

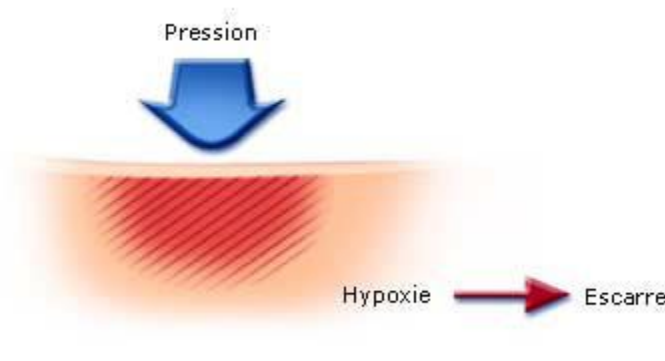
LES ESCARRES

BLOC 2 MODULE 4

PROMO AS

Introduction

L'escarre est une plaie consécutive à **une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée.**



Introduction

- Incidence en structures de soins : 17 à 50% des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres.

HAS

- Age moyen des porteurs d'escarres est de 74 ans.

Mécanismes de formation

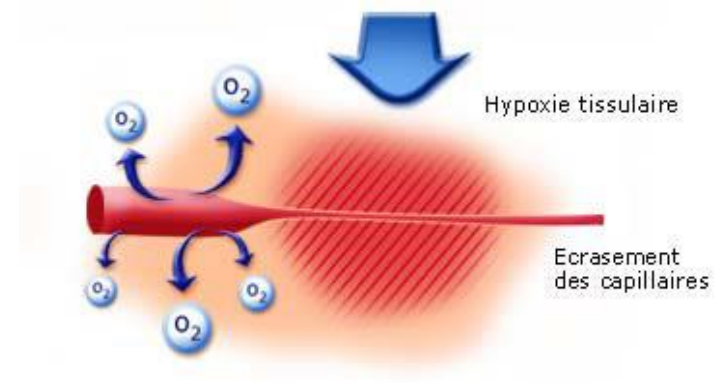
PRESSION

Pression **excessive et prolongée** qui supprime la circulation sanguine, créant progressivement une hypoxie tissulaire.

HYPOXIE TISSULAIRE

= **carence d'apport d'oxygène aux tissus**

= **dépérissement irrémédiable des tissus**



Mécanismes de formation

HYPOXIE TISSULAIRE

Facteurs aggravants:

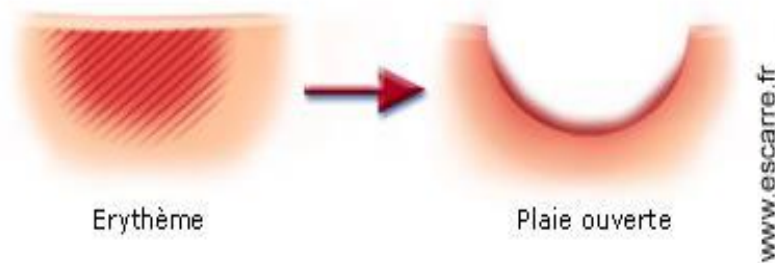
- ✓ Vaisseaux sanguins en « mauvais état » : diabète, HTA, tabagisme, vieillissement
- ✓ Faible teneur en oxygène du sang : anémie, infection pulmonaire,...

Mécanismes de formation

APPARITION DE LA PLAIE

L'escarre est une plaie qui **se développe en profondeur avant de s'ouvrir sur l'extérieur.**

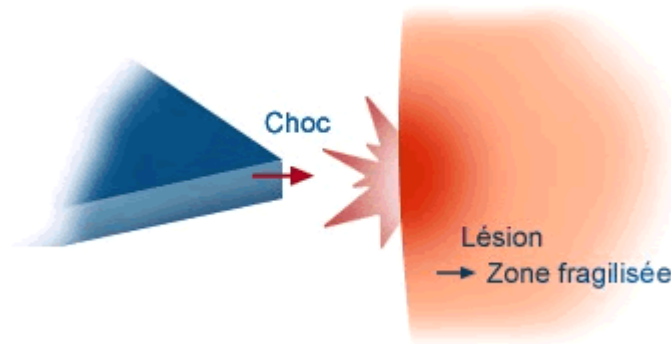
Une fois les tissus en état d'hypoxie, le passage du stade d'érythème (rougeur) à celui d'ulcère (plaie) peut **survenir en quelques heures.**



Mécanismes de formation

LES CHOCS TRAUMATIQUES

Une pression forte suite à un choc violent va provoquer **une lésion** au niveau des tissus et des vaisseaux sanguins. Ces facteurs ne provoquent pas directement une escarre mais créent un contexte favorable au développement d'une escarre.

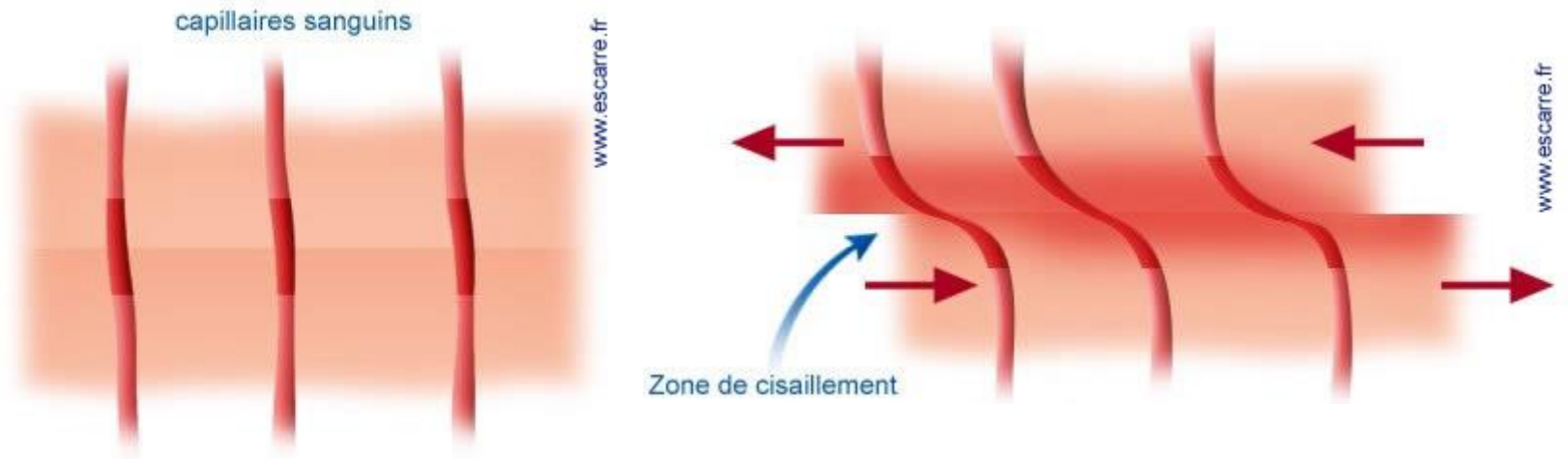


Mécanismes de formation

LE CISAILLEMENT

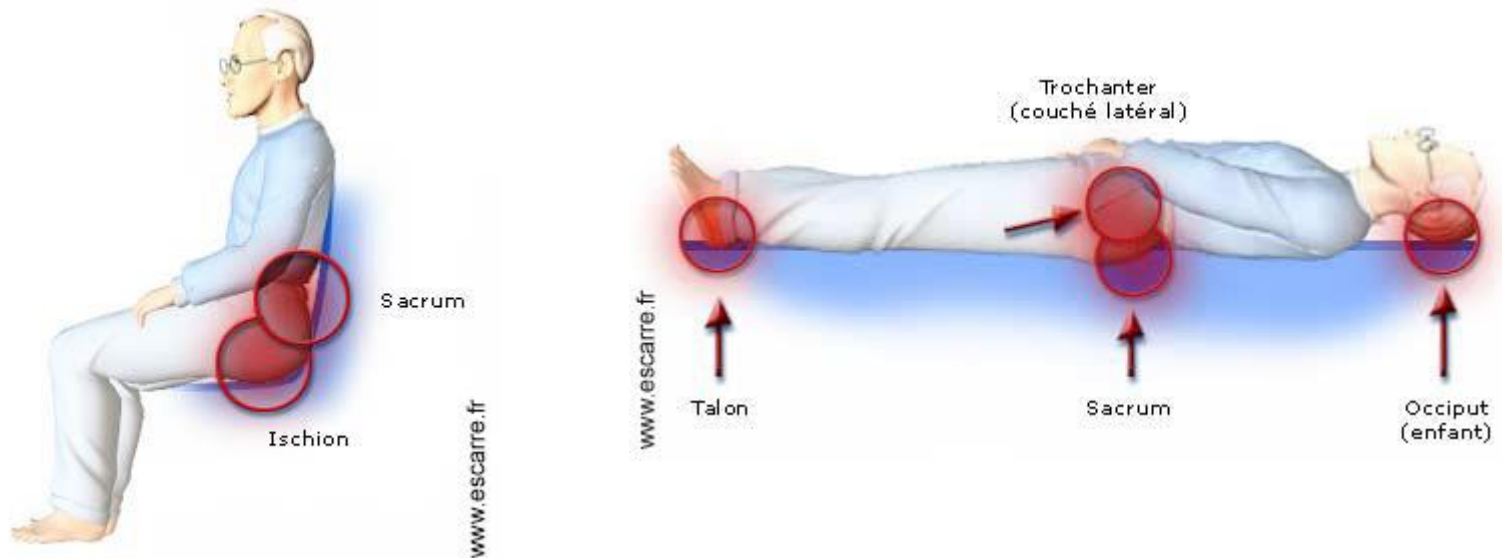
correspond à la **conjonction de deux forces de surface opposées parallèles à la peau.**

Ces deux forces résultent en général du frottement de la peau lorsque la personne glisse sur un support.



Localisation des escarres

40 % des escarres siègent au sacrum et 40% aux talons.



Localisation des escarres

- **Escarre du trochanter** : principalement chez les patients alités en position latérale.



Localisation des escarres

- **Escarre ischiatique** : principalement chez les patients assis, notamment chez les paraplégiques.



Localisation des escarres

- **Escarre sacrée** : principalement chez les patients assis en position affaissée vers l'avant, ou chez les patients alités en position semi-assise.



Localisation des escarres

- **Escarre du talon:** localisation fréquente chez les patients alités en position dorsale.



Localisation des escarres

- Autres localisations:
 - ✓ Escarre due à une sonde urinaire mal positionnée ou mal fixée
 - ✓ Occiput: escarre fréquente chez le nourrisson ou en réanimation
 - ✓ Malléole

Classification des escarres

STADE 0:

Peau intacte mais **risque d'escarre**

Classification des escarres

STADE 1:

Rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt

- Peau claire: rougeur persistante localisée
- Peau pigmentée: teinte rouge, bleue ou violacée persistante
- Cet **érythème** est parfois chaud, + ou – douloureux.

Classification des escarres

STADE 1:

- Atteinte de l'épiderme, voire du derme
- Réversible si prise en charge



Classification des escarres

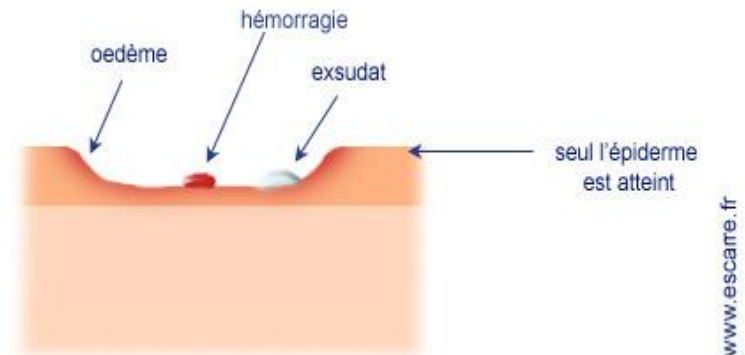
STADE 1:



Classification des escarres

STADE 2:

- **Désépidermisation** : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme.
- L'escarre est superficielle et se présente comme **une abrasion, une phlyctène ou une ulcération**.



Classification des escarres

STADE 2:

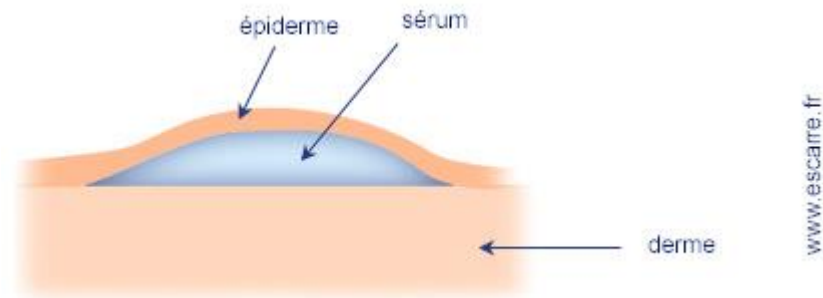


www.escarre.fr

Classification des escarres

STADE 2:

La **phlyctène** est un décollement de l'épiderme avec création d'une poche de liquide séreux. Elle siège plus fréquemment sur les points d'appui, principalement les talons.

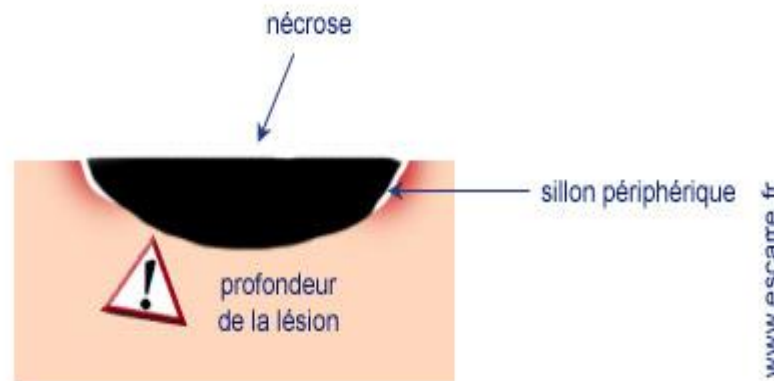


Classification des escarres

STADE 3:

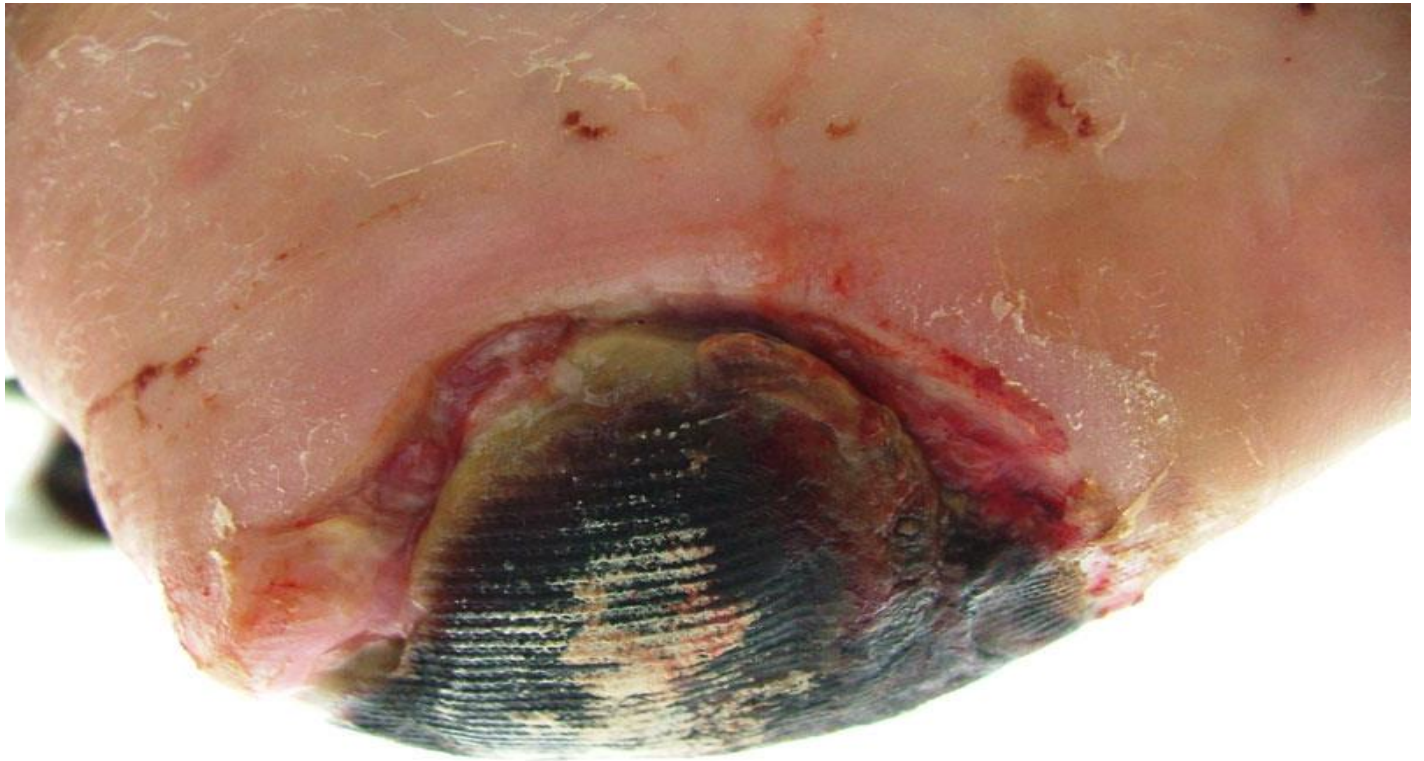
Plaie profonde avec plaque de **nécrose** qui recouvre en général des tissus sous-cutanés dévitalisés.

L'atteinte en profondeur est souvent massive.



Classification des escarres

STADE 3:

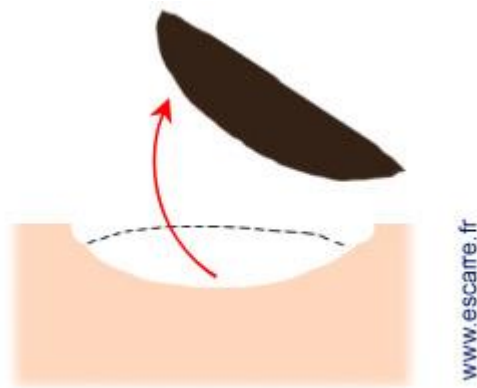


Classification des escarres

STADE 4:

Plaie ouverte profonde (ulcère) qui résulte souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

Destruction de tissus ou atteinte des muscles, des os, des tendons, des articulations.

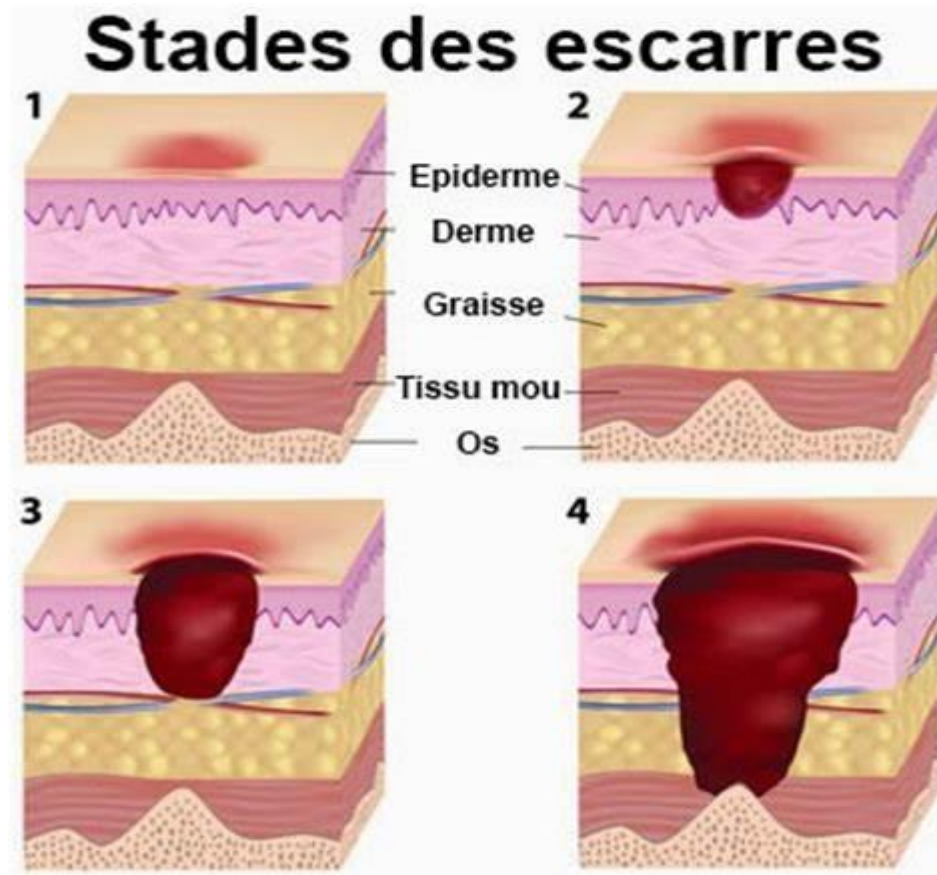


Classification des escarres

STADE 4:



Classification des escarres



Facteurs de risques

- Troubles de la sensibilité: maladies neurologiques, troubles de la conscience,...
- Troubles de la motricité: handicap,...
- Problèmes cardiaques ou vasculaires (altération des vaisseaux sanguins, mauvaise circulation,...)
- Dénutrition (perte masse grasseuse)
- Altération cutanée
- Age

Facteurs de risques

Situations à risque:

- ✓ immobilité
- ✓ mauvaise position assise
- ✓ mauvaise position couchée
- ✓ support inadapté (trop mou ou trop dur)
- ✓ incontinence (urinaire et fécale), et macération

Facteurs de risques

Echelle de BRADEN

Échelle de Braden (www.escarre.fr)

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

≥ **18** : risque bas **13 à 17** : risque modéré **8 à 12** : risque élevé ≤ **7** : risque élevé

Facteurs de risques

Echelle de NORTON

Évaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'Échelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULATOIRE	4	TOTALE	4	AUCUNE	4	
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	MARCHE AVEC UNE AIDE	3	DIMINUÉE	3	OCCASIONNELLE	3	
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRÈS LIMITÉE	2	URINAIRE	2	
TRÈS MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT AIDÉ	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FÉCALE	1	
RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	

ANALYSE DES RESULTATS

Score entre 5 et 12 : **risque très élevé**

Score entre 12 et 14 : **risque élevé**

Score entre 14 et 16 : **risque moyen**

Score entre 16 et 20 : **risque faible**



Les traitements

- Locaux et généraux
- Prise en compte de la personne et de la plaie
- Le succès du traitement est conditionné par :
 - ✓ une prise en charge pluridisciplinaire
 - ✓ l'adhésion des soignants à un protocole de soins
 - ✓ la participation active du patient et son entourage

Les traitements

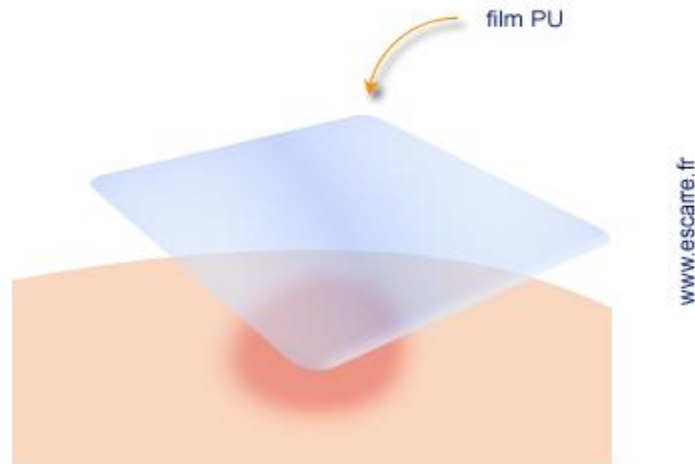
- Dans tous les cas, **renforcer la prévention**
 - ✓ support plus efficace
 - ✓ renforcement de la surveillance
 - ✓ changements de position
 - ✓ effleurage

Les traitements

- Stade 1:

Film pansement ou hydro colloïde transparent.

Permet de limiter la friction, la macération et suivre l'évolution de l'érythème.

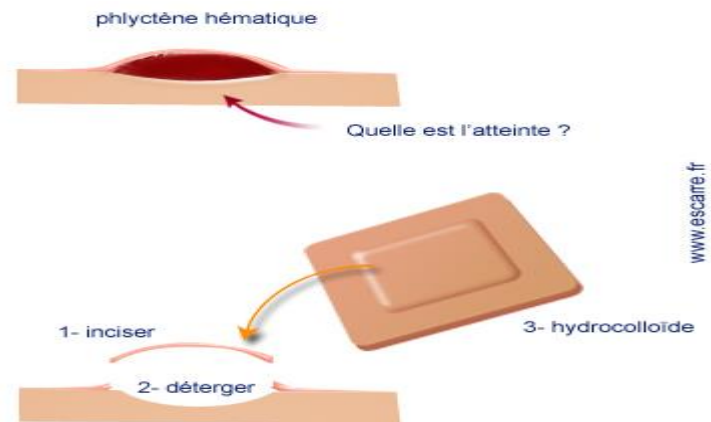
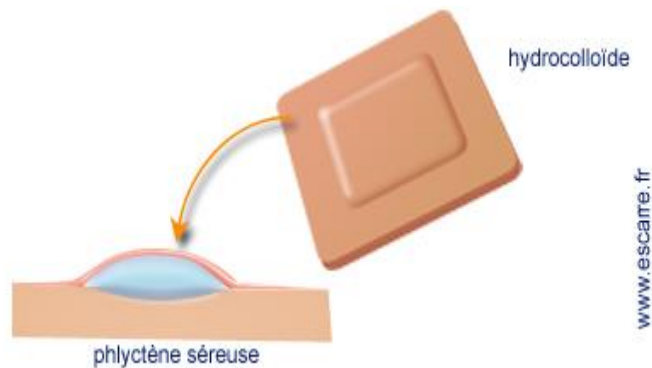


Les traitements

- Stade 2:

Traitement de la phlyctène :

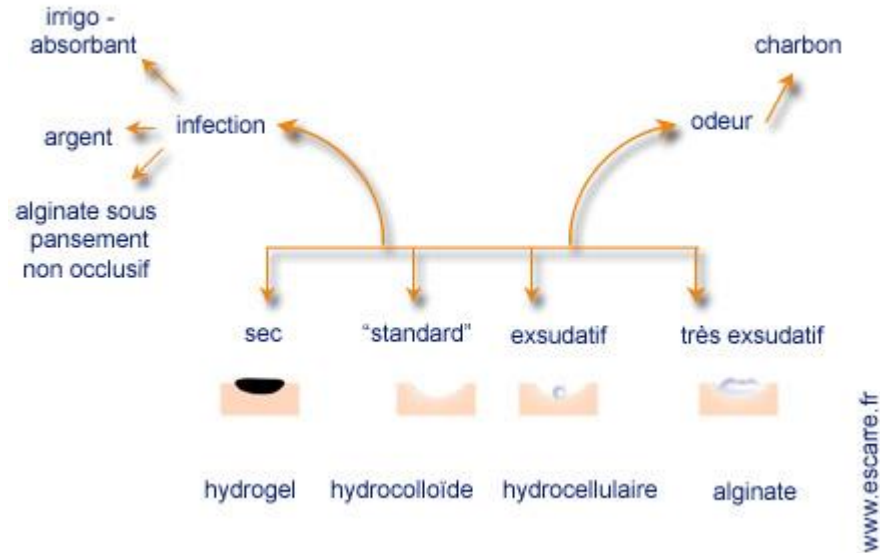
- ✓ phlyctène séreuse: vider sans découper (incision 1 mm des bords de la plaie)
- ✓ phlyctène hémorragique : découper pour visualiser une nécrose possible



Les traitements

- Stade 3:

Nettoyage de la plaie (dépôts fibrineux,...), pose d'un pansement adéquat, +/- recours à la chirurgie selon évolution.



Les traitements

- Stade 4:

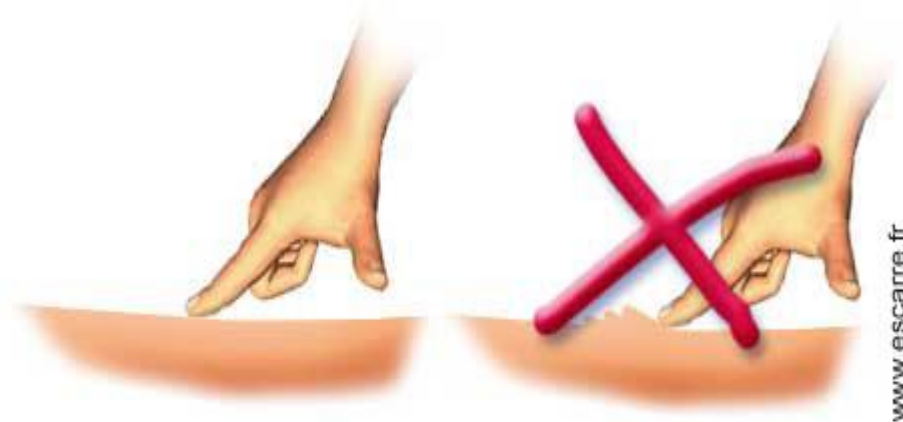
Détersion des zones nécrosées, pose d'un pansement adéquat, +/- chirurgie en fonction de l'évolution.

La prévention

- Observer
- Evaluer les risques d'escarre
- Lutter contre la macération (hygiène)
- Changements de position

La prévention

- Effleurage:
 - ✓ consiste à masser sans appuyer sur la peau
 - ✓ but= favoriser la micro vascularisation cutanée



La prévention

- ✓ Sur une peau propre, à mains nues, pendant 1 à 2 minutes.
- ✓ Geste léger pour éviter des forces de cisaillement.
- ✓ Application de produit (huile, pommade,...) qui facilitera le glissement de la peau sous les doigts et améliorera la vascularisation locale.

La prévention

- Prise en charge de la dénutrition:

Double enjeu:

- ✓ diminuer le risque d'escarre
 - ✓ favoriser la cicatrisation lors de l'escarre constituée
-
- ✓ Alimentation hyperprotidique
 - ✓ Hydratation

La prévention

- Support:

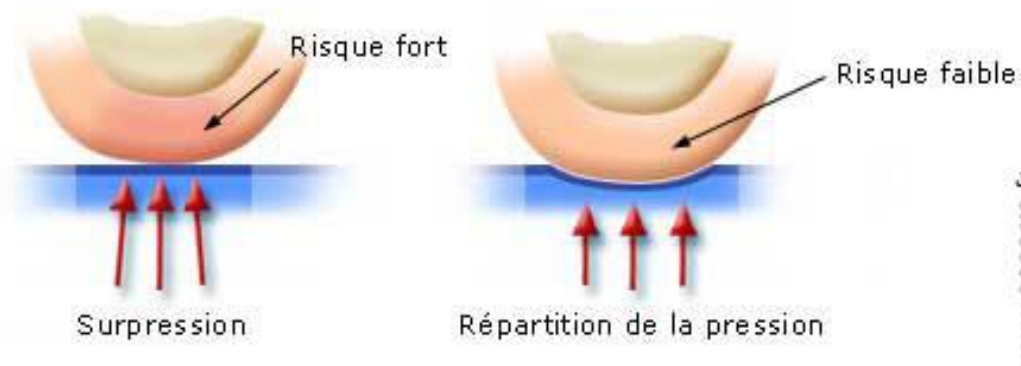
le support est le matelas ou le coussin sur lequel repose le patient.

- ✓ support statique
- ✓ support dynamique

La prévention

✓ support statique

Sa matière se déforme au contact du patient afin de répartir le poids du patient sur une plus grande surface et donc diminuer la pression en chaque point.



La prévention

✓ support statique

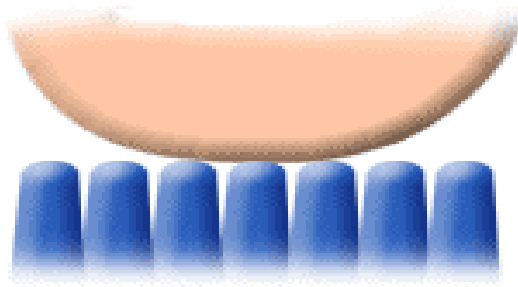


La prévention

✓ support dynamique

= motorisé

- à air alterné (élément se gonfle et se dégonfle alternativement faisant varier les zones de pression)
- à air continu (chaque élément se gonfle et se dégonfle en fonction des mouvements du patient)



La prévention

- ✓ support dynamique
= motorisé



La prévention

✓ les accessoires :

visent à soulager la pression localement soit dans une approche préventive (éviter des surpressions) soit dans une approche curative (empêcher une pression sur la plaie).

Plots de mousse, coussins,...



La prévention

✓ les accessoires :



La prévention

Le choix d'un support relève de l'équipe soignante et repose sur les facteurs de risque, les ressources matérielles et financières, les contraintes d'organisation,...

Conclusion

Le respect de la personne soignée doit guider les choix thérapeutiques selon l'état général du patient:

- soulager la souffrance
- préserver la dignité et la qualité de vie de la personne
- coordination des intervenants auprès du patient et continuité des soins sont essentielles.

Bibliographie

Site escarre.fr