

# Prise en charge des escarres

- Protocoles - Hospitalier - Cochin - StVP (Paris) - Dermatologie -



Date de mise en ligne : lundi 23 avril 2012

---

**Urgences-Online Urg-Serv, Medecine d'urgence, SAMU, SMUR, Protocoles,  
Etudiants, Medecins, Infirmiers**

---

# 1/ Physiopathologie et classification

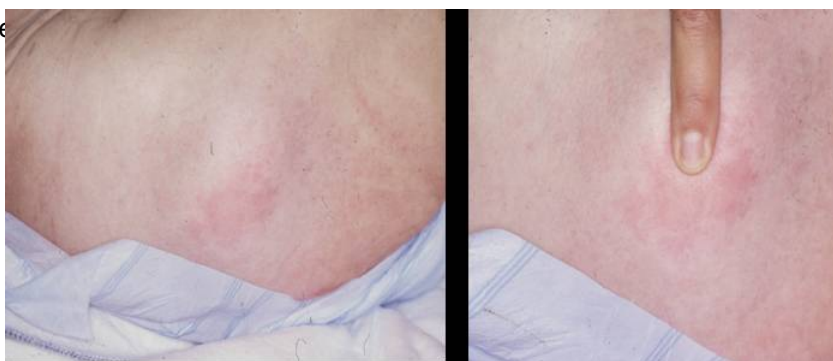
▶ Mécanisme : L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique il y a une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

▶ L'escarre est une complication

## Classification NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory) modifiée :

▶ **Stade 0**, rougeur non persistante à l'appui (hyperhémie réactionnelle)

- Traitement : Lever l'appui +/- film de polyuréthane



▶ **Stade 1** : érythème persistant

- Traitement : lever l'appui + hydrocolloïde plaque fine

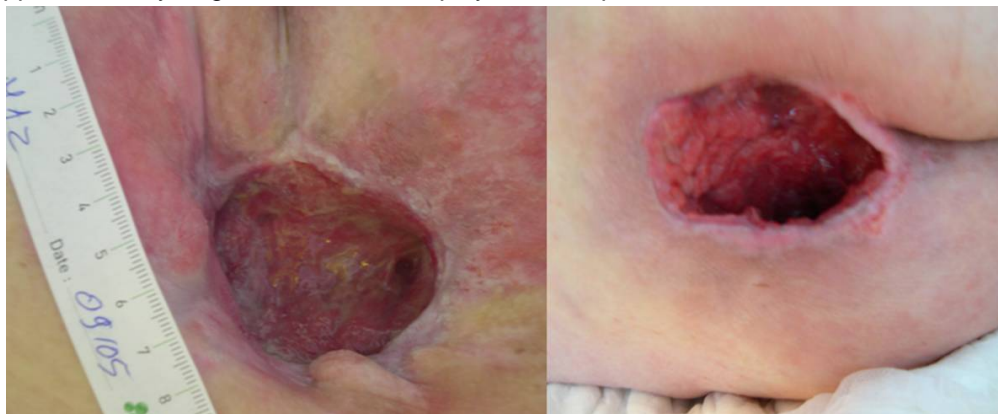


▶ **Stade 2** : ulcération superficielle (épiderme + derme) se présentant comme une dermabrasion, une phlyctène (= ampoule)

- Traitement : lever l'appui + hydrocolloïde plaque épaisse (si peau péri lésionnelle en bon état) ou hydrocellulaire (si peau péri lésionnelle fragile)



- ▶ **Stade 3** : cratère profond (atteinte des tissus sous cutanés = tissu graisseux)
- Traitement :
  - Si nécrose ou fibrine (humide) : détersion mécanique au bistouri puis méchage alginaté (si saignement) ou hydrofibre
  - Si nécrose ou fibrine sèche : application d'hydrogel sous un film de polyuréthane pendant 24h avant détersion mécanique



- ▶ **Stade 4** : destruction étendue aux muscles, tendons, capsules articulaires, os
- Traitement :
  - Si nécrose ou fibrine (humide) : détersion mécanique au bistouri puis méchage alginaté (si saignement) ou hydrofibre
  - Si nécrose ou fibrine sèche : application d'hydrogel sous un film de polyuréthane pendant 24h avant détersion mécanique

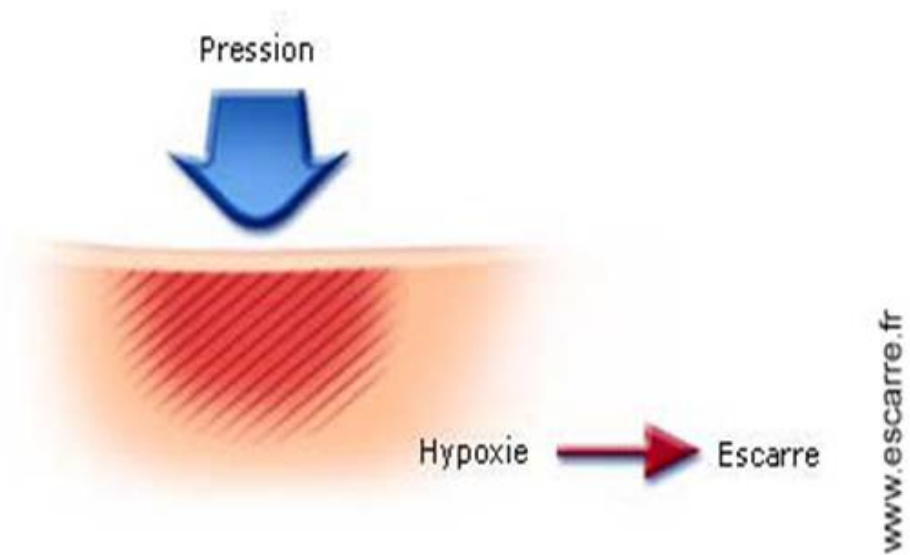


### Cas particuliers :

- ▶ Nécrose membres inférieurs = s'assurer que le patient n'ait pas d'insuffisance artérielle avant de déterger (sinon déterger sans fin à prévoir avec au final un contact osseux) = pouls pédiex et écho-doppler des membres inférieurs.
- ▶ Plaie infectée : nécessite une antibiothérapie par voie générale et une déterger mécanique immédiate (même si troubles artériopathiques), ne pas mettre de pansement occlusif. Si doute sur fistules au niveau du sacrum : scanner pelvien nécessaire.
- ▶ Soins palliatifs : pas de soin douloureux, pas de déterger, momifier (tulle gras + compresses sèches le moins souvent possible), gestion des odeurs (charbon).

## 2/ Facteurs de risque :

- ▶ Intrinsèques (= cliniques)
  - L'immobilité (troubles moteurs, sensitifs, conscience)
  - La dénutrition et la déshydratation
  - La macération (incontinence, transpiration)
  - Âge supérieur à 70 ans
  - Maladie intercurrente (aigüe ou phase terminale de maladie chronique)
  - Défaillance des grandes fonctions vitales
  - La mauvaise vascularisation
  - ATCD d'escarre
- ▶ Extrinsèques (= mécaniques)
  - La pression



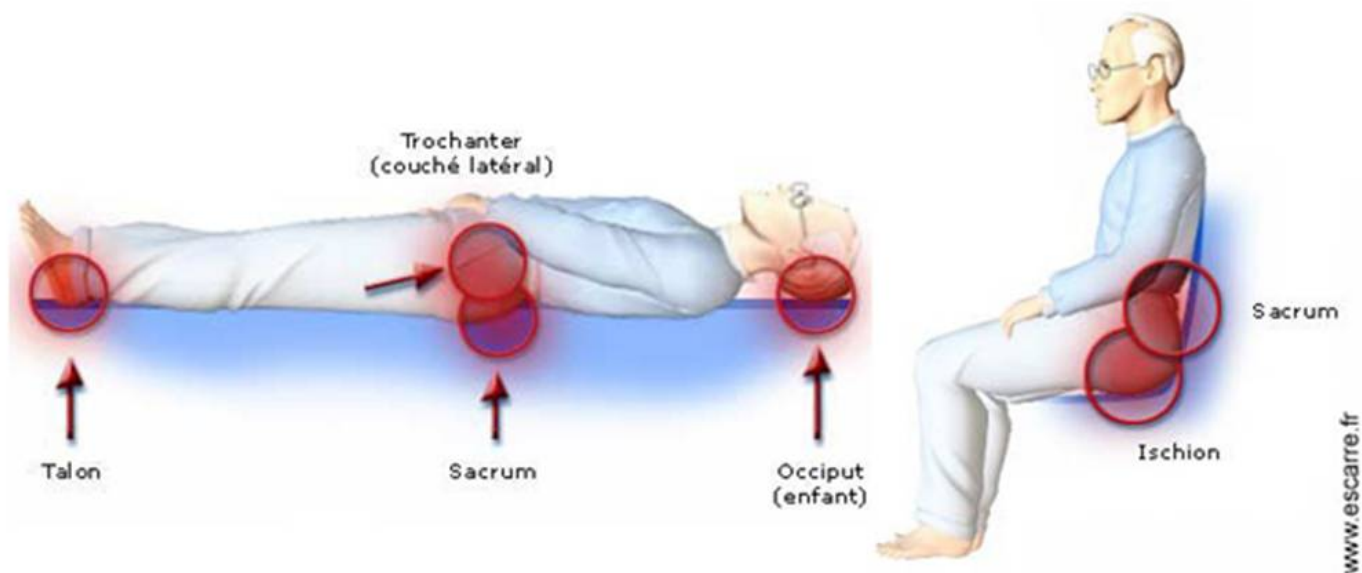
- Le cisaillement



- Les frottements



### 3/ Localisations les plus courantes :



### 4/ A l'arrivée aux urgences

Deux points importants :

- ▶ Evaluer facteurs de risque
- ▶ Prendre en compte la douleur
- ▶ Pour évaluer les facteurs de risque, un outil sur l'Hôpital : L'**échelle de BRADEN** (échelle d'évaluation du risque d'escarre validée)

<b>CRITERES</b>	<b>OBSERVATIONS</b>	<b>SCORE</b>	<b>Date / /</b>
<u>Perception sensorielle</u> Capacité à répondre à un inconfort dû à la pression	Complètement limité	1	
	Très limité	2	
	Légèrement diminué	3	
	Aucune diminution	4	
<u>Humidité</u> Degré d'exposition de la peau à l'humidité	Constamment mouillé	1	
	Humide	2	
	Humidité occasionnelle	3	
	Rarement humide	4	
<u>Degré d'activité physique</u>	Alité	1	
	Au fauteuil	2	
	Marche occasionnellement	3	
	Marche fréquemment	4	
<u>Mobilité</u> Capacité à changer de position	Complètement immobile	1	
	Très limité	2	
	Légèrement limité	3	
	Aucune limitation	4	
<u>Nutrition</u>	Très pauvre	1	
	Probablement inadéquate	2	
	Adéquate	3	
	Excellente	4	
<u>Friction &amp; Cisaillement</u> Capacité à se soulever lors des transferts pour éviter de glisser	Problème	1	
	Problème potentiel	2	
	Aucun problème apparent	3	
<b>Score TOTAL</b>	<b>inférieur à 15 points : supérieur à 15 points :</b>	<b>risque élevé risque faible</b>	

Référence : Echelle retenue par la conférence de consensus de novembre 2001 (échelle simplifiée).

- ▶ Prendre en compte la douleur
  - Il faut d'abord l'évaluer, en utilisant les différentes échelles à notre disposition : --\*\* numérique (EN) --\*\* verbale (EVS) --\*\* comportementale (algotplus) --\*\* visuelle analogique (EVA)
  - Utiliser les antalgiques adaptés ([cf CODU prise en charge de la douleur au SAU](#)) [(- Patient algique à son arrivée : titration morphine sans oublier relais per os ensuite)
    - ▶ Avant soin ou mobilisation potentiellement douloureux : prémédication (morphine per os (1h avant) ou sous-cutanée (30 minutes avant)
    - ▶ Penser au MEOPA pour la réfection du pansement ([cf CODU utilisation du MEOPA](#))

## 5/ Prévention

- ▶ Prévention des escarres
  - Mobilisation et soulagement des points d'appui
  - Pansement adapté
  - Etat nutritionnel (évaluation + renutrition)
  
- ▶ La mobilisation est importante pour éviter la formation ou l'aggravation d'une escarre
  - Lever précoce
  - Mobilisations régulières, l'idéal serait de mobiliser les patients toutes les 2h, aux urgences (compte tenu de la charge de travail 2 fois par équipe serait réalisable)
  - Soulager les talons avec un oreiller sous les mollets si rougeur aux talons



**Ne pas utiliser de poche de perfusion, de draps pliés ou de gants remplis d'eau qui en créant des surpressions augmentent le risque d'escarre**

- ▶ La prévention des escarres est essentielle, sachant qu'une escarre peut se former en quelques heures :
  - Effleurement au sanyréne®, pas de massage
  - Stimuler l'hydratation et la nutrition
  - Eviter les points d'appui sur du matériel (sonde urinaire, lunettes à oxygène...)
  - Tendre les draps sous le patient pour éviter les plis sous la peau
  - Prévoir un pli d'aisance au niveau des pieds
  - Ne pas trop serrer et bien positionner les protections

## 6/ Traitement

- ▶ Principes de la cicatrisation dirigée :
  - Respect de l'écosystème bactérien
    - Nettoyage eau et savon
    - Sécher sans frotter
    - Ne pas utiliser d'antiseptique (sélection de germes résistants) sauf si contact avec du matériel ou plaie clairement infectée
  
- ▶ Maintien en milieu humide :
  - Gestion des exsudats pour éviter macération sans sécher la plaie
  
- ▶ Prendre en compte la peau péri lésionnelle
  
- ▶










## Prise en charge des escarres

---

Mettre le moins de « couches » de pansement possible (au maximum 2 : pansement primaire, pansement secondaire, voire bande si besoin)

- ▶ Pour tout patient présentant une ou plusieurs escarres, doser albumine et pré albumine
- ▶ Traiter pathologies associées
- ▶ Classes de pansement et utilisation :

## Prise en charge des escarres

	Hydrocolloïde	Hydrocellulaire	Alginate	Hydrofibre	Film polyuréthane	Hydrogel	Interface
Disponible aux urgences	Comfeel® Duoderm®	Mepilex® Biatain® Allevyn®	Algosteril® Urgosorb®	Aquacel®	Tegaderm®	Purillon®	Jelonet® Mepitel®
Photo							
Propriétés	Absorbant Maintien en milieu humide	Très absorbant Maintien en milieu humide Retrait atraumatique	Absorbant Hémostatique	Très absorbant	Maintien en milieu humide	Hydratant	Hydratant
Indicat°	Escarre stade 1 à 4 moyennement exsudative	Escarre stade 2 à 4 exsudative	Cavité détergée mécaniquement avec saignement	Cavité détergée mécaniquement exsudative	Escarre stade 0 Escarre stade 1	Détersion nécrose ou fibrine sèche	Plaie en phase de bourgeonnement Escarre en soins palliatifs
Contre Indicat°	Plaie infectée Peau péri lésionnelle fragile		Plaie peu exsudative	Plaie peu exsudative		Peau périlésionnelle fragile	
Utilisat°	Changement à saturation ou tous les 4 jours	Changement à tous les 5 à 7 jours	Pansement 1aire, Hydrocolloïde ou compresse en pansement secondaire	Pansement 1aire, utiliser Hydrocolloïde ou compresse en pansement secondaire	Changer tous les jours ou si décollé  Permet la douche	Pansement 1aire, Utiliser en 2aire Hydrocolloïde fin  A changer à 24h + détersion mécaniq	Jelonet® Maille large : risque d'arracher bourgeon au retrait  Pansement primaire, compresses en 2aire A changer toutes les 48h
Prix	Remboursé (+ part mutuelle) Prix moyen	Remboursé (+ part mutuelle) Prix élevé mais se change moins souvent	Remboursé (+ part mutuelle) Prix moyen	Remboursé (+ part mutuelle) Prix élevé	Remboursé (+ part mutuelle) Prix faible	Remboursé (+ part mutuelle) Prix faible	Remboursé (+ part mutuelle) Jelonet® prix faible Mepitel® prix moyen

## 6/ Prévoir la sortie

- ▶ En hospitalisation ou aux urgences, Mauve BASSET (IDE, Equipe d'Intervention Gériatrique) : 06.31.24.76.86
- ▶ Adapter le protocole de soins à l'environnement du patient si domicile (coût du matériel, temps IDE prescrit et effectif, capacité du patient ou de l'entourage à refaire le pansement si besoin...)
- ▶ Prévoir consultation plaie à distance si besoin
  - Consultation plaie à Cochin, Samuel DESPAS IDE stomathérapeute : poste 13 258.
  - Consultation plaie à Broca (gériatrique) : Dr Haulon ou Dr Gautier 01.44.08.36.36
  - Consultation plaie à Rothschild (gériatrique) : Dr Meaume 01.40.19.33.06
  - Consultation plaie à Institut Curie (cancérologie) : Isabelle Fromantin 01.44.32.40.00

## 7/ Bibliographie

## Prise en charge des escarres

---

- ▶ Agence d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Prévention et traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé, Conférence de Consensus, 2001. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcm&hellip;>
- ▶ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et RCN, Pressure ulcers : clinical guideline, 2005. Disponible sur : <http://guidance.nice.org.uk/CG29/Pu&hellip;>
- ▶ Registered Nurses' Association of Ontario, Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4, 2002 (réactualisé en 2005). Disponible sur : [http://www.rnao.org/Storage/11/554\\_&hellip;](http://www.rnao.org/Storage/11/554_&hellip;)