

## DERMITE ASSOCIÉE À L'INCONTINENCE (DAI)

**Avertissements :** La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu. Seule la version électronique fait foi.

**Cadre de référence :** [Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand](#)  
[Information et installation du patient](#)  
[Préparation et rangement du matériel](#)  
[REFMED](#)  
[Fichier des examens](#)  
Directive institutionnelle : [Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV](#)  
Directive institutionnelle : [Port du bracelet d'identification des patients \(BIP\)](#)  
Directive institutionnelle : [Gestion de la douleur](#)

- [Définition](#)
- [Indications](#)
- [Prévention des risques](#)
- [Recommandations pratiques](#)
- [Catégorisation de la DAI](#)
- [Personnes ressources](#)
- [Références](#)

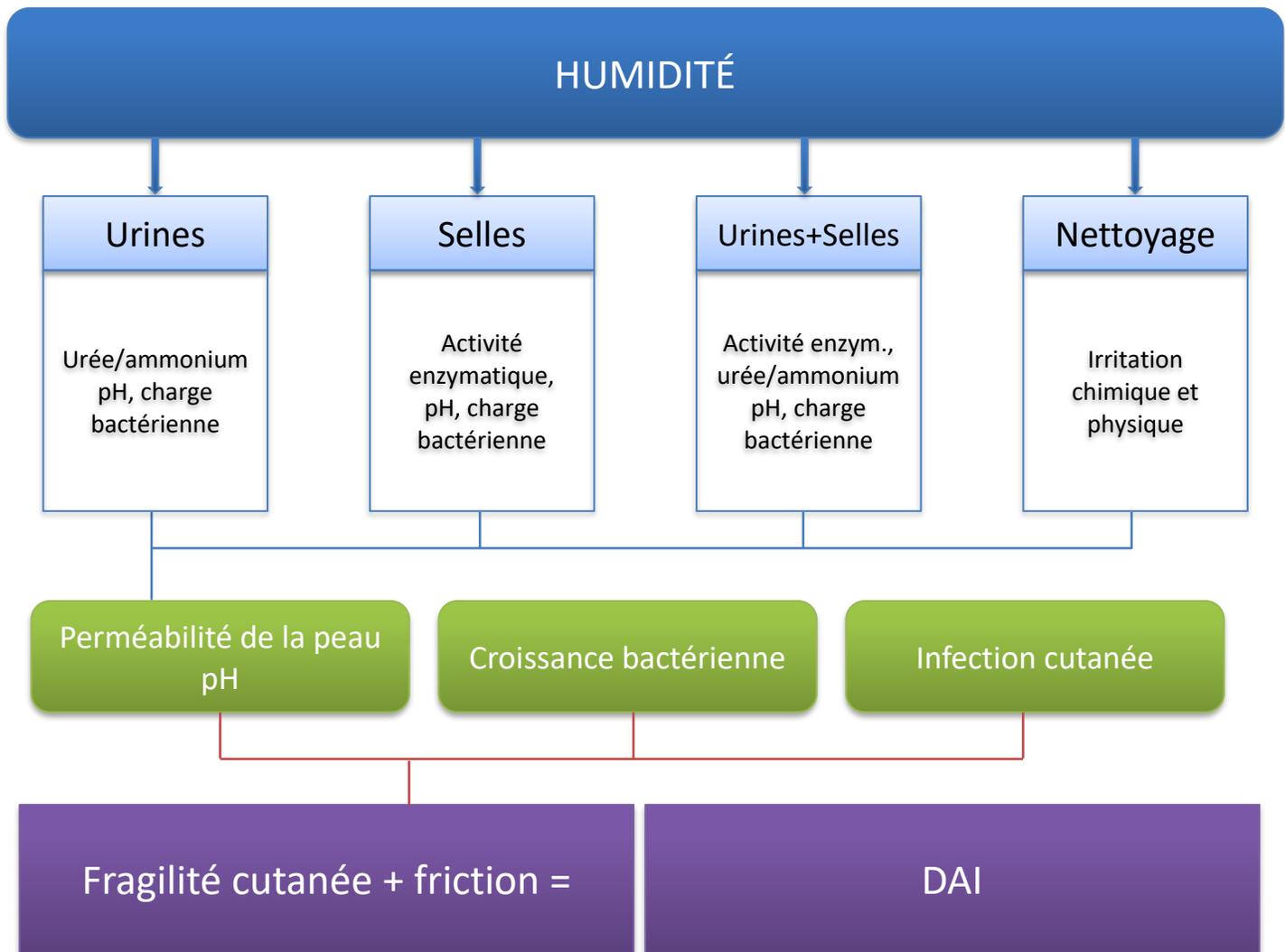
### DEFINITION

Lors d'incontinence urinaire et/ou fécale, une réaction inflammatoire de contact peut entraîner une altération de la première couche de l'épiderme du siège (couche cornée).

**La dermite associée à l'incontinence** décrit les dommages cutanés associés à l'exposition des urines et/ou des selles. La DAI peut se manifester sous forme d'érythème, d'érosion, de papules, de croûtes ou de pigmentation. Les patients peuvent exprimer de l'inconfort, de la douleur, des brûlures, des démangeaisons ou des picotements. Elle est également connue sous les noms de dermite du siège, érythème fessier, lésion de macération, lésion humide ou encore lésion miroir.

**Les mécanismes suivants occasionnent la DAI :**

- **Élévation du pH:** le mélange des selles et des urines permet aux bactéries fécales de transformer l'urée urinaire en ammoniac, entraînant une élévation du pH de la peau en contact. La couche cornée devient alors perméable et perd son rôle protecteur.
- **Réactivation enzymatique**  
Les selles contiennent des enzymes et des sels biliaires inactivés dans le tube digestif. Les enzymes sont réactivées au contact de la peau et irritent cette dernière.
- **Macération – irritations physiques et chimiques :** En cas d'exposition prolongée à l'humidité, les cornéocytes (cellules superficielles de la peau) augmentent de volume, du liquide s'accumule dans l'espace intercellulaire et crée de grands espaces de décollement. L'humidité excessive augmente le coefficient de friction de la peau, rend la peau plus perméable aux substances irritantes, offre un milieu idéal pour la prolifération bactérienne et la sensibilise aux produits chimiques.
- **Mycose:** La surinfection mycosique est fréquente et survient généralement 3 à 5 jours après une dermite d'incontinence non traitée. Elle est provoquée par la multiplication de levures type *Candida Albicans* en milieu alcalin. Elle se présente souvent comme une éruption rouge vif se diffusant depuis une zone centrale. Des lésions satellites (papules ou pustules apparaissent sur les marges de l'éruption, se propageant sur la peau saine. Pour les peaux à pigmentation foncée ou lors d'une infection prolongée, la zone centrale peut être plus foncée.



### INDICATIONS

La présence de l'incontinence urinaire et / ou fécale, même en l'absence d'autres facteurs de risque, devrait déclencher la mise en œuvre d'un protocole de prévention de la DAI approprié afin de prévenir l'exposition à l'urine et les selles et protéger la peau.

- **Prévention:** maintenir un état cutané normal
- **Traitement:** rétablir un état cutané normal

## PREVENTION DES RISQUES

<p>Principaux facteurs de risque de la DAI :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type de l'incontinence :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Incontinence fécale (diarrhée / selles formées)</li> <li>○ Double incontinence (fécale et urinaire)</li> <li>○ Incontinence urinaire</li> <li>○ Fréquents épisodes d'incontinence (surtout fécale)</li> </ul> </li> <li>• Utilisation de produits occlusifs</li> <li>• Altération cutanée (par exemple en raison du vieillissement / l'utilisation de stéroïdes / diabète)</li> <li>• Mobilité compromise</li> <li>• Conscience cognitive diminuée</li> <li>• Incapacité d'accomplir hygiène personnelle</li> <li>• Douleur</li> <li>• Température du corps élevé (pyrexie)</li> <li>• Médicaments (antibiotiques, immunosuppresseurs)</li> <li>• Dénutrition</li> <li>• Maladies graves</li> </ul> <p>Bien que l'âge accru soit associé à une prévalence plus élevée de l'incontinence, l'âge ne semble pas être un facteur de risque indépendant de la DAI</p>
<p>Evaluation du risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'état cutané des patients avec une incontinence urinaire et/ou fécale afin de vérifier les signes de la dermite d'incontinence. (1x/jour, voire plus en fonction de la fréquence des épisodes d'incontinence).</li> <li>• Identifier cliniquement le niveau de risque lié à l'humidité cutanée au travers du score de <a href="#">Braden</a></li> <li>• Inspecter les zones de la peau qui peuvent être touchés : périnée, région génitale, fesses, pli interfessier, cuisses, bas du dos, bas-ventre et plis cutanés (aine, sous le tablier graisseux) pour détecter des signes de :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Macération</li> <li>○ Érythème</li> <li>○ Présence de lésions (vésicules, papules, pustules, etc.)</li> <li>○ Erosion ou plaie ouverte</li> <li>○ Infection fongique ou bactérienne cutanée</li> </ul> </li> </ul>
<p>Traiter la cause</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les facteurs présents de diarrhée et d'<b>incontinence</b> (temporaire ou chronique), et agir si possible sur les causes (schéma WC, etc.)</li> <li>• Avoir recours aux moyens d'aide pour gérer l'incontinence (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux) voir <a href="#">tableau matériel</a></li> <li>• Améliorer la prise en charge de l'incontinence urinaire et amorcer une réflexion, sur les différents types d'incontinence, les facteurs favorisants, les problèmes qui en découlent, les risques qui y sont liés, les protections existantes et enfin, des conseils pour y remédier (<a href="#">cf poster B. Novel</a>)</li> </ul>
<p>Douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins lors de dermite associée à l'incontinence peuvent être douloureux et nécessiter une antalgie préventive, sur prescription médicale</li> </ul>

## RECOMMANDATIONS

- La DAI et l'escarre ont un certain nombre de facteurs de risque en commun et les deux conditions sont plus susceptibles de survenir chez les patients qui ont des problèmes de santé et de mobilité. Lorsque la DAI se produit, il y a un risque élevé pour le développement de l'escarre ainsi qu'un risque accru d'infection et de morbidité. Il a été également démontré que le risque de développer des escarres augmente le score de sévérité de la DAI.
- Tous les patients souffrant d'incontinence sont à risque d'une dermatite associée à l'incontinence. Un plan de prévention individualisé devrait être mis en œuvre pour réduire le risque à la fois de la DAI et celui d'une escarre. Si l'incontinence est persistante, il est important de mettre en place des actions en vue du retour à domicile du patient.
- L'information et l'enseignement des principes destinés à prévenir l'apparition d'une dermatite associée à l'incontinence à l'attention du patient et son entourage a pour objectif de favoriser une démarche de collaboration, une implication du patient/entourage pour l'application de mesures préventives et la compréhension des actions soignantes.
- Il est souvent difficile pour les cliniciens d'identifier correctement la DAI et de la distinguer de l'escarre (Catégorie I ou II) et d'autres maladies de la peau, telles que la dermatite de contact, ou les lésions dues à des infections (par exemple de l'herpès simplex) ou la transpiration (par exemple, l'intertrigo).
- **Si le patient n'est pas incontinent, il ne s'agit pas d'une DAI**
- Il est donc important de bien différencier les lésions cutanées liées à un excès d'humidité et celles relevant des escarres.
- Si l'étiologie de l'érythème n'est pas clair, des interventions pour la gestion à la fois de la DAI et de prévention d'escarre devraient être mises en œuvre et examinées afin d'évaluer la réponse attendue.

DAI	Caractéristiques	Escarre
Humidité	Origine	Pression / cisaillement
Rougeur irrégulière	Couleur	Rougeur régulière
Périnéale ou péri-génitale	Localisation	Saillis osseuses
Diffuse, lésion miroir	Forme	Lésion unique
Superficielle	Profondeur	Superficielle - profonde
Absent	Tissu nécrosé	Possible
Diffus, irréguliers ou linéaire	Berges / Bords	Distincts
		<b>Exemples</b> 

## CATEGORISATION DE LA DAI

L'outil *Gent Global IAD Categorization (GLOBIAD)* est le résultat d'un projet de deux ans impliquant 22 experts internationaux et 823 cliniciens de 30 pays.

Le GLOBIAD classe la sévérité de la DAI en fonction de l'inspection visuelle des zones cutanées affectées. Il vise à créer une description internationalement acceptée de la gravité de la DAI et à uniformiser la documentation de cette affection dans la pratique clinique et la recherche.

### — Catégorie 1: Rougeur persistante —

#### 1A - Rougeur persistante sans signes cliniques d'infection



##### Critère critique

- Rougeurs persistantes  
Il peut y avoir différents types de rougeurs.  
Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle que la normale, plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.

##### Critères additionnels

- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

# 1A

### — Catégorie 2: Perte de substance cutanée —

#### 2A - Perte de peau sans signes cliniques d'infection



##### Critère critique

- Perte de substance cutanée  
La perte de peau peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules endommagées ou érodées ou de bulles), de la dénudation, de l'excoriation.  
L'endommagement de la peau peut être diffus.

##### Critères additionnels

- Rougeurs persistantes  
Il peut y avoir différents types de rougeurs. Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle ou plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

# 2A

#### 1B - Rougeur persistante avec signes cliniques d'infection



##### Critères critique

- Rougeurs persistantes  
Il peut y avoir différents types de rougeurs.  
Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle que la normale, plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Signes d'infection  
Par exemple, une décoloration de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à *Candida albicans*)

##### Critères additionnels

- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

# 1B

#### 2B - Perte de peau avec signes cliniques d'infection



##### Critères critique

- Perte de substance cutanée  
La perte de peau peut se présenter sous forme d'érosion cutanée (peut résulter de vésicules endommagées ou érodées ou de bulles), de la dénudation, de l'excoriation.  
L'endommagement de la peau peut être diffus.
- Signes d'infection  
Par exemple, une décoloration de la peau (suggérant une infection fongique) ou des lésions satellites (pustules entourant la lésion, suggérant une infection fongique à *Candida albicans*), fibrine visible dans le lit de la plaie (jaune/brun/grisâtre), coloration verte dans le lit de la plaie (indiquant une infection bactérienne par *Pseudomonas aeruginosa*), exsudats excessifs, exsudat purulent (pus) ou aspect brillant au lit de la plaie.

##### Critères additionnels

- Rougeurs persistantes  
Il peut y avoir différents types de rougeurs. Les patients avec des couleurs de peau plus foncées, la peau peut être plus pâle ou plus foncée que la normale, ou de couleur pourpre.
- Des zones sombres ou une décoloration cutanée d'une lésion antérieure (cicatrisée)
- Apparence brillante de la peau
- Peau macérée
- Vésicules et bulles intactes
- La peau peut être tendue ou gonflée à la palpation
- Des brûlures, des picotements, des démangeaisons ou des douleurs

# 2B

Cellule Plaies et cicatrisation : 021 314 24 98

Dr Chahin Achtari, Médecin-chef Gynécologie, MER, CHUV, Lausanne

Dr Paul Bigliardi, Médecin-adjoint Dermatologie, CHUV, Lausanne

Beeckman D et al. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015.

Available to download from [www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)

Beeckman D. et al. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group – Ghent

University 2017. Available to download from [www.UCVVGent.be](http://www.UCVVGent.be)

Cette version annule et remplace toute version antérieure.	Version : 2.0
Création : Lucie Charbonneau, Infirmière spécialiste clinique plaies & cicatrisation	
Experts consultés : Cellule plaies et cicatrisation	Date révision : Février 2019