
LES ESCARRES

EN EHPAD

Docteur FERRAH M'Barka

TABLE DES MATIERES

I - GENERALITES SUR LES ESCARRES

I.1 Définition

I.2 Mécanisme de formation

I.3 Classification

I.4 Facteurs de risque

I.4 Etat nutritionnel

I. 5. 1 la déshydratation

I. 5. 2 la dénutrition

I.6 Les échelles de risque

II - LES MESURES GENERALES DE PREVENTION

II.1 Critères de choix d'un support de lit

II.2 Principes généraux du traitement local d'une escarre constituée

II.3 Principes de soins locaux

II.3.1 exemples de choix de pansement

III - OBJECTIFS ET METHODES

III.1 Présentation de la maison de retraite

IV – PROFIL GLOBAL DE LA POPULATION DE L'EHPAD

V – FACTEURS D'EVALUATION DES PRATIQUES

VI – PROFIL GLOBAL DES PATIENTS PORTEURS D'ESCARRES

VI.1 Moyenne d'âge

VI.2 Répartition selon les sexes

VI.3 Prévalence de l'escarre

VI.4 Terrain morbide

VI.5 Localisation

VI.6 Répartition du nombre d'escarres par patient porteur

VI.7 Durée d'évolution

VI.8 Stade d'évolution

VI.9 Fréquence de changement de pansement

VII – CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

DEFINITION

L'escarre est une plaie de pression consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée, elle se développe en profondeur avant de s'ouvrir vers l'extérieur.

Le passage du stade d'érythème (rougeur cutanée) à celui d'ulcère (plaie ouverte) peut prendre quelques heures. (1)

MECANISME DE FORMATION

Pression prolongée

Hypoxie tissulaire

Choc traumatique

Cisaillement (2)

CLASSIFICATION

STADE 1 : Erythème : rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt.

STADE 2 : Désépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène hémorragique ou séreuse, selon qu'elle contienne ou non du sang.

STADE 3 : plaie ouverte profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous jacents dévitalisés.

STADE 4 : Ulcère : plaie ouverte profonde, résultat le plus souvent d'une escarre au stade 3 après élimination des tissus nécrotiques. (3)

FACTEURS DE RISQUE

§ TROUBLE DE LA SENSIBILITE OU DE LA MOBILITE : maladie neurologique, demence, diabète compliqué.

§ TROUBLE VASCULAIRE OU CARDIAQUE : toute pathologie susceptible d'altérer les vaisseaux sanguins (diabète, HTA, dyslipidémie)

§ TROUBLE HYPOXIQUE lié à une insuffisance respiratoire.

§ TROUBLE CIRCULATOIRE : lié à une hypotension, insuffisance cardiaque, troubles artériels, obésité.

§ TROUBLE DES DEFENSES IMMUNITAIRES (corticothérapie, néoplasie, infection)

§ MALPOSITION DES DISPOSITIFS MEDICAUX (sonde urinaire, sonde nasogastrique, tubulure de perfusion)

§ PATIENT AGE : qui combine polypahtologie, dénutrition, déshydratation, il et souvent moins conscient, moins coopérant.

Le vieillissement physiologique de tous les organes non pathologiques implique des vaisseaux moins résistants à la pression, une peau plus fine, une baisse de la mobilité.

Par ailleurs, l'incontinence provoque macération, et fragilise les tissus, aggravant ainsi une lésion naissante (4)

ETAT NUTRITIONNEL

LA DESHYDRATATION

En plus d'être un facteur de risque de survenue d'escarres, la déshydratation peut être responsable d'accidents thromboemboliques, d'infections en particulier urinaires et bronchiques, de troubles de la conscience, de malaises et de chutes avec leurs conséquences propres et de décès. (5,6)

Sa fréquence est favorisée par les modifications liées au vieillissement (diminution de la réserve hydrique par diminution de la masse maigre, de la sensation de soif, du pouvoir de concentration du rein). (7)

Les étiologies sont multiples :(7,8)

- Par carence d'apport : anorexie, dysphagie, troubles de la vigilance, de la communication, dépression, isolement social, régime sans sel strict, sédation chimique (psychotropes).
- Par excès de pertes : fièvre et sudation importantes, diarrhée et vomissement, polyurie, polypnée, chaleur excessive, diurétiques, laxatifs.

Le type de déshydratation est apprécié au mieux par la natrémie.

La réhydratation devra tenir compte :

- Des besoins hydriques quotidiens (1,5 l par jour) majorés en cas de fièvre (500 cc par degré de température excédant 37°C), de polyurie, de diarrhée ou de vomissement.
- Du déficit hydrique accumulé.
- De l'état du patient qui conditionne la voie d'administration :
 - orale pour les déficits modérés chez un patient conscient ou par sonde gastrique.
 - parentérale souvent seule utilisable qui sera d'autant plus progressive que l'hyponatrémie est importante pour éviter des transferts trop rapides d'eau vers les cellules, responsable d'œdème cérébral.
 - perfusion sous cutanée.

La déshydratation doit être prévenue par le dépistage systématique des patients à risque par la surveillance des apports et par un choix de boissons adapté à leur état et à leurs goûts.

LA DENUTRITION

Est définie comme un état de déficit en énergie et en protéines, retentissant sur toutes les grandes fonctions vitales, responsable de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.(9)
La dénutrition protéino-énergétique est un facteur indépendant de la survenue d'escarres.

Les outils de dépistage sont : (10)

- marqueurs biochimiques : les plus utilisés sont l'albumine, la pré albumine ou transthyrétine. Les valeurs sont à interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire et d'hydratation du patient.
- -Albumine : sa demi vie longue, environ 20 jours, démasque les dénitritions anciennes.
- -Pré albumine : sa demi vie courte (2 jours) et sa bonne sensibilité permettent de dépister des malnutritions très récentes.

Leur utilisation couplée avec des marqueurs anthropométriques permet d'améliorer leur performance.

* les mesures anthropométriques :

- le poids : la dénutrition est évoquée quand la perte de poids involontaire atteint 2kg en un mois ou 4 kg en 6 mois.
- Index de masse corporelle de Quetelet(IMC) : il correspond au rapport du poids en kg par la taille élevée au carré (m²), les valeurs normales sont situées entre 18,5 et 24,9, la dénutrition est suspectée pour un IMC inférieur à 18,5.(10,11)

L'estimation de la taille est obtenue par la formule de Chulméa :

-chez la femme :

Taille (cm)= $(84,8 - (0,2 \times \text{age en années}) + 1,8 \times \text{taille de la jambe (cm)})$

-chez l'homme :

Taille (cm)= $64,1 - (0,04 \times \text{age}) + (2,03 \times \text{taille de la jambe (cm)})$

Autre index : MNA (Mini Nutritionnal Assessment)

Une version courte (MNA –SF) est développée pour un dépistage rapide, un score inférieur à 11 est suspect de dénutrition et implique la poursuite de l'évaluation.

LES ECHELLES DE RISQUE

La mise en place de mesures de prévention, implique une identification des facteurs de risque, qui doit être clinique et associée à l'utilisation d'une échelle validée d'identification de ces facteurs, seules les échelles anglo-saxonnes sont validées :

- l'échelle de Norton :est simple d'utilisation ,utilise des scores pour la condition physique ,état mental ,l'activité,la mobilité et l'incontinence ;un score inférieur à16 indique un patient à risque (11).
- l'échelle de Waterlow : tient compte de l'état général, nutritionnel, cutané, de la mobilité, l'incontinence, l'âge, le sexe, le rapport poids/taille.(12,13)
- l'échelle de Braden :étudie la sensibilité,l'activité,la morbidité,la nutrition,la friction et les forces de cisaillement .Un score inférieur à 15 indique un risque accru de développer des escarres.(14)

Les échelles francophones dont le niveau de preuves est inconnu sont :

- l'échelle des peupliers (Gonesse)
- l'échelle d'Angers
- l'échelle de Genève

MESURES GENERALES DE PREVENTION

Dès l'identification des sujets à risque, les mesures préventives sont mises en œuvre, car l'escarre peut survenir en l'espace de quelques heures après une immobilisation.

- Installation correcte.
- Reprise précoce de la marche, lever au fauteuil.
- Changement de position toutes les trois heures.
- Massage à type d'effleurage, dès l'apparition d'escarre stade I.
- Surveillance régulière des points d'appui, hygiène rigoureuse, manipulation adaptée afin d'éviter les forces de cisaillement et de frottement (utilité du lève malade).
- Apport hydrique et calorique suffisants et supplémentation protidique.
- Les supports d'aide à la prévention et au traitement d'escarres : sont nombreux tant pour prévenir que pour traiter l'escarre, leur intérêt dans la baisse de la pression est démontrée.
- Les supports sont répartis en statiques (non motorisés) et dynamiques (motorisés), les principaux objectifs sont de redistribuer les pressions d'interface exercées sur le patient et de procurer un maximum de confort. Leur large utilisation ne doit pas dispenser du changement de position et de la mobilisation de la personne.

CRITERES DE CHOIX D'UN SUPPORT DE LIT (3)

Les critères identifiés dans la littérature sont les suivants : patients porteur d'escarres ou non, niveau de risque, nombre d'heures passées au lit, mobilité avec fréquence de changement de position, transfert lit- fauteuil possible ou non.

SUPPORT PROPOSE	CARACTERISTIQUES DU PATIENT
Surmatelas statique	Pas d'escarres et risque peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 heures par jour au lit
Matelas statique	Pas d'escarres et risque moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 heures par jour au lit
Sur matelas dynamique	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque 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 (supérieur à II) et ne pouvant bouger seul au lit et qui ne change pas de position quand il est au lit

PRINCIPES GENERAUX DU TRAITEMENT LOCAL D'UNE ESCARRE CONSTITUÉE

Le traitement local représente une partie parmi les autres mesures préventives et de traitement général de l'escarre.

Deux principes fondamentaux sont à respecter afin d'optimiser la cicatrisation (15)

- l'exsudat au contact de la plaie participe à sa détersion grâce aux lymphocytes T, à la reconstitution tissulaire (facteurs de croissance)
- milieu chaud et humide qui favorise le développement de la flore bactérienne Gram négatif, qui stimule les macrophages accélérant ainsi la destruction des tissus nécrosés et leur désolidarisation.

La cicatrisation se fait en trois phases :

- Détersion de la nécrose.
- Bourgeonnement traduisant la cicatrisation.
- Epidermisation aboutissant à la restauration cutanée.

PRINCIPES DE SOINS LOCAUX

- Veiller aux principes d'hygiène par la gestion des pansements avec une asepsie rigoureuse.
- Nettoyer la plaie au sérum physiologique afin de respecter l'écosystème bactérien. L'utilisation des antiseptiques est déconseillée.(16)
- La détersion doit être précoce et indolore.
- Recouvrir la plaie d'un pansement permettant de respecter le bourgeonnement en favorisant l'épidémisation. (3,17)

Devant la grande variété des produits, il est nécessaire de bien connaître leurs mécanismes, leurs indications et contre-indications.

EXEMPLES DE CHOIX DE PANSEMENTS EN FONCTION DE L'ETAT DE LA PLAIE

Etat de la plaie	Type de pansement
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche /hydrofibre mèche Hydro cellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/hydro cellulaire hydro fibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde hydro cellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydro cellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

OBJECTIFS ET METHODES

PRESENTATION DE LA MAISON DE RETRAITE

La structure située dans la banlieue ouest parisienne, a ouvert ses portes en 1992, sa capacité est de 58 lits, répartis sur deux étages. Elle n'est pas dotée d'une unité protégée Alzheimer. Elle est devenue EHPAD depuis juillet 2005, date de la signature de la convention tripartite.

Le personnel soignant (34,6 ETP) est composé de

Médecin coordonnateur (0,5 ETP)

Infirmière coordinatrice (1ETP)

Infirmières (2ETP)

Ergothérapeute (0,5 ETP)

Diététicienne (0,5 ETP)

Psychologue (0,5 ETP)

Préparateur en pharmacie (0,1 ETP)

15 ETP d'aides soignantes, et 15 ETP d'ASH et 3,4 ETP d'agents techniques et administratifs.

Les intervenants extérieurs sont :

- une vingtaine de médecins libéraux
- deux orthophonistes
- deux kinésithérapeutes

Le taux d'occupation est de 100 %.

PROFIL GLOBAL DE LA POPULATION DE L'EHPAD

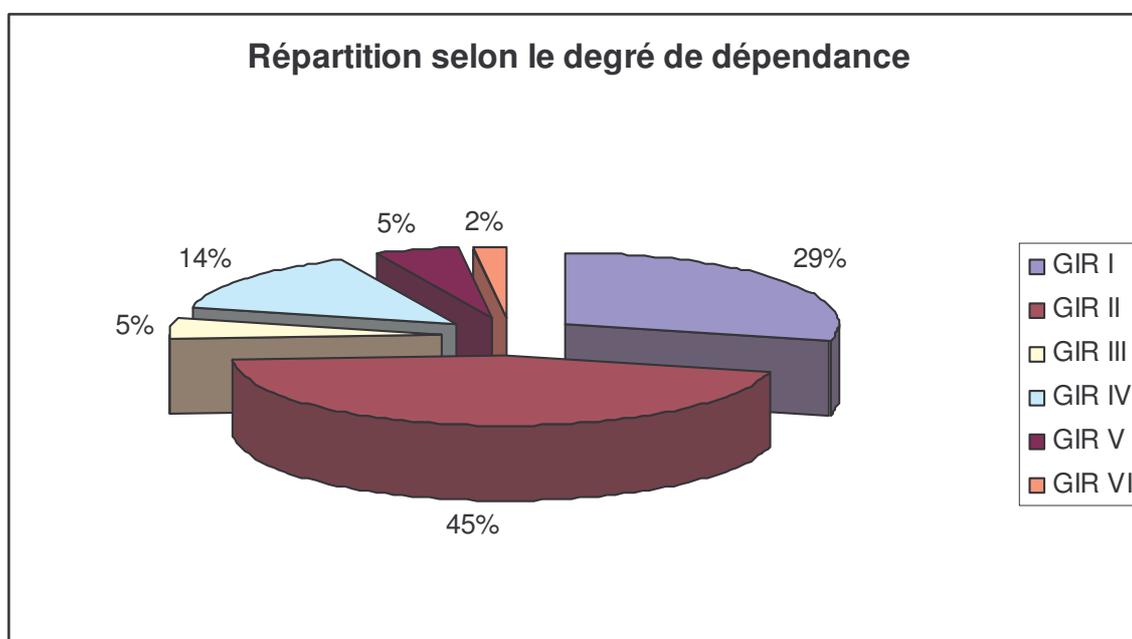
**Répartition selon le sexe*

9 hommes
49 femmes

**Moyenne d'âge* est de 89,2 ans

**GMP* est de 776

**Répartition selon le degré de dépendance :*



FACTEURS D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

*Effectués (parfois inconstamment selon les équipes)

- protocole de pansement (mode de nettoyage, de déterision, pansement utilisé)
- supports anti-escarres
- hydratation orale (grille de surveillance), ou en perfusion sous cutanée
- supplémentation protidique (grille de surveillance)
- grille de localisation des escarres à l'admission
- prescription médicale des soins
- pesée trimestrielle
- changement de position toutes les deux heures
- effleurage et massage des zones d'appui
- Traitement de la douleur de l'escarre

*non effectués :

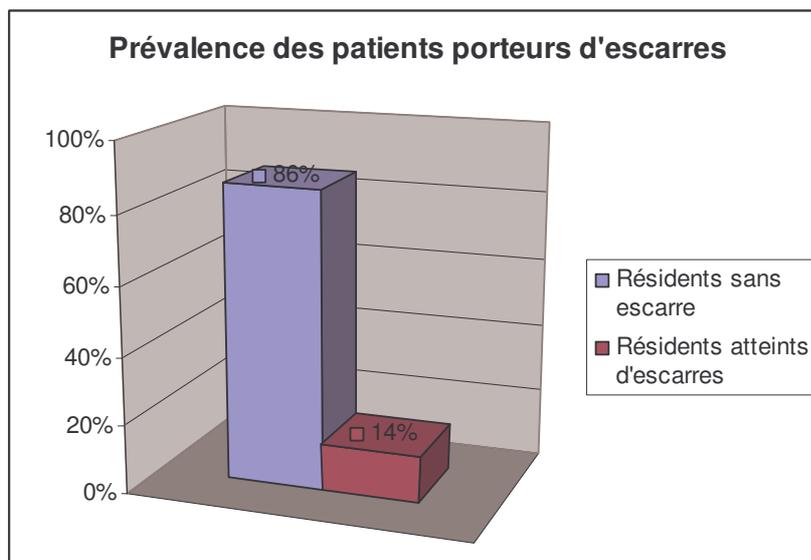
- l'échelle d'évaluation de risque d'escarres à l'entrée ou au cours du suivi
- facteurs biologiques (albumine, marqueurs inflammatoires)
- facteur anthropométrique : IMC
- recherche de BMR
- fiche de suivi de l'escarre

PROFIL DES RESIDENTS PORTEURS D'ESCARRES

*Moyenne d'âge est de 84 ans

*Répartition selon le sexe : aucun homme n'est porteur d'escarres

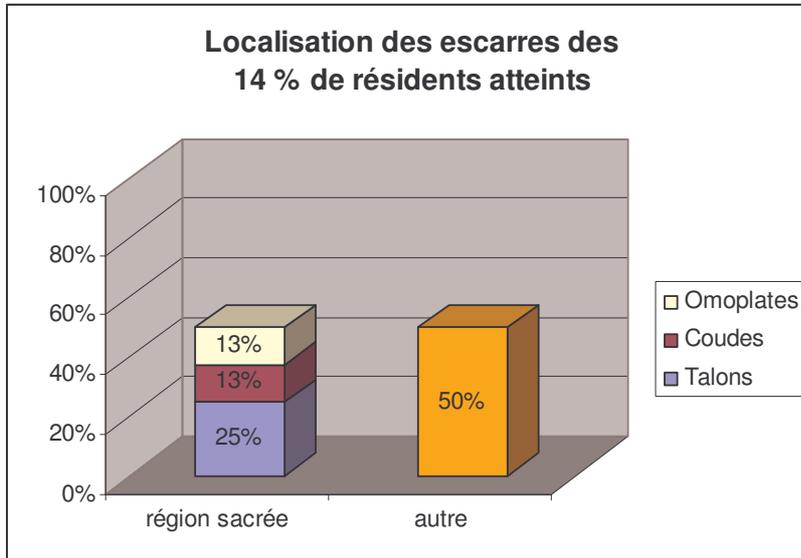
*Prévalence de l'escarre :



8 résidentes sont atteintes d'escarres soit un taux de prévalence de 14%

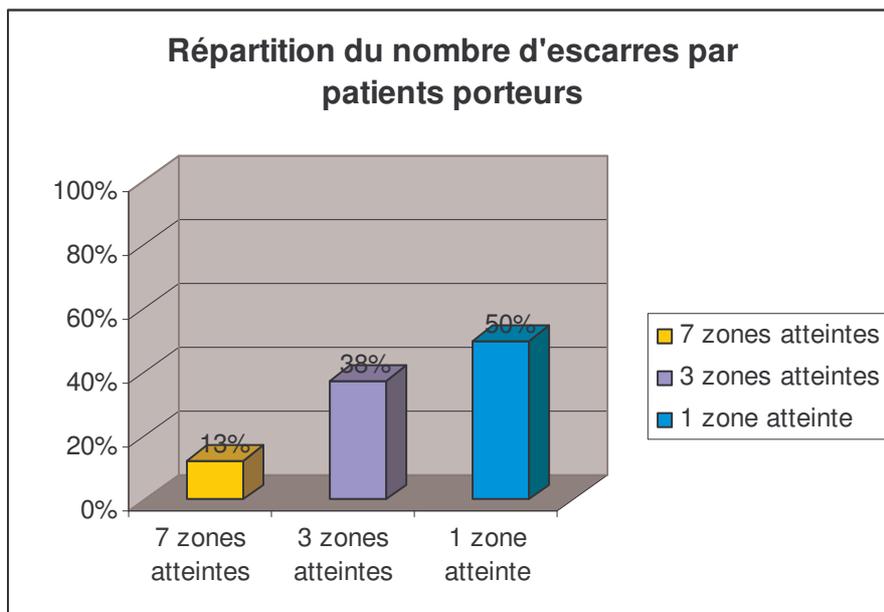
**terrain morbide* :- diabète, artériopathie 1
 -hémiplégie 1
 -démence 4
 -cancer, fin de vie 2

**localisation*



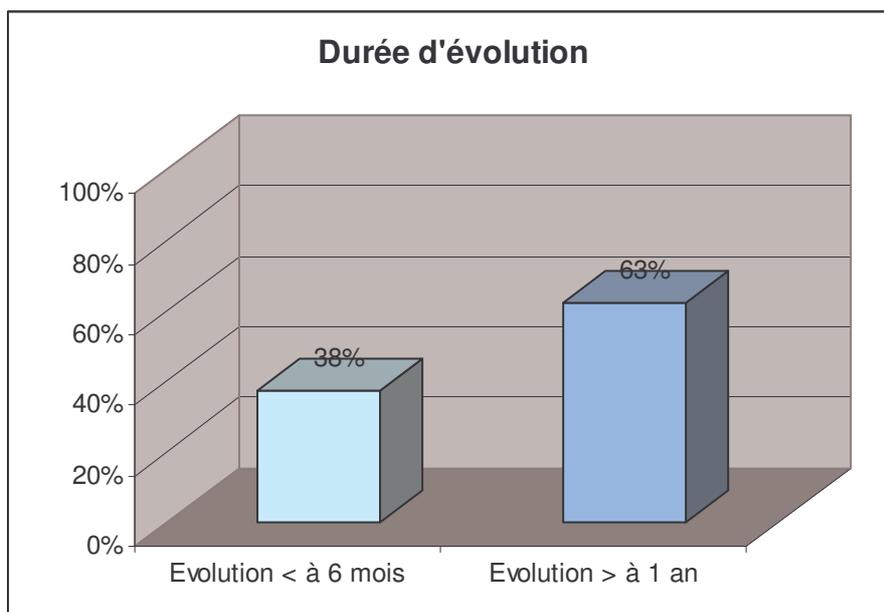
La région sacrée est la plus atteinte (50%) ,suivie de la région des talons (25%),des coudes et des omoïdes en proportion égale (12,5%).

**répartition du nombre d'escarres par patient porteur*



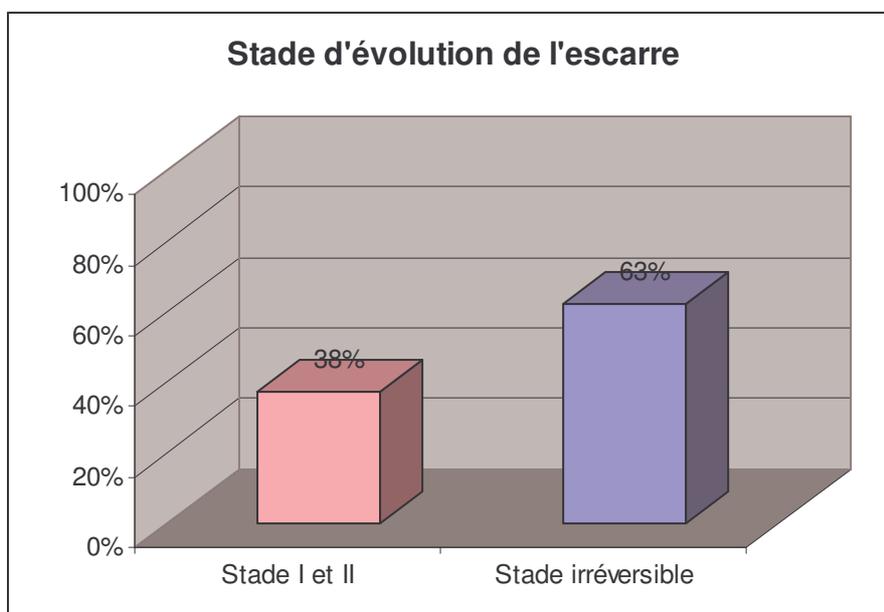
7 zones sont atteintes dans 13 % des cas, 3 zones le sont dans 38 % autre cas, et dans la moitié des cas la localisation d'escarre reste unique

**durée d'évolution*



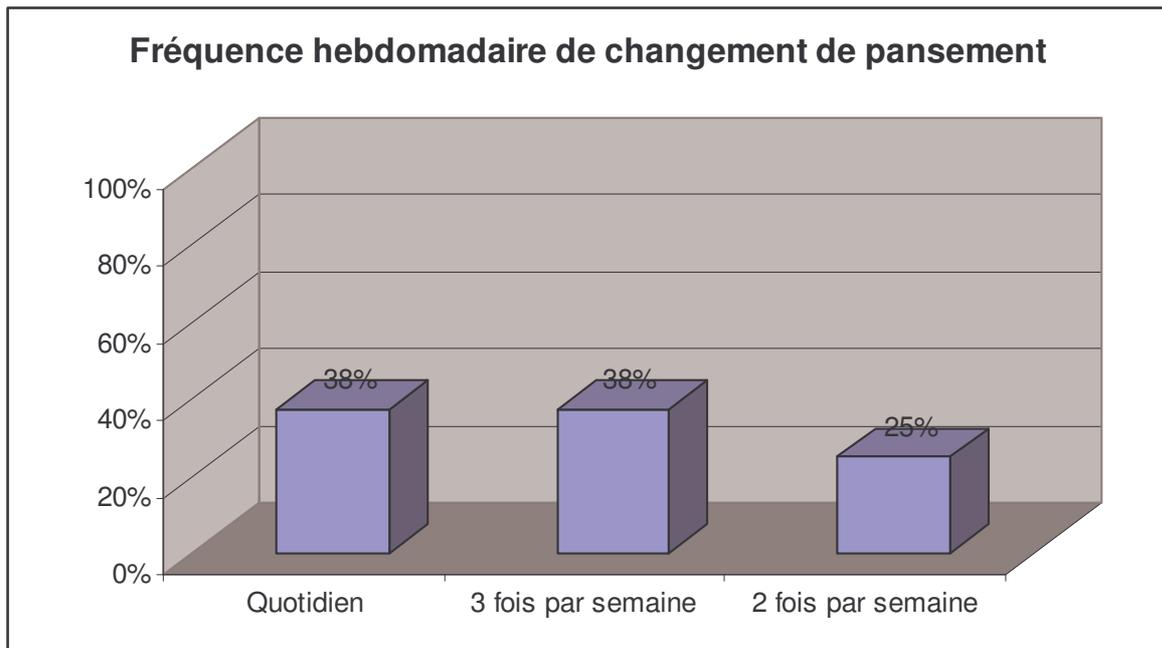
Elle est inférieure à 6mois dans 38% des cas et supérieure à un an dans 63%.

**selon le stade d'évolution de l'escarre :*



38% des résidentes présentent des escarres au stade I et II, et 63% autres au stade irréversible III et IV.

**fréquence hebdomadaire de changement de pansement*



Les pansements sont majoritairement changés entre 2 à 3 fois par semaine, ce qui correspond à un changement à saturation des hydrocolloïdes.

CONCLUSION

A l'issue de cette synthèse, nous constatons un vieillissement considérable de la population de cet EHPAD, ayant un degré de dépendance élevé avec une gravité importante des escarres recensées.

Pour ce qui est du traitement général, il apparaît clairement que le soulagement des points d'appui n'est pas fait correctement ou précocement, l'utilisation des supports anti-escarres ne dispensant pas de ses mobilisations.

Les changements de position ne sont pas réalisés systématiquement.

En ce qui concerne le traitement local des escarres, l'utilisation des pansements et le nettoyage des plaies sont globalement conformes aux recommandations.

La dénutrition contribuant au retard de la cicatrisation est un facteur indépendant de la survenue des escarres n'est pas dépistée.

Il n'existe aucun protocole détaillant le dépistage à l'entrée, ni de suivi de l'escarre constituée.

Malgré les faiblesses que comporte cette étude, elle dresse un constat qui nous engage à améliorer nos pratiques :

- par l'élaboration d'un protocole de prise en charge des escarres comportant des outils de dépistage, de classification, et de guide de prévention et de traitement.
- En s'appuyant sur des ressources déjà existantes : équipe mobile de soins palliatifs, comité de lutte contre la douleur (structures hospitalières de proximité)
- De déterminer des critères de qualité relatifs à la prise en charge des escarres et de prévoir des évaluations régulières des pratiques professionnelles.
- De concevoir un plan de formation des personnels.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.2. Site escarre, France disponible sur :
[http ; //www.escarre.fr](http://www.escarre.fr).
3. Agence d'accréditation d'évaluation de la santé (ANAES)
Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé
Conférence de consensus .Textes et recommandations novembre 2001
4. site de l'escarre, France disponible sur :
[Http//www.escarre .fr](Http://www.escarre.fr).
5. Kagan y.Legrain s. déshydratation
In .guide de pratique gériatrique .Paris la gazette médicale 1993
Paris la gazette médicale 1993 p 43-47 (le guide des pratiques)
6. Bouchon JP. Déshydratation : déficits hydriques et sodés
In Grumbach R gériatrie pratique Paris
Doin.1988 p 227-233
7. Ferry M (hydratation déshydratation du sujet âgé
Med et Nutr, 2000 36p 253-262
8. Lanque S.Vellas Albarede. JL
Hydratation et personnes âgées
En ligne in site centre Evian disponible sur :
[http://www.centre-evian.com/fond Doc/dos –science](http://www.centre-evian.com/fond-Doc/dos-science).
9. Zazzo JP mécanismes et conséquences de la dénutrition
Rev prat 2003 53, 3,p 248-253
10. Melichior JC .diagnostic et dépistage de la dénutrition
Rev prat 2003, 53, 3 p 254-258.
11. Norton D calculating the risk reflections of the Norton scale.
Decubitus 1989, 2, p 24-31
12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES)
Evaluation de la prévention d'escarres, évaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé juin 1998
13. Edwars M fiabilité et validité de l'échelle de Waterlow pour l'évaluation du risque d'escarre
Decubitus J Wound care 1995, 4, p 373-378

14. Braden BJ Berstrom

N clinical utility of the Braden scale for predicting pressure score risk
Decubitus 1989, 2, p 44-54

15. Dondelinger R Meaume S

Escarre constituée .Quel traitement local ?
Gérontologie pratique 2004 57 p ,6-8

16. Barrois B .Pansement des escarres

Comment faut –il nettoyer les plaies ?

Les pansements de l’an 2000

L’escarre, revue officielle de l’association PERSE 2000 7, P 10 -12

17. Meaume S.Senet P. Plaies chroniques : les pansements, choix, stratégie d’utilisation
prescription

In Teot L, Meaume S,Dereure

Plaies et cicatrisation au quotidien

Montpellier sauramps médical 2001 p 225-237