

M9 - PLAIES CHRONIQUES : ESCARRE



Définition et stades

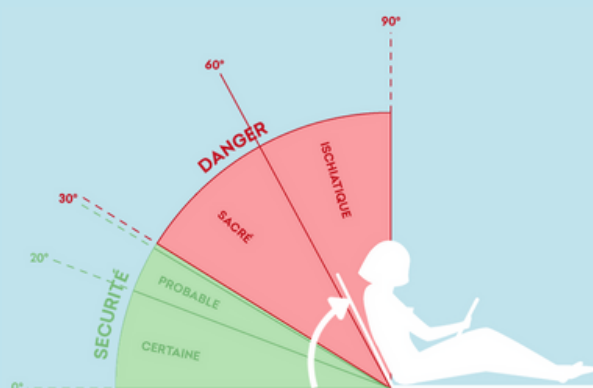
Définition : lésion localisée de la peau et/ou des tissus sous-jacents recouvrant une saillie osseuse au regard d'un plan dur où repose le patient.

L'étiologie de l'escarre est une pression :



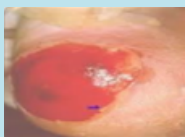

- de forte intensité
- ou prolongée dans le temps
- ou associée à un cisaillement

Localisations à risque assujetties à une saillie osseuse. Les points d'hyperpression varient selon la position de repos du sujet.

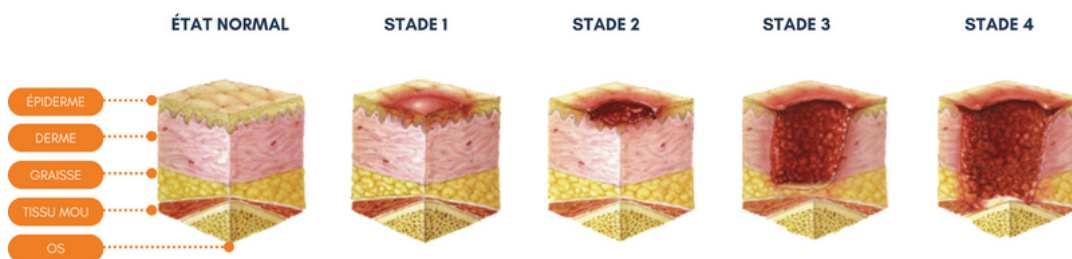
80% des escarres sur les talons et le sacrum



STADES DE L'ESCARRE

Stade 0	Érythème cutané blanchissant à la pression du doigt	
Stade 1	Erythème cutané ne cédant pas à la pression du doigt Autre signes : différence de température et/ou de consistance, douleurs, démangeaisons	
Stade 2	Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau touchant l'épiderme et/ou le derme (phlyctène, abrasion et ulcération)	
Stade 3	Perte de toute l'épaisseur de la peau pouvant aller jusqu'au fascia	
Stade 4	Perte de substance atteignant les tissus sous-cutanés (muscles, os, articulation et tendon)	

M9 - PLAIES CHRONIQUES : ESCARRE



Facteurs de risque et dépistage

Facteurs de risques extrinsèques (ou environnementaux ou mécaniques)

PRESSION	Entraine des déformations tissulaires des tissus sous-jacents : stratégies d'augmentation de surface pour diminuer la pression
CISAILLEMENT OU EFFET « TOBOGGAN »	Opposition de forces (gravité et traction du support) en positions instables
FROTTEMENT/ FRICTION OU EFFET « RÂPE »	Érosion cutanée avec le support
HUMIDITÉ	Altération de compétence « barrière » de la couche cornée

Facteurs de risques intrinsèques (ou cliniques)

IMMOBILITÉ	Facteur à haut risque , ensemble des problèmes de santé entraînant une perte de mobilité → décharge et mobilisation
DÉNUTRITION	Facteur à haut risque → dépistage précoce de la dénutrition (IMC, perte de poids)
INCONTINENCE	Atteinte caustique du capital cutané sur la région anatomique du siège (selles non moulées +++) → nursing et protection cutanée
ÂGE	Sénescence responsable d'altération cutanée, vasculaire et neurologique
PATHOLOGIES AGGRAVANTES	Diabète, cancer, fièvre, hypotension, traitement médicamenteux, lésion dermatologique...
PERTES SENSORIELLES ET COGNITIVES	Atteintes neurologiques et trouble de la connaissance

M9 - PLAIES CHRONIQUES : ESCARRE



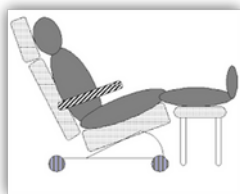
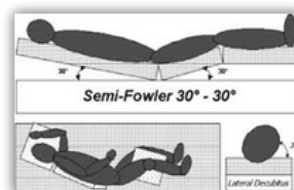
Décharge :

- redistribuer les pressions sur une plus grande surface d'appui
- ou supprimer toute pression sur un appui spécifique
- ou lutter contre l'apparition de saillie dans le support (sonde, tubulures, plis, prothèses...)

Effleurage : action de surveillance cutanée des points d'appui. En cas de rougeur, la pression du doigt indiquera la gravité de la lésion (stade 0 ou 1).

Mobilisation : le patient doit alterner entre les positions suivantes :

Semi-Fowler 30°-30° (dos et cuisses en inclinaison 30°) : en décubitus dorsal. Doit aussi être la position du lit vide après réfection de lit.



En oblique : en décubitus semi-latéral, dos posé sur un outil de positionnement donnant une inclinaison de 30° environ. Jambes séparées et décalées.

Au fauteuil : bascule de l'assise de 30° vers l'arrière si le patient ne tient pas sur une assise normale (glissement et non appuyés sur le dossier).



NIVEAU DE RISQUE ↓	ACTIONS ANTI-ESCARRES			
	CISAILLEMENT	FRICION	MICROCLIMAT CUTANÉ	DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION
FAIBLE				
MODÉRÉ	Laisser le patient dans une position stable (pas de glissement)	Réduire les épaisseurs entre la peau du patient et le support	Utiliser les dispositifs adaptés à l'incontinence	Surveillance des variations de l'IMC
ÉLEVÉ		Lubrifier ou hydrater la peau	Appliquer une crème barrière sur la peau lésée	Surveillance de la prise alimentaire et hydrique
TRÈS ÉLEVÉ	Prudence dans les mobilisations (drap de glisse ou lève-malade)		Pratiquer les soins d'hygiène à fréquence adaptée	Favoriser l'activité physique selon les capacités du patient

M9 - PLAIES CHRONIQUES : ESCARRE



Dispositifs médicaux pour la prévention et le traitement
des escarres

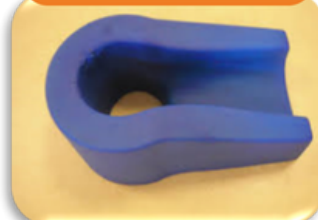
CALE DE FOND DE LIT



TAPIS D'ASSISE ANTIGLISSE



TALONNIÈRE MOUSSE



ARCEAU



MATELAS DYNAMIQUE À AIR



CALE 30°C



DRAP DE GLISSE



COUSSIN D'ASSISE
À AIR STATIQUE



TALONNIÈRE
ENVELOPPANTE



MATELAS MÉMOIRE
DE FORME



CALE DE POSITION
SEMI-LATÉRALE



COUSSIN LONG POUR
POSITION
SEMI-LATÉRALE



M9 - PLAIES CHRONIQUES : ESCARRE



Traitement

ESCARRE DE STADE 1



Pansement : mousse hydrocellulaire de classe 2 bordée, siliconée et multicouche (4 couches)
Capacité de repositionnement : surveillance quotidienne par décollement partiel du dispositif afin de vérifier l'évolution favorable ou non de la lésion

A utiliser dès le stade 0 et dans la prévention des zones d'appuis (talons et sacrum) chez des patients à haut risque d'escarre

ESCARRE DE STADE 2

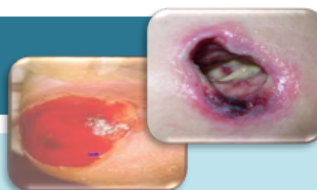


Pansement : mousse hydrocellulaire

Face à une phlyctène, 2 éléments cliniques :

- **Coloration** : si liquide contenu clair = élément favorable. En cas de coloration (rouge ou brune), ôter le toit de la phlyctène
- **Tension de la phlyctène** : si très collectée (grande tension), son ouverture risque d'être traumatique = vidange préventive avec conservation

ESCARRE DE STADE 3-4



Plaies complexes = choix logique de pansement

Détersion mécanique de nécrose : toujours commencer **par le centre et scarification du tissu** (griffer la surface nécrotique)

Si nécroses du pied, avant toute détersion mécanique ou mise en cicatrisation humide : **prendre en compte le risque d'AOMI**

Explorations cliniques et/ou échographiques à réaliser avant de décider de l'emploi d'une cicatrisation dirigée en milieu humide (si hémodynamique favorable) ou sèche (momification)

Mesures préventives "anti-escarres" applicables à tous les stades