



# *Les escarres prévention et prise en charge*



Service des Urgences de Monastir

*Dr kaouthar Beltaief*

*10.11.14*

# *Introduction- Définition*

- Eskarré : croute en grec.
- L'escarre : une lésion cutanée d'origine **ischémique** liée à une **compression** des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses
- Le rôle de la pression et de la perte de mobilité est prédominant.



L'escarre vient de l'intérieur et une partie des lésions  
n'est pas visible

- **Trois types d'escarres selon la situation**

- ✓ **Escarre « accidentelle »:**

Liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience

- ✓ **Escarre « neurologique »:**

Conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive.

Topographie surtout sacrée ou trochantérienne

- ✓ **Escarre « plurifactorielle »:**

Du sujet confiné au lit et/ou au fauteuil, polypathologique, en réanimation, en gériatrie ou en soins palliatifs,

Les localisations peuvent être multiples et le pronostic vital peut être en jeu

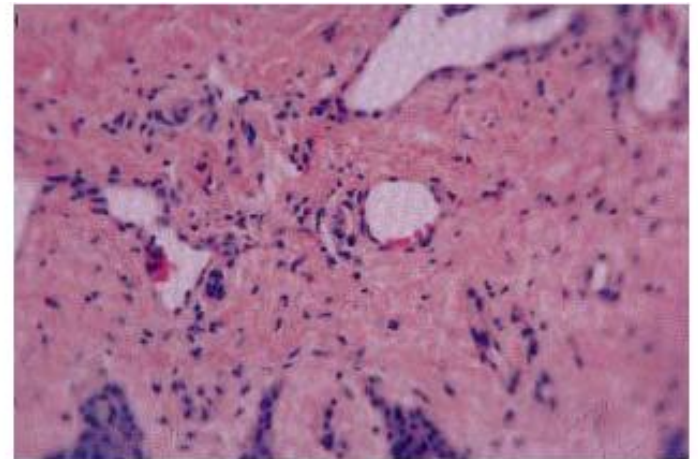
- L'escarre entraîne principalement **douleur** et **infection**.
- Prévalence :  
En France, une étude récente dans un service d'oncologie:  
5 %
- Incidence :  
en France, varie de 7% à 12%
- L'escarre est une maladie coûteuse qui altère la qualité de vie du patient (le coût moyen de la prise en charge d'une escarre constituée: plus de 50 000 euros )

# *Classification des escarres*

- **Stade 0** : HYPERHÉMIE RÉACTIONNELLE
- **Stade 1** : ROUGEUR
- **Stade 2** : DESIPERDIMISATION
- **Stade 3** : NECROSE
- **Stade 4** : ULCERE

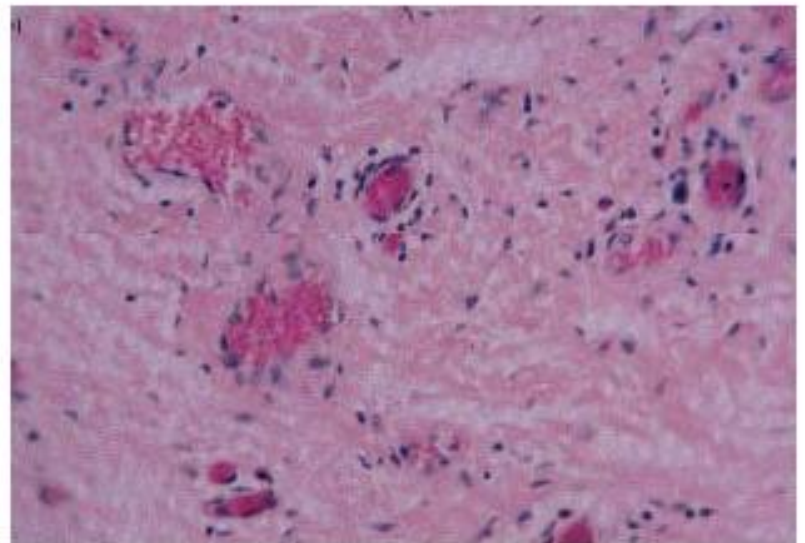
# Stade 0 : hyperhémie réactionnelle

- Rougeur qui blanchit à la pression du doigt
- Réapparition de la peau normale < 24 h
- Histologie : oedème, dilatation vasculaire, infiltrat périvasculaire



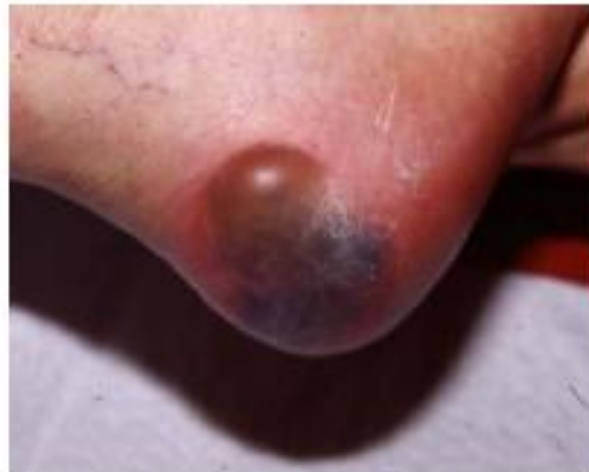
# Stade 1 : rougeur persistante

- Rougeur qui ne blanchit pas à la pression du doigt
- Persiste après 24 h
- Histologie : engorgement des hématies, dilatation vasculaire, oedème, infiltrat périvasculaire



# Stade 2 = DESIPERDIMISATION

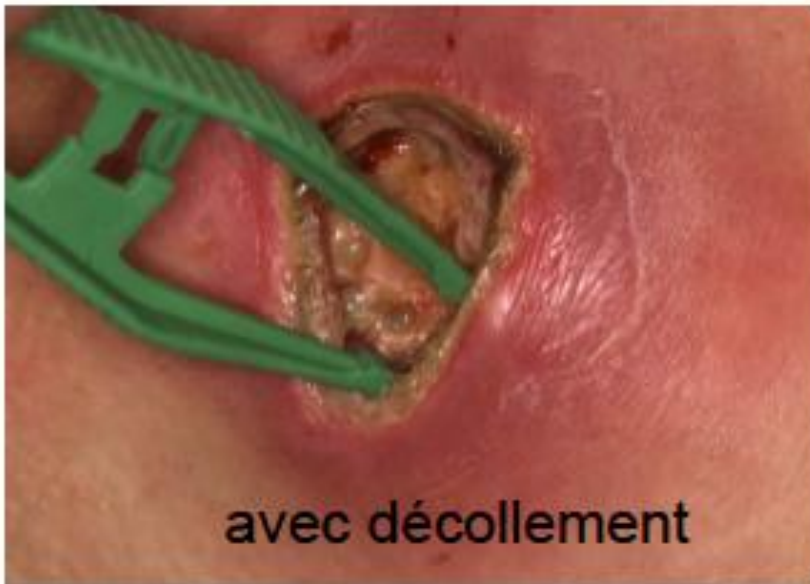
- Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion, une ulcération superficielle





# Stade 3 = NECROSE

- Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique



# Stade 4 = ULCERE

- Perte de substance atteignant ou dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscle ou tendon



**os**



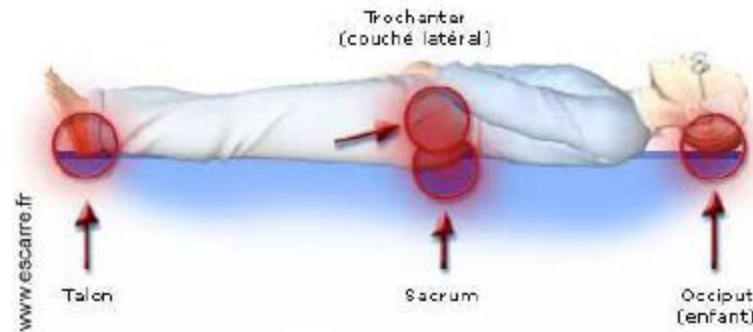
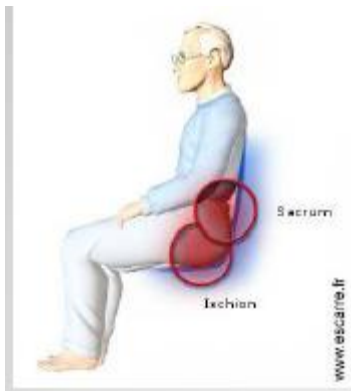
**muscle**



**articulation**

# Localisations plus fréquentes des escarres

- 40% siègent au niveau du sacrum
- 40% siègent au niveau des talons
- Ischions, trochanter, occiput en pédiatrie



# *Facteurs de risque des escarres*

- ***Facteurs extrinsèques :***

- ✓ **La pression:**

La force exercée sur la peau par le support. Son intensité, sa durée et son gradient interviennent dans la survenue d'escarres

- ✓ **La friction:**

Lésion directe sur la peau provoquant une abrasion

- ✓ **Le cisaillement:**

Les forces s'appliquant obliquement sur les plans cellulaires sous-cutanés (eg. le corps en position semi-assise glissant vers le bas)

- ✓ **La macération de la peau.**

- ***Facteurs intrinsèques :***

- ✓ L'immobilité due soit aux troubles de la conscience soit aux troubles moteurs
- ✓ L'état nutritionnel et la malnutrition
- ✓ L'incontinence urinaire et fécale
- ✓ L'état de la peau
- ✓ La baisse du débit circulatoire
- ✓ La neuropathie ( perte de sensibilité et incapacité de changer de position)
- ✓ L'état psychologique ( manque de motivation)
- ✓ L'âge
- ✓ La déshydratation
- ✓ Les pathologies chroniques graves et la phase terminale de pathologies graves.

# *Échelles de risque d'escarre*

- La nécessité de mettre en route des mesures préventives de la survenue d'escarres face à de très nombreux facteurs de risque a conduit les soignants à élaborer des échelles de risque.

## ❑ L'échelle de BRADEN ++:

Simple et claire d'utilisation, la plus utilisée

## ❑ L'échelle de WATERLOW :

Complexe, destinée à la pratique pluridisciplinaire hospitalière et aux services de chirurgie

## ❑ L'échelle de NORTON :

Ancienne, plus simple mais ne prend pas en compte le statut nutritionnel du patient

**L'analyse par un outil d'évaluation doit être complétée par un jugement clinique**

## Echelle de BRADEN

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

≥ 18 : risque bas

13 à 17 : risque modéré

8 à 12 : risque élevé

≤ 7 : risque élevé



# Echelle de WATERLOW

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Omateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
		Chirurgie / Traumatisme
		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque      > 15 : haut risque      > 20 : très haut risque

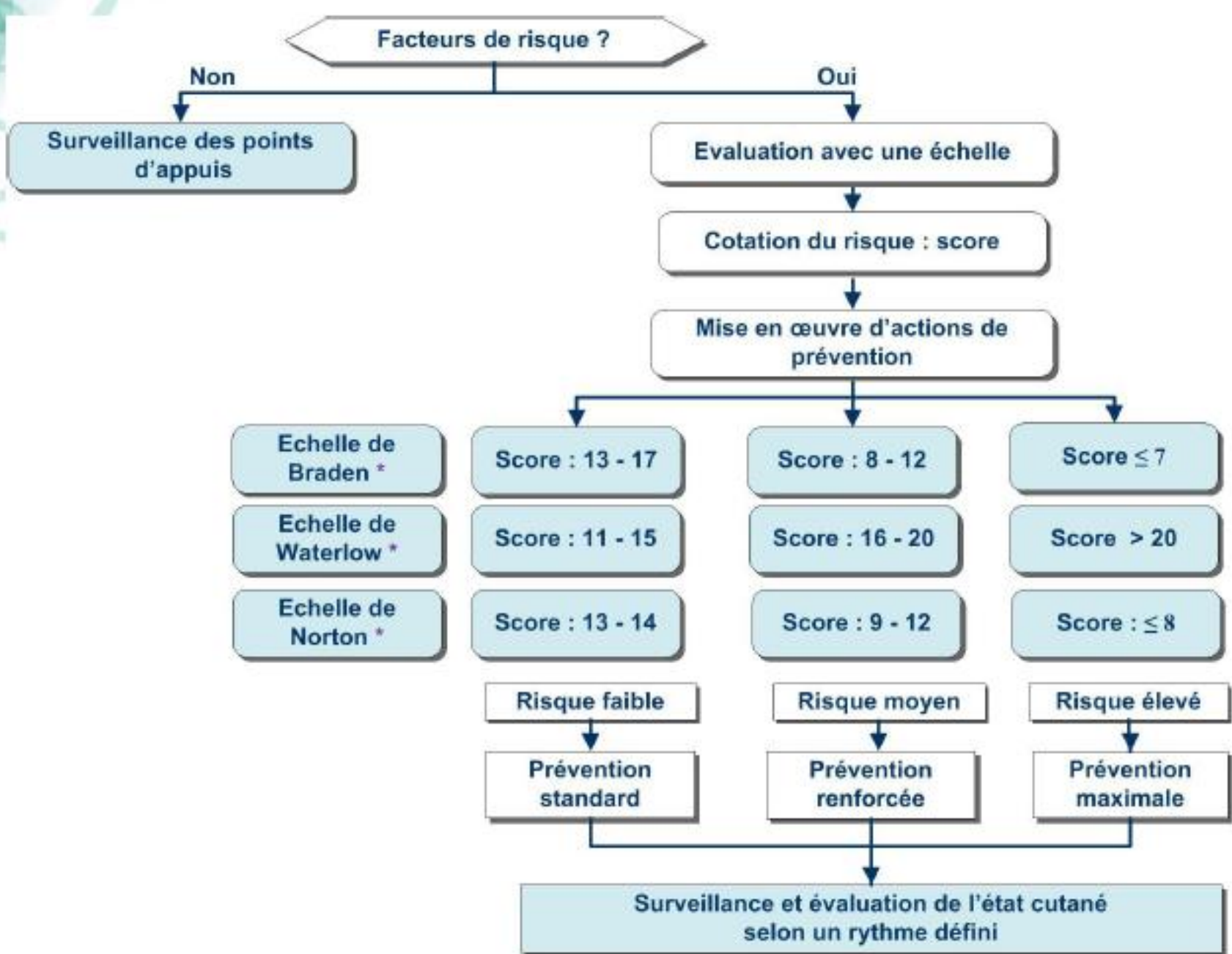
\*Poids par rapport à la taille

## Echelle de NORTON

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence
1 mauvaise	1 stuporeux	1 couché	1 immobile	1 fécale et urinaire
2 pauvre	2 confus	2 fauteuil	2 très limitée	2 urinaire
3 moyenne	3 apathique	3 marche aidée	3 peu limitée	3 occasionnelle
4 bonne	4 alerte	4 ambulant	4 complète	4 continent

≤ 16 : risque élevé

> 16 : risque bas



\* Consensus AFSOS sur les cut-off

	<b>Prévention standard</b>	<b>Prévention renforcée</b>	<b>Prévention maximale</b>
<b>Soins d'hygiène corporelle</b>	1/jour	2/jour	3/jour
<b>Surveiller les points d'appui</b>	2/jour	<u>Au moins</u> 3/jour	Toutes les 4h et/ou à chaque change
<b>Choix du matelas</b>	Mousse à mémoire de forme et / ou coussins de positionnement	Mousse à mémoire de forme ou à air dynamique	A air dynamique systématiquement
<b>Diététique/ Nutrition</b>	Diététicienne Régime alimentaire personnalisé	Diététicienne Régime alimentaire renforcé en protéine	Diététicienne : visites régulières Surveillance de l'apport protéique
<b>Traitement antalgique</b>	Prescrire un traitement approprié, si besoin	Prescrire un traitement approprié et évalué quotidiennement	Adapter le traitement antalgique selon les évaluations régulières
<b>Information du patient</b>	Motivation du patient à des mobilisations régulières		
<b>Eduquer le patient et sa famille</b>	Sur les mobilisations régulières	Sur les risques évolutifs de l'escarre	
<b>Kinésithérapie</b>	Autant que de besoins		
<b>Transmissions écrites</b>	Oui Régulières	Oui Régulières et précises	
<b>Planifier les mobilisations</b>	En service de soins, planning mural : mobilisations	En service de soins, planning mural : soins et mobilisations	

# *Les mesures générales de prévention*

- La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres
- Commence dès l'identification des facteurs de risque
- Concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient.
- S'applique à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque (stade 0)
- Vise à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients qui en ont déjà développé

# 1. Identifier les facteurs de risque

- Jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée / Braden
- Principales données à analyser dans le jugement clinique:

---

État d'affaiblissement général

Réduction de la mobilité

Troubles de la sensibilité

Modifications de la peau et de la masse musculaire associées à l'âge

Mauvais état nutritionnel

Présence de maladie chronique

Incontinence

Problèmes de soins personnels

Traitement médicamenteux

---

## 2. Diminuer la pression

- La pression est le facteur le plus important dans le développement des escarres → Il faut éviter les appuis prolongés
- La mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche sont préconisées aussi précocement que possible surtout pour les personnes âgées
- effectuer des changements de position toutes les 2 ou 3 heures
- L'alternance entre la position assise au fauteuil ou couchée est recommandée (< 2 heures si patient à haut risque)

- Au lit: alterner le décubitus dorsal - le décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit. (éviter décubitus latéral à 90° car risque d'escarre trochantérienne)
- La position semi-assise, dossier à 30°, peut être utilisée car elle réduit la pression ischiatique mais nécessite l'élévation des membres inférieurs pour éviter le glissement du patient provoquant des cisaillements de la peau.
- Ces installations peuvent être complétées par l'utilisation d'accessoires de positionnement adaptés (oreillers, mousses)



## 3.Utiliser des supports

- L'utilisation de supports (matelas, surmatelas, coussins de siège) adaptés au patient et à son environnement est recommandée

## 4. Observer l'état cutané

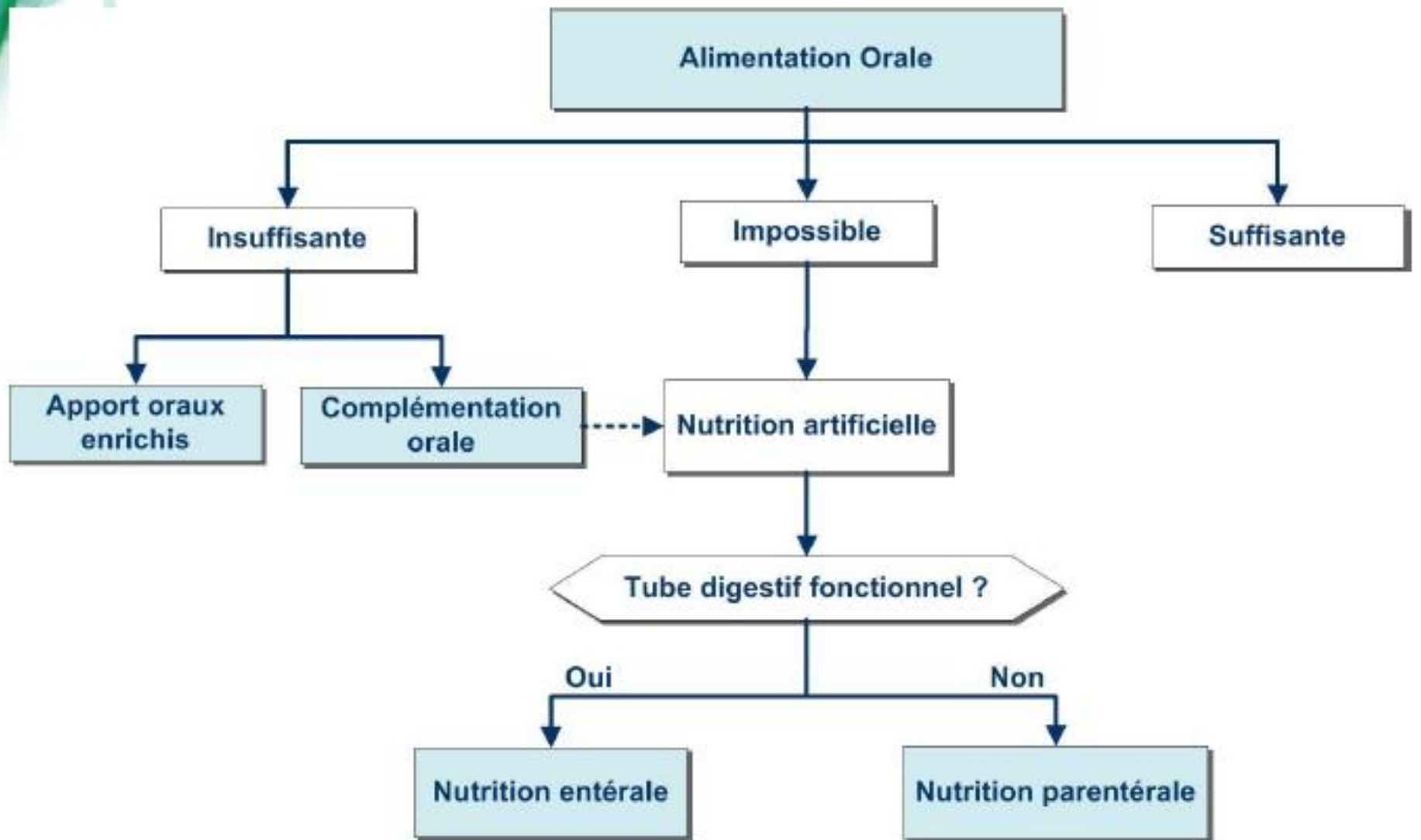
- L'observation et la palpation régulières de l'état cutané permettent d'examiner les zones à risque et de détecter tout signe précoce d'altération cutanée
- Le massage et la friction des zones à risque sont **interdits** (diminution du débit microcirculatoire moyen et effet traumatisant sur la peau des zones à risque)

## 5. Maintenir l'hygiène de la peau

- La toilette corporelle doit être **quotidienne**, précautionneuse sur les zones à risque
- Les soins d'hygiène sont **renouvelés** lors des changes des patients incontinents et/ou qui transpirent, afin d'éviter la macération et l'irritation cutanée

## 6. Assurer l'équilibre nutritionnel

- L'évaluation de l'état nutritionnel comprend le poids et l'index corporel ; la notion de perte de poids récente ; l'aspect clinique (atrophie cutanée, musculaire ..) ; l'évaluation des prises alimentaires
- Chez le patient en carence d'apport alimentaire: assurer une reprise progressive des apports protéiques, vitaminiques et caloriques



+ Conseils diététiques + Education du patient et information de la famille

# 7. Prise en charge de la douleur

- Origines de la douleur :

## **-Réfection des pansements :**

- Antalgiques par voie générale administrés avant le soin (morphiniques si besoin)
- ou Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) au cours du soin

## **-Retrait des pansements :**

Humidification préalable au sérum physiologique des pansements.

## **-Soins de la plaie (comme la détersion) :**

- Application d'anesthésiques locaux tels que : Pommade EMLA<sup>®</sup>, pulvérisation de lidocaïne 5 %
- Pansement hydrocellulaire à l'ibuprofène (A évaluer dans les plaies détergées non infectées).

## **- Douleur de fond/chronique**

## 8. Assurer la continuité des soins

L'ensemble des recommandations

internationales insiste sur l'enregistrement et

la **documentation** des interventions.

## 9. Education du patient et de sa famille

- Changements de position ou les auto-soulèvements (quelques secondes toutes les demi-heures).
- Positionnement optimal du patient.
- Intérêt d'une nutrition adaptée.
- Hygiène rigoureuse ainsi que le change régulier de la literie doivent être expliqués.
- Choix des vêtements afin de prévenir les phénomènes de compression, frottement, strictions.



# Prise en charge de l'escarre constituée

## 1. Principes généraux du traitement de l'escarre

- Le traitement de l'escarre est à la fois **local et général**.
- Le succès du traitement est conditionné par une prise en charge **pluridisciplinaire**, l'adhésion des soignants à un **protocole** de soins et la participation active du **patient** et de sa famille.
- Les massages sont **à interdire** ainsi que les frictions, les produits entraînant une dessiccation de la peau (produits alcoolisés) et les colorants type éosine
- Les soignants doivent **anticiper la douleur** du soin et assurer l'analgésie avant le pansement.

## 2. Mesures thérapeutiques spécifiques aux différents stades

- **Principes de nettoyage de la plaie:**
- **Le sérum physiologique** ou chlorure de sodium à 0,9 % est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres à tous les stades.
- Limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques (effets négatifs: sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation).

- **Traitement de la rougeur et de la phlyctène:**

Réversibilité rapide des lésions avec des techniques de prévention ou des soins adaptés

- *Au stade de la rougeur (stade 1)*

- Rechercher et supprimer des points d'appui en utilisant un support
- Protéger la peau si besoin (urines, macération) par un film semi-perméable ou un hydrocolloïde transparent)
- changer régulièrement les positions toutes les 2 à 3 heures.

## □ Au stade de la phlyctène (stade2)

- Réaliser une brèche de taille suffisante avec un bistouri pour évacuer le contenu avec maintien du toit de la phlyctène si possible
- Recouvrir par un pansement hydrocolloïde ou un pansement gras afin de maintenir un environnement humide favorable aux conditions de cicatrisation
- Mettre la phlyctène hors d'appui dans la mesure du possible.

- **Traitement des stades 3 et 4:**

L'élimination des tissus nécrosés, le contrôle des exsudats et de l'infection sont des temps essentiels qui favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation spontanés ou préparent le recouvrement chirurgical des escarres.

## ❖ *Les étapes de la stratégie de soins:*

- appliquer les principes d'**hygiène** pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée
- réaliser une **détersion précoce**, répétée et soigneuse, sans traumatisme pour la plaie et indolore pour le patient
- choisir des produits et des pansements en fonction du stade de la plaie et de l'état du patient.

## ❖ *Détersion de la plaie:*

- La cicatrisation dépend de la gestion de l'humidité de la plaie, et la détersion s'oriente surtout vers la **détersion mécanique** et l'utilisation de **pansements** qui permettent de créer le milieu idéal à la cicatrisation de la plaie.
- La détersion soigneuse est la condition de la cicatrisation ; elle élimine au fur et à mesure de la réfection des pansements tous les tissus nécrotiques

- **La détersion mécanique** est indispensable en cas de nécrose aiguë.
- Elle est réalisée au lit du patient dès sa constitution avec des pinces et ciseaux à bouts ronds.
- L'excision se fait du centre vers les berges, elle ne doit provoquer ni douleur ni saignement.
- Elle est suivie de l'application d'un pansement humide.



## ❖ *Choix des pansements de recouvrement:*

Actuellement aucun pansement idéal n'existe.

<b>ÉTAT DE LA PLAIE</b>	<b>TYPE DE PANSEMENT</b>
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local * Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

*\* Il serait souhaitable de disposer de pansements corticoïdes sans antibiotique*

## • **Traitement de l'escarre infectée:**

- L'infection, suspectée sur les signes locaux, est affirmée au-delà de  $10^5$  germes/ml
- Le risque: la propagation à l'os et de septicémie
- Le traitement local comporte la détersion **quotidienne** (voire biquotidienne)
- Le traitement **antibiotique** par voie **générale**, ajusté en fonction de l'antibiogramme, doit être intégré dans le cadre d'une stratégie globale médico-chirurgicale

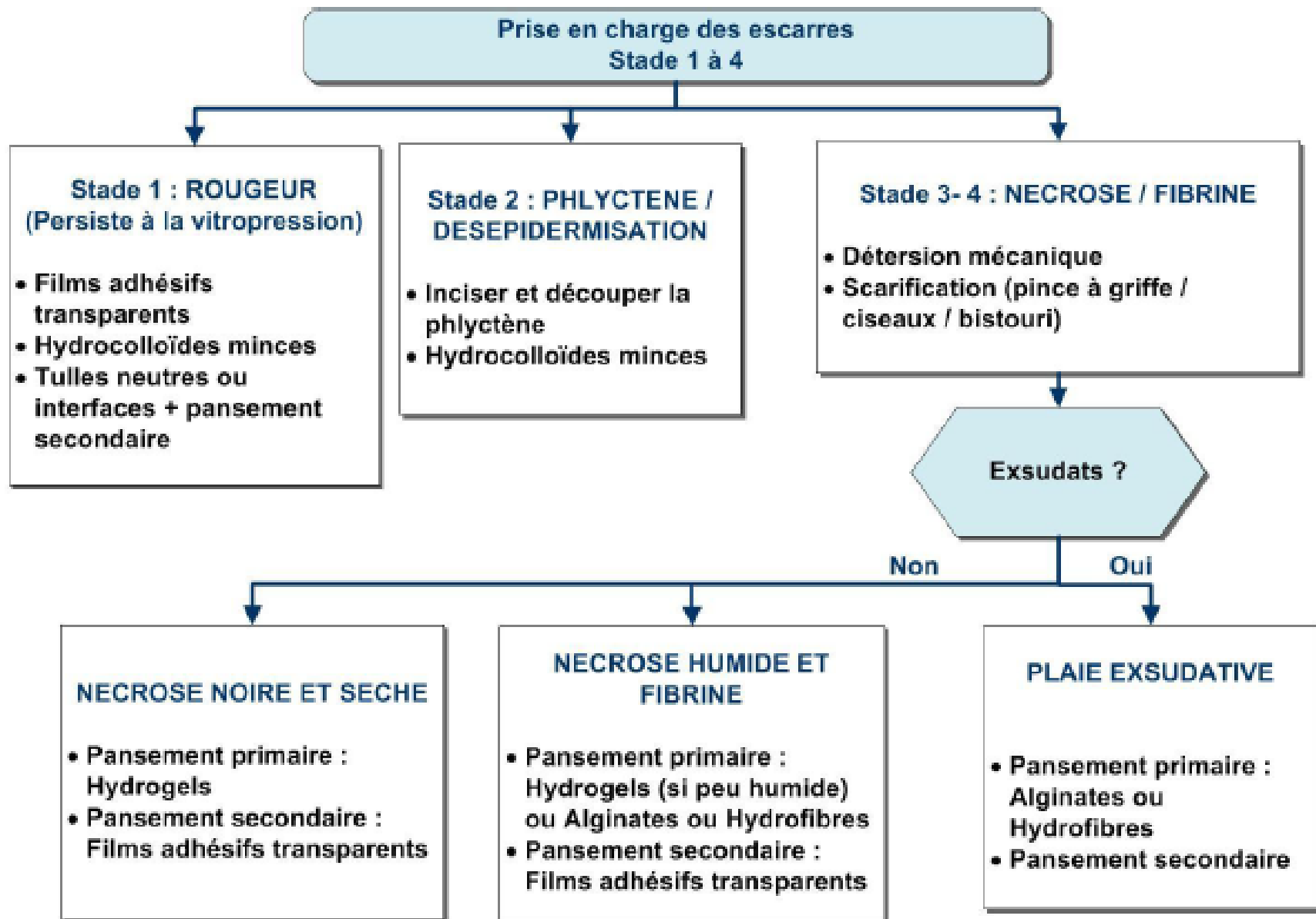
## • Traitement chirurgical de l'escarre:

Indiqué si:

- Nécrose tissulaire importante afin de prévenir l'infection.
- Lorsque les structures nobles sont exposées et donc menacées comme les axes vasculo- nerveux, les capsules articulaires ou les tendons.
- Lorsque l'os est à nu (ostéite ).
- Escarre infectée, avec ou sans signes généraux.

- Le traitement chirurgical de l'escarre doit permettre :
  - L'excision suffisante des tissus nécrosés ;
  - Le comblement de la perte de substance ;
  - Le respect maximal du capital cutané et musculaire de voisinage

- Les soins postopératoires sont une condition du succès de l'acte chirurgical. Ils sont basés sur :
  - une surveillance méticuleuse de l'état cutané local, de l'aspect de la plaie et des sutures
  - une mise en décharge avec l'adaptation d'un support
  - l'équilibre nutritionnel et hydro-électrolytique
  - la mise en oeuvre à tous niveaux d'une stratégie de prévention secondaire



👉 Eviter les renouvellements de pansement trop fréquents, respecter les recommandations du fabricant et la surveillance de la plaie.

👉 Transmissions écrites : utilisation de fiches de suivi.

## *les supports de prévention et de traitement des escarres*

- L'intérêt d'un support pour la diminution de la pression a été démontré en comparaison avec un matelas standard
- Les études démontrant l'intérêt de tel support par rapport à tel autre sont peu nombreuses et peu convaincantes

## □ Les supports statiques

- Permettent l'augmentation de la surface d'appui du patient sur le support
- Comprennent:
  - matelas de mousse
  - matelas à air
  - matelas à eau
  - autres matelas : latex, gel, mousse visco-élastique, fibres de polyester
  - surmatelas : en fibres siliconées, à eau, à air statique..





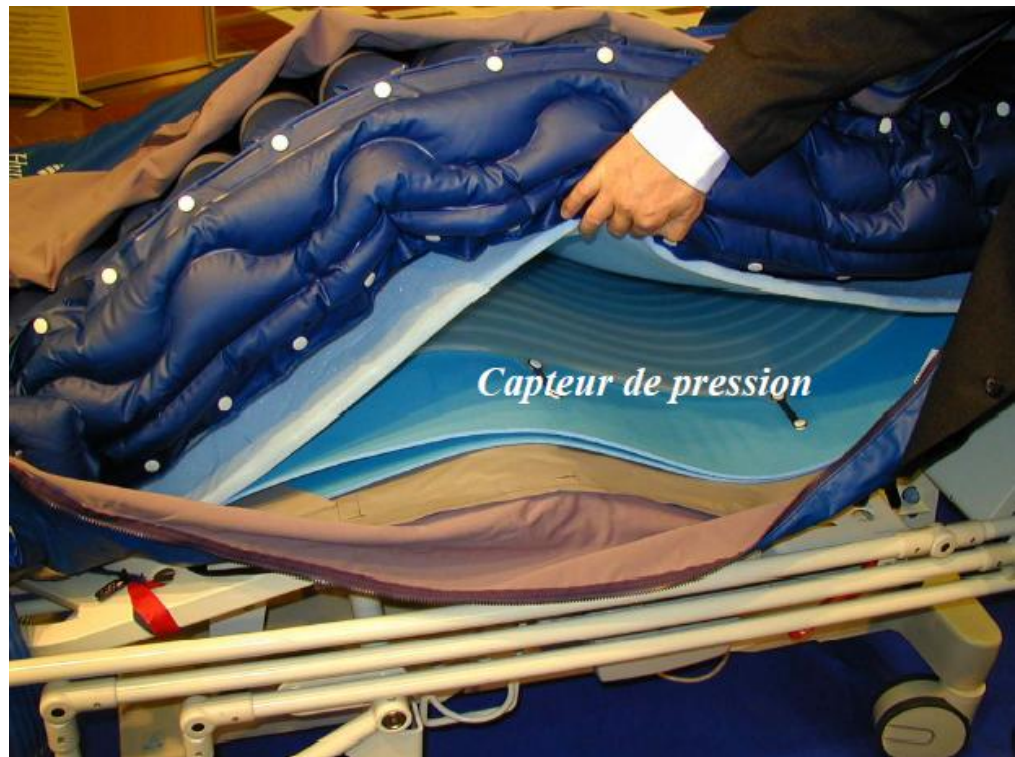
**Matelas de mousse**



**surmatelas à air statique**

## □ Les supports dynamiques à pression alternée

- Permettent grâce au gonflement alternatif de boudins adjacents d'aménager des périodes de dépression relative.
- L'oxygénation des tissus est ainsi favorisée avant que l'ischémie ne s'installe.
- Il s'agit de matelas qui ont des zones mises successivement en pression haute puis en pression basse, souvent sur des cycles courts de 5 à 15 minutes selon les modèles



## Matelas à air dynamique

*Capteur de pression*

## □ Les coussins de siège

en gel visco-élastique ou gel fluide aqueux, mousse monobloc, mousse découpée à plots, mousse à mémoire de forme, mixte en gel et mousse, à eau, à air prégonflés, à air gonflés selon le poids du malade, à forme particulière pour éviter de glisser du fauteuil

---

**SUPPORT  
PROPOSÉ**

---

**CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT**

---

Surmatelas statique

Pas d'escarre **et** risque d'escarre peu élevé **et** patient pouvant se mouvoir dans le lit **et** passant moins de 12 heures par jour au lit.

Matelas statique

Pas d'escarre **et** risque d'escarre moyen **et** patient pouvant se mouvoir dans le lit **et** passant moins de 15 heures par jour au lit.

Surmatelas dynamique

Patient ayant eu des escarres **ou** ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) **ou** risque d'escarre élevé **et** passant plus de 15 heures par jour au lit **et** incapable de bouger seul.

Matelas dynamique de façon continue ou discontinue

Patient ayant des escarres de stade élevé(> 2) **et** ne pouvant bouger seul au lit **et** qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour avec une aggravation de son état.

---

# Le retentissement psycho-social et sur la qualité de vie

- Gêne douloureuse et souffrance physique et morale, limitation des capacités fonctionnelles
  - Altération de l'image de soi et de la relation à autrui
- La prise en charge de l'escarre doit prévenir la survenue d'un syndrome dépressif ou éviter son accentuation

# Conclusion

- La prise en soin de l'escarre de l'adulte ne relève pas d'une spécialité spécifique.
- Toutes les équipes et tous les modes de prise en charge peuvent y être confrontés en particulier en rééducation, réanimation, gériatrie, chirurgie, mais aussi en médecine de ville et soins à domicile.

***Merci pour votre attention...***

