Personne âgée et escarres : prévention et traitement

Rev Med Suisse 2012; 8: 2295-302

H. Vuagnat
V. Trombert
N. Donnat

Chez la personne âgée hospitalisée, les escarres sont une pathologie particulièrement fréquente. Dépistage du risque et prévention doivent être systématiquement entrepris à l'arrivée du patient. En cas d'escarre constituée, le traitement, outre l'application des mesures préventives, se basera sur le débridement de la plaie et une cicatrisation dirigée en milieu humide. Dans ce cadre d'intervention, en interdisciplinarité, d'autres partenaires de soins (ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciens) peuvent se révéler particulièrement utiles. En fonction de l'ampleur de l'atteinte, le recours à la chirurgie réparatrice sera nécessaire.
Enfin, il faut se rappeler que seule l'approche globale du patient permettra une prise en charge optimale de l'escarre.

Pressures ulcers, basis of prevention and treatment in the elderly
Pressure sore is a frequent and painful pathology in the elderly. Upon hospitalization, risk assessment and prevention must be systematic. Pressure ulcer treatment will combine prevention principles, local debridement and moisture control. The interdisciplinary interventions of other health professionals (such as occupationaltherapist, physiotherapist, dieticians) can be crucial.
Last but not least: for wound treatment to be a success, the patient must be considered in his globality.

INTRODUCTION

La personne âgée, tout spécialement celle fragilisée, est à haut risque de lésions cutanées.[1-3] Outre les atteintes purement dermatologiques, les lésions traumatiques, vasculaires (ulcères veineux et/ou artériels), neuropathiques et de pression sont fort nombreuses.[4]
Le but du présent article est de se concentrer sur l'escarre ou lésion de pression, sa physiopathologie, sa prévention et son traitement conservateur.
L'escarre altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles. Sur le plan financier, l'escarre a des implications importantes. Néanmoins, c'est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas par des mesures de prévention simples.

L'escarre est le plus souvent définie comme une plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée, la plupart du temps entre un plan «dur» et une saillie osseuse.

La prévalence et l'incidence de l'escarre sont toujours difficiles à établir et varient selon l'activité des services et l'âge des patients. Dans un hôpital universitaire, une mesure de la prévalence effectuée en 2010 a montré un taux de 9,8% dans les services de médecine interne et de 14,3% dans les services gériatriques.[5]

Dans cet hôpital, 4,7% des patients interrogés par un questionnaire de qualité des soins ont rapporté l'apparition d'une escarre.[6] En matière d'incidence chiffrée, les études montrent que globalement le risque de développer une escarre est de l'ordre de 5% par séjour.[7]

Ces taux sont superposables à ceux retrouvés dans la littérature.[4,8]

PHYSIOPATHOLOGIE[9]

Deux facteurs majeurs rentrent en ligne de compte.

La pression

C'est une force perpendiculaire s'exerçant entre un plan d'une certaine rigidité et une proéminence osseuse entraînant une ischémie tissulaire de la zone concernée à laquelle s'ajoute un phénomène de microthromboses et inflammatoire

important. Si cette pression est soit très prolongée et/ou très forte, les lésions vont devenir irréversibles et conduire à une nécrose. On considère qu'une pression de plus 30 mmHg appliquée pendant plus de deux heures résultera en une escarre. Il faut cependant être conscient qu'en fonction de l'état général de la personne et des pressions exercées, des temps moindres suffisent pour créer une escarre (figure 1).

Le cisaillement

C'est une force qui s'exerce de façon tangentielle entre les tissus superficiels et les tissus profonds, provoquant un rétrécissement, voire une occlusion des capillaires résultant également en une ischémie. Le sacrum est typiquement l'endroit le plus touché lorsque le patient est en position semi-assise avec le tronc relevé à plus de 30° et qu'il glisse dans son lit ou dans son fauteuil (figures 2A et 2B). Ces deux facteurs sont souvent combinés.[10]

Bien que souvent considérée comme étant une plaie chronique du fait du temps nécessaire à sa cicatrisation, la genèse de l'escarre en fait une plaie aiguë.

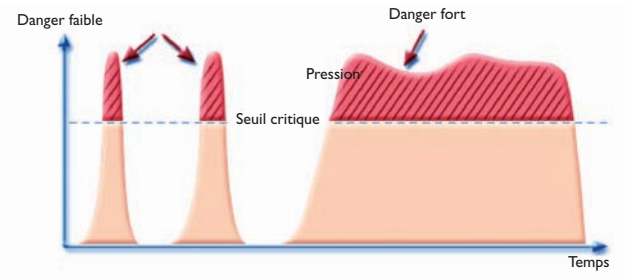


Figure 1. La pression
(Reproduction avec l'aimable autorisation de Escarre.fr: www.escarre.fr).

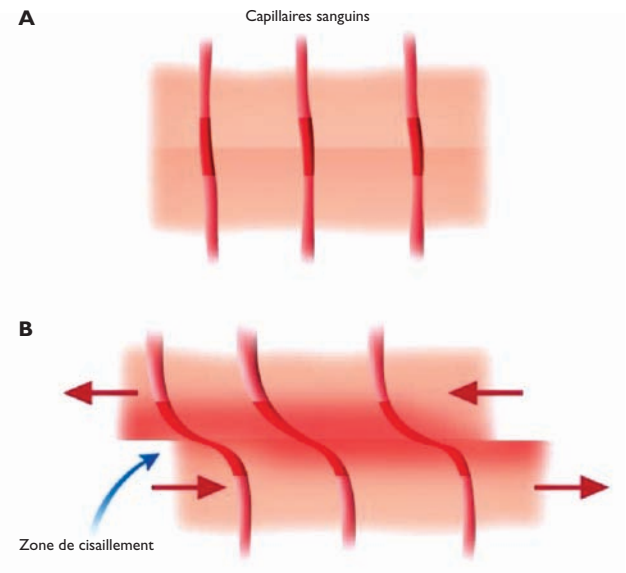


Figure 2. Effets du cisaillement
(Reproduction avec l'aimable autorisation de Escarre.fr: www.escarre.fr).

FACTEURS DE RISQUE[9]

Les facteurs de risque sont essentiels à connaître car leur maîtrise est à la base tant de la prévention que du traitement. Ils sont à classer en deux grandes catégories: facteurs extrinsèques et facteurs intrinsèques.

Facteurs extrinsèques

1. La pression.
2. Le cisaillement.
3. La macération est un cofacteur souvent présent lors d'incontinence et de port de couches qui va rendre la peau plus fragile et susceptible aux agressions.
4. Le frottement est un autre cofacteur. Il représente l'abrasion directe de la peau soit sur le plan du lit, soit sur une protection d'incontinence et va également concourir à la fragilisation cutanée.

Facteurs intrinsèques

Ils sont nombreux, nous citons ici les principaux:
1. L'immobilisation prolongée que l'on retrouve chez des patients ne pouvant plus bouger ou ne ressentant plus la douleur, typiquement dans les séquelles d'atteinte neurologique (accident vasculaire cérébral – AVC, lésion médullaire…).
2. L'altération de l'état de conscience.
3. L'âge.
4. La dénutrition.
5. La déshydratation.
6. Les troubles vasculaires et/ou des échanges gazeux.
7. Le diabète.

STADES DE L'ESCARRE

Les différents stades ou grades de l'escarre dépendent de sa réversibilité et de sa profondeur. La réponse thérapeutique résultant souvent de l'importance de la plaie, il est donc important de travailler avec une échelle commune. Parmi les échelles existantes, nous proposons un outil tiré de NPUAP (National pressure ulcer advisory panel) et HAS (Haute autorité de santé) (tableau 1).[11,12]

ZONES À RISQUE

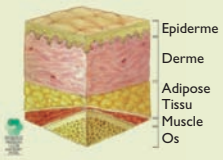
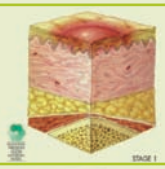
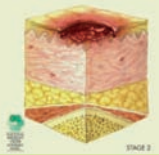
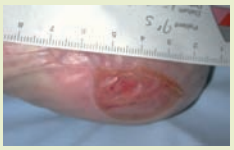
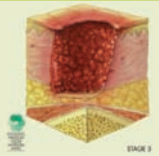
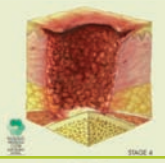
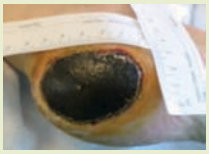
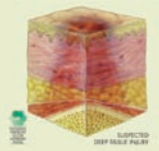
Toute zone soumise à pression étant en regard d'un plan osseux est une zone à risque. Les localisations les plus fréquentes sont le sacrum et les talons en position couchée, les ischions en position assise (figures 3A et 3B).

COMPLICATIONS

La plus fréquente est la complication infectieuse, qui peut toucher tant les tissus mous que plus profondément les articulations et l'os.[8] Le risque de septicémie est également présent. On notera que, dans une étude américaine portant sur l'examen de 27 millions de certificats de décès, l'escarre était la cause directe de 0,4% d'entre eux.[13] Globalement, l'incidence des décès est supérieure chez les patients porteurs d'escarres.[14]

Plus rarement, on observe des hémorragies importantes et parfois, lors d'évolution au long cours, des dégénérescences cancéreuses (ulcère de Marjolin).[15] Les tissus nobles

Tableau 1. Stades de l'escarre selon la classification NPUAP et HAS
(Reproduction des schémas avec l'aimable autorisation de NPUAP).
NPUAP: National pressure ulcer advisory panel; HAS: Haute autorité de santé.

Stades	Eléments	Schémas	Ilustrations
0	• Hyperhémie réactionnelle • Peau intacte, rougeur blanchissant à la pression digitale et se recolorant en quelques secondes • Lésions réversibles en moins de 24 heures, phase d'alerte pour les soignants		
I	• Rougeur persistante, ne blanchissant pas à la pression digitale • Représente déjà une lésion tissulaire		
2	• Perte de substance concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant l'épiderme et/ou le derme formant une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle		
3	• Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau (épiderme, derme, hypoderme) • Avec ou sans décollement périphérique		
4	• Perte de substance, dépassant l'aponévrose musculaire, pouvant atteindre l'os, les muscles, les tendons ou l'articulation, avec description de certains facteurs péjoratifs (décollement, contact osseux, fistule et/ou infection)		
Non catégorisable	• Escarre constituée, recouverte soit de fibrine, soit d'une croûte, ne pouvant encore être caractérisée		
Suspect de lésion profonde	• Modifications de couleur et texture de la peau et des tissus, hématome local, suspectes de lésion plus profonde, ne pouvant encore être caractérisées		

tels que les tendons peuvent être exposés et détruits.

La douleur souvent difficile à maîtriser et invalidante doit absolument être dépistée et traitée.[16,17]

PRÉVENTION DES ESCARRES[18,19]

Nous aborderons tout d'abord les principes de la prévention puisque ceux-ci seront pour la plupart très directement intégrés dans le traitement curatif.

La prévention est basée sur la correction des facteurs de risque et la levée des pressions. S'il est difficile d'influencer certains facteurs comme l'âge par exemple, d'autres peuvent être améliorés, voire supprimés.

Il est donc indispensable de déterminer le risque, raison pour laquelle la mise en place d'une politique antiescarre passe tout d'abord par l'utilisation d'échelles de risque.[20] Ces dernières sont nombreuses, les plus utilisées sont les échelles de Norton, Braden et Waterloo.[21,22] Certains établissements ont souhaité utiliser des échelles simplifiées basées sur des éléments validés tirés d'échelles classiques (FRAGMMENT).[23,24]

L'échelle FRAGMMENT est basée sur l'évaluation de quatre items: FR pour friction; AG pour âge; M pour mobilité et MENT pour état mental avec un score de risque et des recommandations de prévention. Elle est remplie à l'entrée du patient, au troisième jour et à tout changement significatif de son état de santé (tableau 2).

La suite de la politique de prévention consiste en une réponse adaptée aux risques individuels de chaque patient. Pour ce faire, il est souhaitable de se baser sur des recommandations institutionnelles et de disposer de matériel adéquat (figure 4).

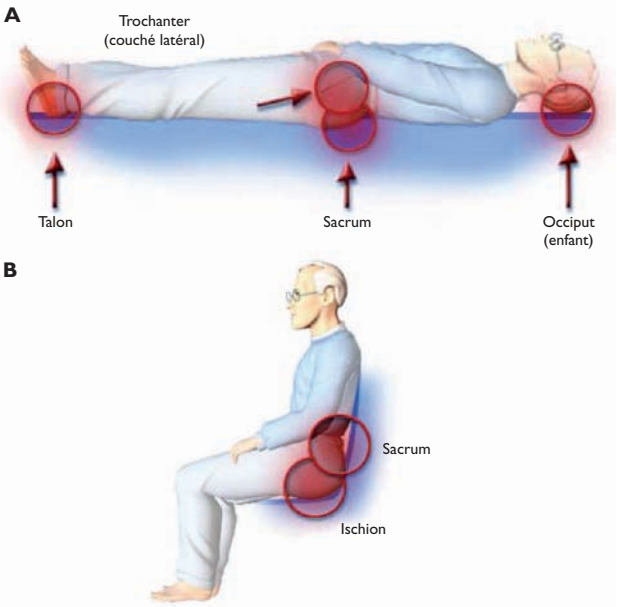


Figure 3. Zones à risque
(Reproduction avec l'aimable autorisation de Escarre.fr: www.escarre.fr).

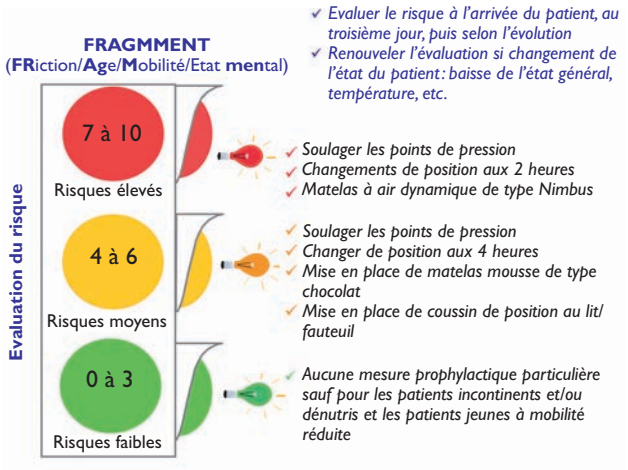


Figure 4. Recommandations des HUG pour la prévention des escarres
HUG: hôpitaux universitaires de Genève.
Direction des Soins Infirmiers HUG/2012.

Levée de la pression

Au lit, ainsi qu'en fauteuil, cet objectif sera atteint de différentes façons dont le changement de position régulier (toutes les deux heures pour les hauts risques, toutes les quatre heures pour les risques moyens).

Afin d'éviter tout risque de lésions au niveau des trochanters, le patient sera positionné non pas à 90° mais à 30° avec l'aide de coussins, ces derniers pourront aussi servir au positionnement en décharge des talons au lit, de même qu'à séparer deux membres en appui l'un sur l'autre (lésions des malléoles, des genoux) (figures 5A et 5B et figure 6).[25]

L'utilisation de matelas antiescarres va également être d'une grande aide. Il en existe globalement de deux types: les matelas statiques, généralement faits de mousse de haute densité et convenant le mieux aux risques moyens, et les matelas à air dynamique avec capteurs de pression incorporés convenant pour les risques élevés ou le traitement d'escarres constituées.[26]

En position assise, en plus de l'utilisation d'un coussin de fauteuil adapté, on veillera à ce que la surface d'assise du fauteuil soit suffisamment longue pour soutenir toute la cuisse et non pas seulement les ischions, de même les cale-pieds devront être réglés de façon neutre afin de ne pas transférer du poids au niveau ischiatique, situation qui se retrouve lorsque les cale-pieds sont réglés trop hauts.

Le cisaillement sera diminué par des mesures de positionnement empêchant le glissement du patient que ce soit au lit ou en position assise.

Afin de combattre la macération, il conviendra de changer le patient aussi souvent que possible, de limiter ses pertes

Tableau 2. Evaluation du risque d'escarres à l'aide de l'échelle FRAGMMENT
FRAGMMENT: friction/âge/mobilité/état mental.
0 à 3: risques faibles; 4 à 6: risques moyens; 7 à 10: risques élevés. Selon scores calculés, faire référence à la figure 4 pour détails de l'action de prévention.

Points	0	1	2
Etat mental	**Alerte à apathique** Bonne orientation spatio-temporelle ou somnolence, tendance à l'oubli, passif et sans envie, attitude léthargique, voire dépressive	**Confus** Désorientation partielle. La personne ne répond plus de manière sensée. Inquiète, agressive. Peut nécessiter des anxiolytiques, somnifères	**Inconscient** Le patient ne réagit plus à son environnement
Mobilité	**Pas ou peu limité** Le patient est autonome, ou fait des changements de position avec de l'aide, collabore de façon maximale	**Très limité** Le patient fait occasionnellement des changements de position des extrémités seul, collabore de façon minimale	**Immobile** Le patient ne peut rien faire sans aide
Friction/ cisaillement	**Pas de problème** Le patient a suffisamment de force pour éviter toute friction lors des mouvements. Il reste toujours bien positionné en chaise ou au lit	**Problème potentiel** Le patient doit être aidé dans ses mouvements car risque que la peau frotte sur les draps ou le fauteuil. Garde une bonne position la plupart du temps mais glisse occasionnellement	**Problème avéré** Le patient ne peut se soulever sans frotter contre les draps. Glisse souvent et nécessite des repositionnements avec assistance. La spasticité, les contractures ou l'agitation causent une friction constante

Ages	16-59 ans: 0 point	60-69 ans: 1 point	70-79 ans: 2 points	80-89 ans: 3 points	>90 ans: 4 points

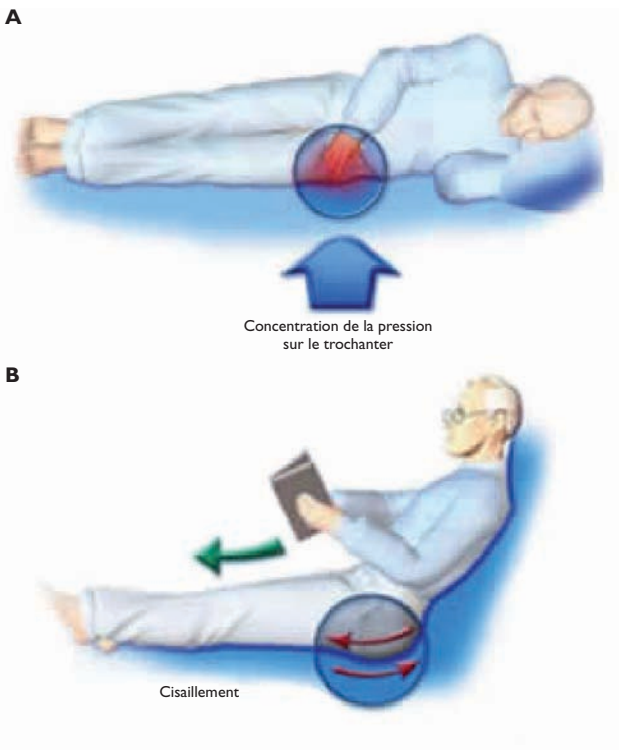


Figure 5. Positionnements à éviter
(Reproduction avec l'aimable autorisation de Escarre.fr : www.escarre.fr).

urinaires et fécales. Dans l'incontinence urinaire, si la mise en place d'une sonde n'est pas souhaitable, il est néanmoins important d'en peser l'intérêt. La régularisation du transit ainsi que l'utilisation de bouchons rectaux pourront réduire les effets de l'incontinence fécale. De plus, l'utilisation précoce de crèmes de type barrière ou d'un film protecteur va permettre de protéger la peau.

Lors du nettoyage de ces peaux délicates, il faut éviter, autant que faire se peut, l'usage de savon, le rinçage à l'eau étant préconisé tout spécialement lors d'incontinence urinaire.

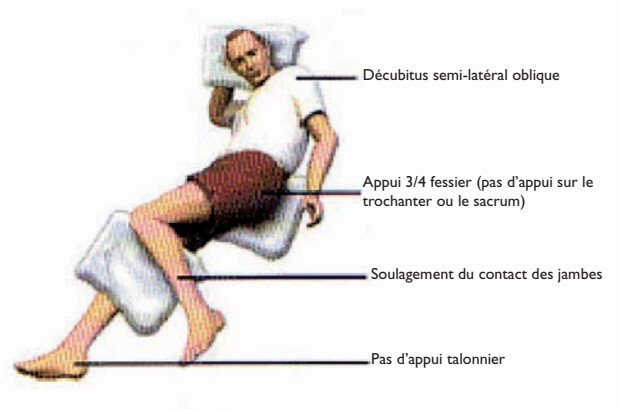


Figure 6. Positionnement au lit à favoriser
(Reproduction avec l'aimable autorisation de Escarre.fr : www.escarre.fr).

Il ne faut pas oublier non plus le rôle potentiellement iatrogène des moyens d'immobilisation tels que plâtre ou attelle qui, d'une part sont autant de facteurs d'agression et, d'autre part, rendent le contrôle cutané difficile. De même, il ne faut pas non plus minimiser le rôle de corps étrangers oubliés dans le lit du patient (pincettes, marteau réflexe, aiguille, etc.)

Au niveau des facteurs intrinsèques, l'état nutritionnel peut être amélioré. Ainsi, une politique de dépistage et de traitement parfois relativement agressive peut être justifiée.[27,28]

Les troubles des échanges gazeux résultant souvent d'une décompensation cardiaque ou d'une anémie méritent également d'être corrigés.

TRAITEMENT DE L'ESCARRE CONSTITUÉE[9,29-32]

Selon l'état du patient, il conviendra d'abord de choisir une attitude curative ou palliative.[33] Le traitement de la plaie sera adapté à ce choix (type et fréquence du pansement, extension du débridement, etc.). De façon générale, en sus des mesures préconisées dans les paragraphes «prévention», la première étape consiste à procéder au débridement des tissus dévitalisés. Ce geste devrait permettre d'accélérer la cicatrisation et également de diminuer le contingent bactérien présent. Il y a différentes méthodes de débridement : autolytique en appliquant un pansement humide et en laissant le corps procéder lui-même à une élimination de la nécrose et de la fibrine ; mécanique par frottement ou grattage ; chirurgicale qui va permettre l'ablation de larges nécroses et de passer plus rapidement au stade suivant de la cicatrisation. Le choix de la méthode dépendra de l'état du patient et de l'effet recherché. Plusieurs méthodes pouvant bien entendu être combinées.

Maintenir le milieu humide[34]

A tout moment, il est important de réguler l'humidité de la plaie. En effet, si l'on veut favoriser les mécanismes de réparation naturels (cicatrisation dirigée), il est très important que la plaie ne soit pas desséchée. De même, en cas d'exsudation importante, on veillera à ce que celle-ci soit absorbée afin de diminuer les phénomènes de macération et de limiter le contact des molécules inflammatoires de la plaie.

La cicatrisation passe par quatre phases. La première étant appelée «phase inflammatoire», la deuxième phase proliférative, la troisième, phase de contraction et d'épithélialisation et enfin la quatrième phase, dite de remodelage de la cicatrice.

Le pansement sera adapté à la plaie et à la phase de cicatrisation, il sera choisi pour maintenir le meilleur niveau d'humidité possible tout en évitant la macération du pourtour sain. L'industrie met actuellement à notre disposition une gamme très complète permettant non seulement d'optimiser l'humidité de l'escarre mais également d'espacer la fréquence des pansements qui, de quotidien, peuvent se faire deux fois, voire une fois par semaine. Le milieu humide et la texture peu adhérente de ces pansements contribuent à limiter les douleurs durant la réfection (figure 7).

Figure 7. Escarres: recommandations thérapeutiques des HUG
PST: pansement; ISC: infirmière spécialiste clinique.

- Evaluer l'état cutané, bien hydrater la peau (Excipial® crème ou hydrolotion) et lever les pressions
- Améliorer les apports hydriques et nutritifs
- Evaluer la douleur et adapter le traitement antalgique au besoin
- Chaque traitement doit faire l'objet d'une prescription médicale
- En règle générale, le pansement est à refaire tous les 2 à 3 jours
- Réévaluer une fois par semaine l'adéquation du pansement en regard de l'évolution de la plaie
- Appeler l'ISC plaies et cicatrisation pour toute question

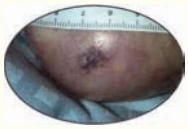
Description et évolution des stades	Objectifs et traitements selon les stades

Stade 1

Rougeur ne disparaissant pas à la pression des doigts, la souffrance tissulaire est irréversible



⚠ **Lésion des tissus profonds suspectée**
Décoloration violacée ou marron
Attention aux peaux foncées



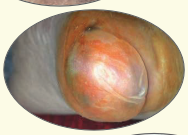
- Préserver l'intégrité de la peau
- Garder la zone atteinte au sec

❶ Evaluer l'état cutané
❷ Bien hydrater la peau (Excipial® crème ou hydrolotion)
❸ Lever les pressions
❹ Si incontinence, appliquer sans masser un protecteur cutané type Comfeel Barriere® ou Cavilon® spray

Stade 2



2a. **Dermabrasion**
Rupture tissulaire affectant l'épiderme et le derme superficiel
NB: ne concerne pas les dermites du siège



2b. **Phlyctène séreuse**
- Claire
- Jaune
- Ouverte



2c. **Phlyctène**
- Hémorragique, noire

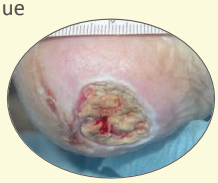
- 2a. Favoriser l'épidermisation et prévenir la surinfection
- 2b. Maintenir l'intégrité de l'épiderme (toit de la phlyctène)
- 2c. Sécher la lésion pour la délimiter

❶ Nettoyer/doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre. Finir avec du NaCl 0,9%
❷ 2a. Appliquer Ialugen® crème et recouvrir d'un pst type tulle Adaptic® ou Jelonet®
2b. Recouvrir d'un pst type tulle Adaptic®, Jelonet® ou Betadine® *
2c. Recouvrir d'un pst type tulle Betadine® *

Ne percer la phlyctène que si tension, en gardant le toit.
Aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille fine. *Ne rien injecter.*

Stade 3

Présence de tissu fibro-nécrotique humide avec une perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau (épiderme, derme, hypoderme) avec ou sans décollement périphérique (sous-minage)



Stade 4

Présence de tissu fibro-nécrotique avec une perte de substance pouvant atteindre l'os, les muscles, les tendons ou l'articulation avec possibilité de décollement, fistule et infection



- Explorer la plaie pour évaluer son étendue (décollement, sous-minage, contact osseux, risque infectieux…)
- Déterminer avec le médecin l'attitude thérapeutique curative ou palliative
- Éliminer le tissu dévitalisé, favoriser la granulation, prévenir l'infection

❶ Nettoyer/doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre. Finir avec du NaCl 0,9%
❷ Procéder à la détersion et/ou au débridement autolytique soit:
- Alginate type Kaltostat® + Betadine® onguent * et humidifier avec NaCl 0,9%
- Hydrogel type Varihesive hydrogel® ou Nu-gel®
- Argentique: Alginate type Silvercel®, Hydrofibre type Aquacel Ag®, pst non tissé Actisorb Silver® (charbon) si odeurs
- Thérapie par pression négative type VAC® et /ou consultation chirurgie plastique et/ou OHB (oxygénothérapie hyperbare)

❸ Si peu d'exsudat, recouvrir avec un pst type Jelonet® ou Adaptic®
Si exsudat important, recouvrir d'un pst absorbant hydrofibre type Aquacel® ou hydrocellulaire type Tielle®/Mepilex® ou compresses / Melolin® / dakin + adhésif doux de type Micropore®

Inclassable

Présence d'une plaque nécrosée de profondeur indéterminée



❶ Nettoyer /doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre. Finir avec du NaCl 0,9%
❷ Recouvrir d'un pansement de type tulle Betadine®*

** Attention patients allergiques à l'iode/polyvidone*

Antenne Qualité/Equipe plaies et cicatrisation / DS / DMQ / février 2012

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

Traitement par pression négative (TPN)

Ce type de traitement, mieux connu sous le nom de VAC, s'est imposé ces deux dernières décennies. Il consiste, après débridement, à remplir la plaie d'une mousse qui est branchée sur une pompe à vide. La TPN va promouvoir la cicatrisation de différentes façons: en éliminant les exsudats et les éléments infectieux, en réduisant l'œdème, en favorisant la perfusion, la prolifération et la migration cellulaires et donc la formation du tissu de granulation.[35]

Prévention et traitement de l'infection

L'escarre, si elle est rapidement colonisée, n'est pas forcément toujours infectée. L'utilisation de la désinfection ne doit donc pas être systématique et si elle est utilisée, par exemple, lors du débridement, ne doit pas être de longue durée. Les signes d'infection d'une escarre sont les signes classiques: rougeur, chaleur, exsudat, douleur, odeur, mais aussi retard de cicatrisation et friabilité du bourgeon.[36,37]

En cas de besoin, une investigation bactériologique soit par écouvillonnage, soit par biopsie tissulaire peut être entreprise. Si une antibiothérapie est décidée, elle doit être systémique. Toute nécrose doit être débridée et une recherche d'abcès profond doit être faite. A l'heure actuelle, un nombre important de pansements à base d'argent sont disponibles et peuvent être une aide dans le contrôle de l'infection. Par leur caractère allergisant et le risque élevé d'apparition de résistance, les antibiotiques topiques n'ont à l'heure actuelle plus cours.

Soins de plaies interdisciplinaires

A ce stade, il est important de noter que le traitement de l'escarre ne relève pas seulement du seul duo médico-infirmier mais que de nombreuses professions peuvent et doivent, lorsqu'elles sont à disposition, être intégrées aux soins.[28,38]

On notera tout d'abord l'ergothérapeute qui permet de réaliser de meilleurs positionnements en proposant du matériel adapté à la morphologie du patient tout en travaillant aussi sur sa mobilité. La marche et le maintien de la force musculaire sont travaillés par le physiothérapeute. La diététicienne nous apporte ses compétences en matière de nutrition. Des disciplines telles que la podologie et la psychologie vont pouvoir venir en aide aux patients. D'autres acteurs vont apporter leur soutien comme les pharmaciens ou les intendants responsables du matériel. Ces interventions doivent se faire dans un esprit interdisciplinaire afin d'obtenir la meilleure synergie possible d'un traitement. Enfin le partenariat, lorsqu'il est possible, avec le patient et son entourage est essentiel.

Pratiques à proscrire

Outre l'utilisation d'antibiotiques topiques déjà mentionnée, certaines interventions doivent être abandonnées. Il s'agit principalement des massages et autres pétrissages de la peau et des rougeurs, de l'application de glace et de produits tannants ainsi que le passage au sèche-cheveux.

Chirurgie

Si la chirurgie reconstructive a sa place lors de soins d'escarres, les actes sont proportionnellement moins nombreux dans l'âge avancé que chez la personne jeune. Les cas seront soigneusement sélectionnés et leurs facteurs de risque compensés.

CONCLUSION

L'escarre est une pathologie complexe qui atteint tout particulièrement la personne âgée. Source de souffrance et de coûts surajoutés, c'est par de bonnes connaissances et une politique escarre globale que les équipes interdisciplinaires vont pouvoir apporter la meilleure prévention et les soins les plus adéquats à ces patients.

Implications pratiques

- L'escarre est une plaie principalement liée à la pression excessive et au cisaillement des tissus mous
- Sa survenue rapide nécessite un prompt dépistage et une réaction immédiate
- La prévention passe par une réduction des pressions des zones à risque
- Le traitement, en fonction du stade, ajoutera un débridement et la pose de pansements permettant de garder un milieu humide optimal favorisant le processus de réparation tissulaire naturel
- Dans tous les cas, la prise en charge doit être globale et interdisciplinaire

Adresses

Dr Hubert Vuagnat
Service de réadaptation médicale
Département de réadaptation et médecine palliative
Nadia Donnat
Direction des soins
HUG, Hôpital de Loëx
1233 Bernex
hubert.vuagnat@hcuge.ch
nadia.donnat@hcuge.ch

Dr Véronique Trombert
Service de médecine interne et de réhabilitation
Département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie
HUG, Hôpital des Trois-Chêne
Ch. Pont-Bochet 3, 1226 Thônex
veronique.trombert@hcuge.ch

Bibliographie

1 Campbell KE. A new model to identify shared risk factors for pressure ulcers and frailty in older adults. Rehabil Nurs 2009;34:242-7.

2 Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: A transitional state in a dynamic process. Gerontology 2009;55:539-49.

3 SCALE Final Consensus Statement www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/07/SCALE-Final-Version-2009.pdf

4 Lahmann NA, Dassen T, Poehler A, Kottner J. Pressure ulcer prevalence rates from 2002 to 2008 in German long-term care facilities. Aging Clin Exp Res 2010;22:152-6.
5 Zoom escarre 2010, Programme qualité de soins. Direction des soins infirmiers, Hôpitaux universitaires de Genève.
6 Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. Patient reports of undesirable events during hospitalization. J Gen Intern Med 2005;20:922-8.
7 Perneger TV, Héliot C, Raë AC, Borst F, Gaspoz JM. Hospital-acquired pressure ulcers: Risk factors and use of preventive devices. Arch Intern Med 1998;158: 1940-5.
8 Fontaine J, Senet P, Meaume S. Publications scientifiques sur les escarres, quoi de neuf en 2008? Soins 2009;732:33-6.
9 ** Chabal L, Charboneau L. L'escarre in: SAfW eds. Soins de Plaies. Genève: Médecine et Hygiène, 2010.
10 Pressure ulcer prevention pressure, shear, friction and microclimate in context: www.woundsinternational.com/pdf/content_8925.pdf
11 Updated staging system. National pressure ulcer advisory panel: www.npuap.org/pr2.htm
12 * Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Paris : Haute Autorité de Santé, 2001; 8-11.
13 Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure ulcers: More lethal than we thought? Adv Skin Wound Care 2005;18:367-72.
14 Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. Arch Gerontol Geriatr 2007;44(Suppl. 1):217-23.
15 Eltorai IM, Montroy RE, Kobayashi M, et al. Marjolin's ulcer in patients with spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2002;25:191-6.
16 Freedman G, Cean C, Duron V, et al. Pathogenesis and treatment of pain in patients with chronic wounds. Surg Technol Int 2003;11:168-79.
17 Bell C, McCarthy G. The assessment and treatment of wound pain at dressing change. Br J Nurs 2010;19:S4, S6, S8 passim.
18 Edlich RF, Winters KL, Woodard CR, et al. Pressure ulcer prevention. J Long Term Eff Med Implants 2004;14:285-304.
19 Prévention des escarres, guide de référence abrégé, EPUAP ET NPUAP, www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_French.pdf
20 Bell J. Are pressure ulcer grading and risk assessment tools useful? Wounds 2005:2:62-9.
21 Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, López-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: Nurses' knowledge and clinical practice. J Adv Nurs 2007;58:327-38.
22 Anthony D, Parboteeah S, Saleh M, Papanikolaou P. Norton, Waterlow and Braden scores: A review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. J Clin Nurs 2008;17:646-53.
23 Perneger TV, Gaspoz JM, Raë AC, et al. Contribution of individual items to the performance of the Norton pressure ulcer prediction scale. J Am Geriatr Soc 1998;46:1282-6.
24 Perneger TV, Raë AC, Gaspoz JM, et al. Screening for pressure ulcer risk in an acute care hospital: Development of a brief bedside scale. J Clin Epidemiol 2002; 55:498-504.
25 Seiler WO, Chapuis A, Stähelin HB, Dollfus P. Prevention of decubitus ulcer. «Supersoft» support and 30 degrees lateral-oblique positioning. Reducing the pressure as much as possible. Krankenpfl Soins Infirm 1984; 77:51-3.
26 Norton L, Sibbald RG. Is bed rest an effective treatment modality for pressure ulcers? Ostomy Wound Manage 2004;50:40-2, 44-52.
27 Thomas DR. Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: A review of the evidence. Nutrition 2001;17:121-5.
28 Chiren F, Jetzer J, Donnat N, et al. L'ergothérapie, l'escarre et la nutrition: Un pas de plus dans l'interdisciplinarité. L'escarre 2004;24:41-5.
29 Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't? Cleve Clin J Med 2001;68:704-7,710-14,717-22.
30 * Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current strategies. Drugs Aging 2010;27:311-25.
31 Gist S, Tio-Matos I, Falzgraf S, Cameron S, Beebe M. Wound care in the geriatric client. Clin Interv Aging 2009;4:269-87.
32 Traitement des escarres, guide de référence abrégé, EPUAP ET NPUAP, www.epuap.org/guidelines/QRG_treatment_in_French.pdf
33 Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. J Palliat Med 2007;10:1161-89.
34 Lohi J, Sipponen A, Jokinen JJ. Local dressings for pressure ulcers: What is the best tool to apply in primary and second care? J Wound Care 2010;19:123-7.
35 Braakenburg A, Obdeijn MC, Feitz R, et al. The clinical efficacy and cost effectiveness of the vacuum-assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: A randomized controlled trial. Plast Reconstr Surg 2006;118:390-7.
36 * L'identification des critères d'infection des plaies. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005.
37 * Prise en charge de l'infection des plaies. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. London: MEP Ltd, 2006.
38 Valdés AM, Angderson C, Giner JJ. A multidisciplinary, therapy-based, team approach for efficient and effective wound healing: A retrospective study. Ostomy Wound Manage 1999;45:30-6.

* **à lire**
** **à lire absolument**