpitaux de soins aigus. La première étude indique une prévalence globale de DI de 5 % parmi 976 patients de trois hôpitaux. Cette prévalence affecte toutefois 27 % de la population souffrant d'incontinence urinaire, fécale ou mixte. Une deuxième étude démontre une prévalence de 8 % dans un groupe de 607 patients de deux hôpitaux, soit 20 % de ceux souffrant d'incontinence.

## Étiologie

La peau protège notre organisme des toxines et des irritants de l'environnement externe et prévient la perte d'eau et d'électro-

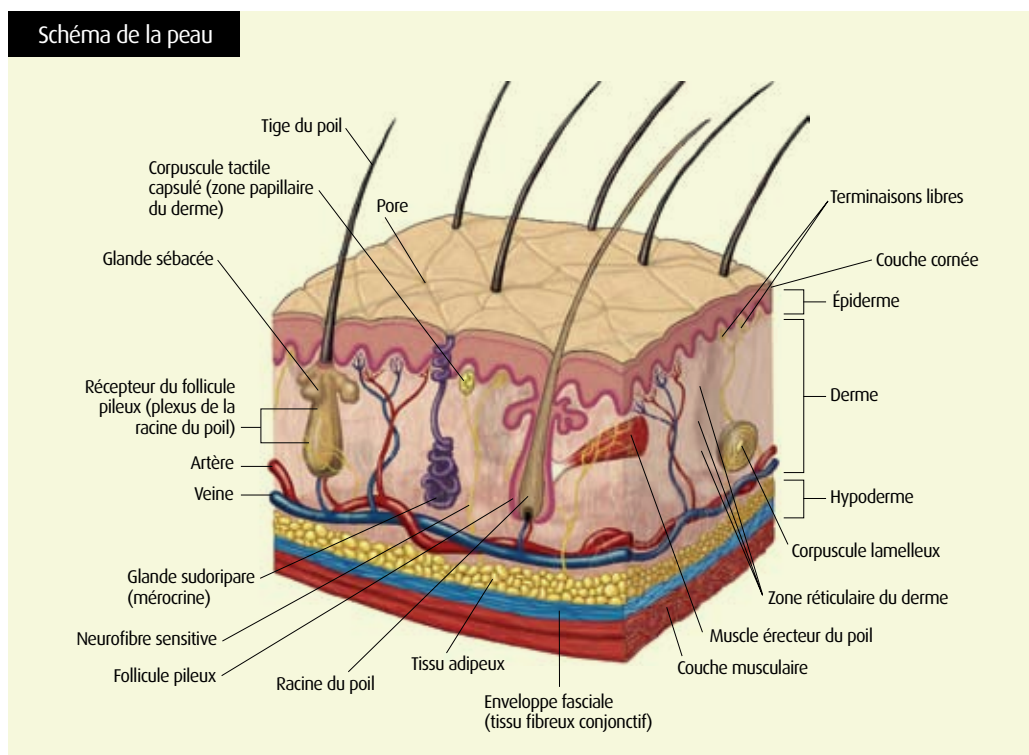
lytes de l'organisme. Gray (2010) reprend l'analogie d'un mur de briques et de mortier pour expliquer les constituants de la barrière d'humidité de la peau. Dans ce modèle, les briques sont les molécules hygroscopiques des cornéocytes qui sont des facteurs naturels d'hydratation. Ils maintiennent une humidité de 20 % dans la couche cornée. Le mortier représente les lipides intercellulaires, soit les céramides, le cholestérol et les acides gras libres. Ces lipides proviennent des granules lamellés des kératinocytes dans la couche granuleuse (OIIQ, 2007). Une peau saine a un pH acide moyen de 5,5 pouvant varier de 4 à 6,8 (Fiers, 1996). La production des lipides de la couche cornée dépend du pH.

Les changements de la peau causés par le vieillissement expliquent aussi l'augmentation des risques de la DI. Le renouvellement des cellules épidermiques étant plus lent, la barrière de la couche cornée devient moins efficace. La peau devient plus perméable et moins résistante à l'exposition aux liquides, aux produits organiques et aux microorganismes (OIIQ, 2007). La diminution de la production des lipides, dont le sébum, crée des fissures intercellulaires dans lesquelles les irritants pénètrent. La perte de sébum entraîne une déshydratation de l'organisme. La peau s'assèche et les fissures apparaissent. De 59 à 85 % des personnes âgées de plus de 64 ans ont la peau sèche, une affection appelée xérosis. L'urine et les selles s'infiltrent dans les fissures et deviennent un milieu propice à la prolifération bactérienne et aux infections cutanées secondaires (Fiers, 1996). De plus, le prurit et les excoriations dues au grattage contribuent aux complications (Lekan-Rutledge, 2006).

### Physiopathologie

À cause du peu de recherches, on ne peut décrire précisément la physiopathologie de la DI. Plusieurs agents causals ainsi que leurs interactions probables ont cependant été mis en cause. L'hypothèse retenue pour expliquer les dommages cutanés causés par l'incontinence urinaire est qu'elle favorise l'inflammation en créant

une surhydratation de la peau et une augmentation du pH cutané. L'inflammation accentue la friction de la peau contre les produits absorbants, les vêtements et la literie. Au contact de l'urine, la résistance tissulaire de la peau à la friction, au cisaillement et à la pression diminue. Et en présence de selles, l'urine active les enzymes fécales qui contribuent en plus au développement de zones dénudées (Gray, 2010). Ces enzymes lysent les protéines conte-



**Certains systèmes de classifications des DI existent dans la littérature mais ils sont peu utilisés dans les milieux cliniques.**

nues dans les kératinocytes, ce qui compromet l'intégrité cutanée (Gray, 2010). Les pathogènes détruisent les défenses cellulaires et causent des bris et des infections cutanées.

L'utilisation des culottes d'incontinence est un autre facteur de risque de fragilisation de la peau et de développement de la DI. L'occlusion prolongée augmente la transpiration qui cause un affaiblissement de la barrière protectrice épidermique. Cela augmente l'évaporation d'eau transépidermique, l'émission de CO<sub>2</sub>, le pH, la température et la charge bactérienne (Gray *et al.*, 2007). De plus, une étude de Junkin *et al.* a démontré que 18 % de 198 patients souffrant d'incontinence urinaire, fécale ou mixte présentaient une infection fongique comme complication de la DI (Gray *et al.*, 2007).

Paradoxalement, le nettoyage répété de la peau souillée par l'incontinence peut être un autre facteur prédisposant. Non seulement la friction durant le nettoyage amincit l'épiderme mais certains produits enlèvent des lipides, rendant la peau plus perméable.





Début d'une DI. Zone péri-anales enflammée aux contours irréguliers.



DI modérée. La peau est rouge vif, luisante avec des zones dénudées et suintantes.



Presque un cas sur cinq de DI se complique d'une candidose cutanée. Cette infection fongique est caractérisée par un rash maculopapulaire accompagné de pustules satellites situées en périphérie de la zone affectée (Gray, 2007).

## MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le premier signe observable est la macération de la peau causée par l'incontinence. Si l'exposition se poursuit, une inflammation survient dans les plis cutanés ou dans les zones en contact avec l'urine ou les selles. De l'œdème, des vésicules ou des bulles contenant un exsudat clair peuvent apparaître (Gray *et al.*, 2007). Chez les personnes de pigmentation claire, l'érythème est rouge vif et la surface peut être luisante en présence d'exsudat séreux. Chez les personnes de pigmentation foncée, les zones d'inflammation sont d'un rouge moins vif et peuvent devenir hyperpigmentées en comparaison avec la peau saine environnante (Gray, 2010 ; Junkin et Selekof, 2008).

La palpation peut aider à évaluer les dommages cutanés chez un patient à la peau foncée ; les zones affectées par la DI sont plus fermes ou indurées (Junkin et Selekof, 2008). Chez les personnes qui souffrent d'incontinence fécale, les zones habituellement affectées sont le pourtour de l'anus et les plis environnants. Chez les personnes

**Il est important de distinguer la plaie de pression de la DI afin de bien choisir les interventions curatives et préventives.**

ayant de l'incontinence urinaire, les zones affectées touchent les plis de la vulve ou ceux situés entre le scrotum et l'intérieur des cuisses. Chez les personnes obèses, les zones d'inflammation se trouvent dans les plis suprapubiens, dans les plis du tablier graisseux et à l'intérieur des cuisses.

Dans les cas plus graves, des zones d'érosion ou dénudées touchant les couches superficielles de la peau apparaissent. En présence de bris cutanés, les plaies sont modérément profondes et ne présentent pas de tissus nécrotiques humides ou d'escarres, à moins que l'infection ne complique les lésions (Junkin et Selekof, 2008). La douleur causée par la DI est souvent décrite comme une brûlure et des fourmillements. Elle est exacerbée et peut devenir très intense lors du nettoyage de la peau après une incontinence.

Les plaies de pression de stade I et II sont parfois confondues avec la DI. Les plaies de pression sont habituellement localisées sur les proéminences osseuses, et les rebords de ces plaies sont

TABLEAU

## DI (DERMATITE D'INCONTINENCE) OU PP (PLAIE DE PRESSION)?

Caractéristiques	DI	PP
Étiologie	Exposition à l'urine, aux selles et à la transpiration	Exposition prolongée à la pression, au cisaillement ou aux deux
Physiopathologie	Inflammation causée par l'exposition aux irritants et érosion des couches cutanées superficielles	Ischémie et destruction tissulaire
Couleur	Rouge vif chez les personnes de pigmentation claire ; rouge pâle ou hyperpigmentation chez les personnes de pigmentation foncée	Rouge foncé, marron ou violacé
Localisation	Limitée aux zones exposées à l'urine, aux selles ou aux deux, particulièrement dans les plis cutanés ou sur la peau recouverte d'un produit absorbant	Typiquement sur les proéminences osseuses
Profondeur	Épiderme, derme	Profondeur variable, peut atteindre les muscles, les fascias ou les os
Tissus nécrotiques	Typiquement absents	Tissus nécrotiques jaunes humides ou escarre noire
Exsudat	Présence fréquente d'un exsudat séreux qui donne un aspect luisant à la peau	Varie d'un exsudat séreux faible à un exsudat abondant et purulent si la plaie est infectée

généralement plus réguliers que ceux, diffus, observés en cas de DI. Les plaies de pression peuvent atteindre toutes les couches cutanées et les structures profondes et présenter des tissus nécrotiques, ce qui n'est pas le cas de la DI (voir tableau).

## PRÉVENTION

Il est important de reconnaître et de traiter les causes d'incontinence. Il faut chercher à minimiser le contact de l'urine et des selles avec la peau. L'implantation d'un programme de rappel structuré peut aider à diminuer les épisodes d'incontinence chez certains clients.

Lorsque l'utilisation de produits d'incontinence est la méthode sélectionnée, le type de produit utilisé influe sur les risques de développer une DI. Les produits jetables qui contiennent des matériaux superabsorbants (polymères ou produits gélifiants) semblent supérieurs à ceux qui contiennent de la pâte défibrée (Gray, 2010). Les produits superabsorbants gardent la peau plus sèche car l'humidité est transférée dans une couche intermédiaire. La pâte défibrée a une moins grande capacité d'absorption et la peau reste plus chaude et plus humide (Lekan-Rutledge, 2006).

L'instauration d'un programme structuré de soins de la peau est l'un des aspects de la prévention le plus souvent recommandé dans la littérature (Gray, 2007 ; Gray *et al.*, 2007 ; Junkin et Selekof, 2008).

## TRAITEMENT

En plus de traiter ou de mieux contrôler l'incontinence, les interventions curatives visent à réduire l'inflammation et à soigner les érosions et les infections causées par la DI (Gray, 2007). Les objectifs sont de protéger la peau contre les irritants, de favoriser un environnement qui permet aux érosions de se cicatrifier et de traiter les infections cutanées telle l'infection fongique. Les recherches existantes sur le traitement de la DI sont encore moins nombreuses que celles portant sur leur prévention.

Comme dans l'approche préventive, l'instauration d'un programme structuré de soins de la peau est la pierre angulaire du traitement, et ce, quelle que soit la gravité de la DI.

Changer plus souvent les couches absorbantes réduira l'exposition aux irritants (Gray, 2007). Dès l'apparition de signes de DI, Junkin et Selekof (2008) recommandent de laisser la peau à l'air le plus possible et de réserver le port des culottes d'incontinence aux séances de fauteuil ou de marche. L'utilisation d'alèzes absorbantes plutôt que de culottes, même si elles sont bien ajustées, réduit les zones de pression causées par les plis. Le cathéter urinaire externe chez l'homme est aussi une option à considérer.

Gray *et al.* (2007) recommandent d'utiliser un onguent qui contient de la gelée de pétrole, du diméthicone, du zinc, ou un produit qui les combine, ou encore une barrière liquide de copolymères pour traiter une DI modérée comportant des zones d'éro-

Les savons traditionnels assèchent la peau et modifient le pH.

## PROGRAMME STRUCTURÉ DE SOINS DE LA PEAU

Fortement conseillés, ces programmes comportent trois volets : le nettoyage, l'hydratation et la protection de la peau. Plusieurs recherches ont comparé différents protocoles. Sans avoir pu démontrer la supériorité de l'un par rapport à l'autre, les chercheurs recommandent une constance dans l'application de la méthode choisie et l'utilisation de produits de qualité. Ces facteurs semblent déterminants pour réduire l'incidence de la DI chez une population à risque (Gray *et al.*, 2007).



© Kingjon / Dreamstime.com

### NETTOYAGE

La peau de la région fessière doit être lavée quotidiennement et après chaque incontinence importante. Le nettoyage doit être fait aussi rapidement que possible réduisant ainsi la durée de contact de l'urine sur la peau. L'utilisation d'un bassin d'eau et d'un pain de savon est une méthode désuète pour laver la peau des patients à risque ou souffrant de DI. Les savons traditionnels ont un pH alcalin qui modifie le pH acide et enlèvent des lipides, ce qui accentue l'assèchement de la peau. **Savon et débarbouillette sont à proscrire.** Ils requièrent une friction nocive à la peau fragile ou blessée. Des lingettes douces préhumidifiées sont moins dommageables. Le bassin d'eau est une source importante de contamination microbienne (Lekan-Rutledge, 2006).

L'utilisation de nettoyeurs cutanés sans rinçage avec un pH acide près de celui d'une peau saine (5,0-5,9) est recommandée (Gray *et al.*, 2007 ; Gray, 2010). Leurs détergents et surfactants délogent les souillures plus facilement et réduisent la friction. Plusieurs contiennent également des émoullissants et des hydratants ou des humectants qui préservent les lipides à la surface de la peau.

### HYDRATATION

L'hydratation est un élément essentiel car elle remplace la perte de lipides intercellulaires et améliore la fonction protectrice de la peau. Il existe diverses catégories d'agents hydratants : les émoullissants remplacent les lipides, les humectants attirent l'eau dans la couche cornée et les agents occlusifs en préviennent l'évaporation (Gray, 2010 ; Leukan-Rutledge, 2006).

### PROTECTION

La protection consiste à appliquer un protecteur cutané ou une barrière contre l'humidité. Les produits barrières contiennent un ou plusieurs des protecteurs suivants : gelée de pétrole, oxyde de zinc et diméthicone (dérivé de silicone). Des études ont démontré que chacun de ces produits a ses forces et ses faiblesses dans la prévention de la DI (Gray, 2010). Les produits à base de gelée de pétrole protègent la peau contre les irritants et empêchent la macération. L'oxyde de zinc offre encore une meilleure protection. Mais ces produits barrières ont moins de propriétés hydratantes que ceux à base de diméthicone.

L'alternative à ces protecteurs cutanés en crème ou en onguent est l'application d'un liquide sans alcool qui forme une barrière d'acrylate sur la peau (barrière liquide de copolymères). Ce produit prévient l'altération des lipides intercellulaires de la couche cornée lorsqu'elle est exposée à des substances irritantes. On doit l'appliquer environ trois fois par semaine aux patients à risque de DI (incontinence urinaire, fécale ou mixte importante et fréquente) (Gray *et al.*, 2007). L'utilisation de produits qui combinent à la fois plus d'un des volets de prévention diminue le temps et les coûts de la prévention de la DI (Gray *et al.*, 2007).

sion suintantes, avec ou sans léger saignement ou en présence de petites phlyctènes. Junkin et Selekof (2008) suggèrent d'appliquer ces onguents sur des pansements non adhérents ou sur des coussinets abdominaux si la surface des lésions est étendue, et de les déposer sans utiliser d'adhésifs. Cette intervention vise à diminuer la friction et la douleur pendant l'application de la barrière en onguent.

L'application d'un mélange composé d'oxyde de zinc et de poudre absorbante (conçu pour les soins de stomies) sur les zones dénudées est aussi citée dans la littérature (Gray *et al.*, 2007). Des études en laboratoire et des essais cliniques ont démontré l'efficacité d'un onguent sous ordonnance qui contient du baume du Pérou, de l'huile de castor et de la trypsine pour promouvoir la cicatrisation des lésions modérément profondes (Gray *et al.*, 2007 ; Gray, 2010 ; Junkin et Selekof, 2008). Récemment, des études sur les dispositifs conçus pour la gestion des selles liquides ont démontré que ces dispositifs ne comportent qu'un faible risque de DI et qu'ils diminuent l'incidence des plaies de pression superficielles (stades I et II) (Gray, 2010). Ces dispositifs sont utilisés principalement dans les unités de soins spécialisés et dans des cas où la gestion de selles liquides est problématique.

Finalement, la candidose cutanée liée à la DI doit être traitée à l'aide d'une poudre ou d'une crème antifongique. Le surplus de poudre doit être enlevé et une barrière cutanée doit être appliquée pour éviter le contact des irritants sur la peau infectée. Si la crème antifongique n'est pas déjà mélangée à une barrière cutanée, par exemple l'oxyde de zinc, il faudra la recouvrir d'une barrière cutanée (Gray, 2007 ; Lekan-Rutledge, 2006). Chez la femme, un traitement local concomitant peut être nécessaire si la candidose cutanée atteint le vagin. Si l'infection fongique ne s'améliore pas après quelques jours de traitement topique, un traitement oral peut être requis.



La prévalence de la DI est élevée chez la clientèle incontinente. L'enseignement au personnel soignant permet de mettre en place des pratiques qui améliorent les soins. Par exemple, la douleur du patient peut diminuer si on réduit la friction au cours du nettoyage et si on élimine l'utilisation de produits désuets comme l'eau et le

savon. Les séquences d'application doivent être respectées pour obtenir les effets attendus.

La DI compromet l'intégrité cutanée, prédispose aux infections fongiques et aux plaies de pression et cause de l'inconfort et de la douleur. Il est important de distinguer les plaies de pression de la DI afin d'adopter les bonnes interventions préventives et curatives. La littérature recommande l'instauration d'un programme de soins de la peau structuré pour prévenir et traiter la DI. ■

*Ndlr : L'expression « dermatite d'incontinence » (DI) est l'équivalent français des expressions anglaises dermatitis associated to incontinence (DAI) ou incontinence associated dermatitis (IAD).*



**Diane St-Cyr est infirmière stomothérapeute. Elle donne de la formation et agit à titre de consultante auprès de différents établissements. Elle a fondé sa propre entreprise et travaille aussi au Centre de stomie Premier à Montréal.**

*Elle remercie Danielle Gilbert, infirmière stomothérapeute et présidente de l'Association des infirmières et infirmiers stomothérapeutes du Québec, pour la relecture de cet article.*

#### Bibliographie :

- Brown, D.S. « Perineal dermatitis risk factors: clinical validation of a conceptual framework », *Ostomy/Wound Management*, vol. 41, n° 10, nov./déc. 1995, p. 46-53.
- Fiers, S.A. « Breaking the cycle: the etiology of incontinence dermatitis and evaluating and using skin care products », *Ostomy/Wound Management*, vol. 42, n° 3, avril 1996, p. 32-40.
- Gray, M. « Incontinence-related skin damage: essential knowledge », *Ostomy/Wound Management*, vol. 53, n° 12, déc. 2007, p. 28-32.
- Gray, M., D.Z. Bliss, D.B. Doughty, J. Ermer-Seltun, K.L. Kennedy-Evans et M.H. Palmer. « Incontinence-associated dermatitis: A consensus », *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 34, n° 1, janv./févr. 2007, p. 45-54.
- Gray, M. « Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly », *American Journal of Clinical Dermatology*, vol. 11, n° 3, 2010, p. 201-210.
- Junkin, J. et J.L. Selekof. « Beyond "diaper-rash": incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing RED? », *Nursing*, vol. 38, n° 11, nov. 2008, p. 32.1-32.10.
- Lekan-Rutledge, D. « Management of urinary incontinence : skin care, containment devices, catheters, absorptive products », in D.B. Doughty (ss la dir. de), *Urinary and Fecal Incontinence—Current Management Concepts* (3<sup>e</sup> éd.), St. Louis (MO), Mosby Elsevier, 2006, p. 309-339.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). « Pressure ulcer stages revisited by the National Pressure Ulcer Advisory Panel », *Ostomy/Wound Management*, vol. 53, n° 3, mars 2007, p. 30-31.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIIQ, 2007, 486 p.

**Le Journal**, publication officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, traite des prises de positions publiques et des activités légales de l'Ordre ainsi que des plus récentes actualités professionnelles. Il est publié cinq fois par année.

**À LIRE !**  
pour tout savoir sur l'OIIQ...