

LES ESCARRES



Pr. M.D ELAMRANI

Formation continue du personnel du CHU
Mohammed VI de Marrakech. Janvier 2020

PROGRAMME DE LA FORMATION

- Définition.
- Epidémiologie.
- Rappels : Anatomie, cicatrisation, cicatrisants cutanés
- Physiopathologie : mécanismes de constitution.
- Évaluation clinique de l'escarre constituée
- Prévention
- Escarre médicale : prise en charge sur le plan général et soins locaux.
- Escarre chirurgicale
- Complications
- Conclusion

TOUT D'ABORD

*Vos questions
et vos attentes ???*

INTRODUCTION

- Une escarre = « ulcère de pression »
- Pathologie de lourde conséquences:
 - Qualité de vie du patient « et de sa famille »
 - Nécessité de soins spécifiques parfois lourds
 - Morbidité, Mortalité
- Problème de santé public

DÉFINITION

Lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

EPIDÉMIOLOGIE:

- Problème de santé publique.
- La prévalence des escarres augmente avec l'âge avec une moyenne d'âge de 54.8 ans.
- Sexe –Ratio H/F:0.9.
- Bas niveau socio économique.
- Patients tarés + Hospitalisés.

RAPPELS

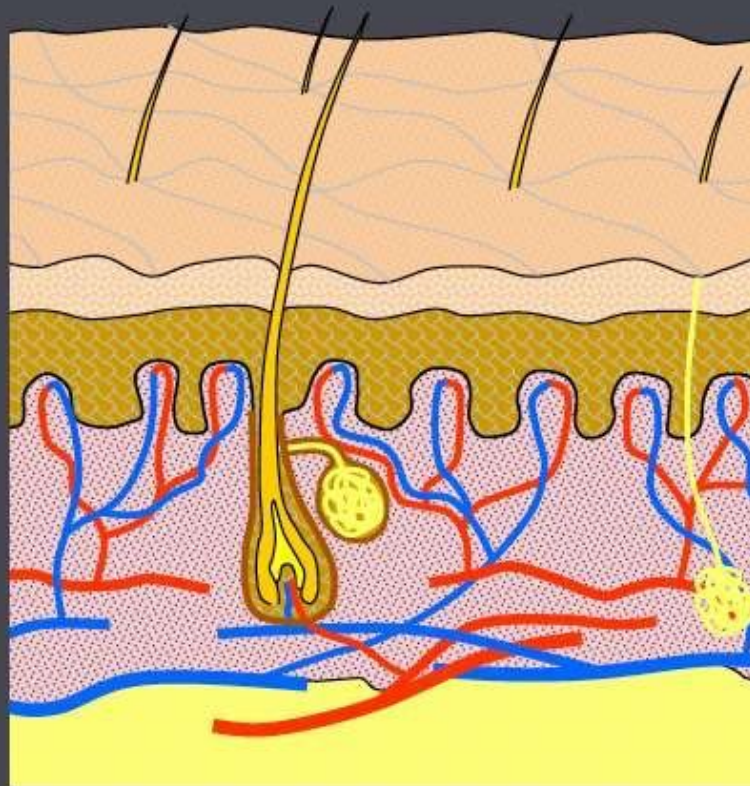
STRUCTURE DE LA PEAU

Epiderme

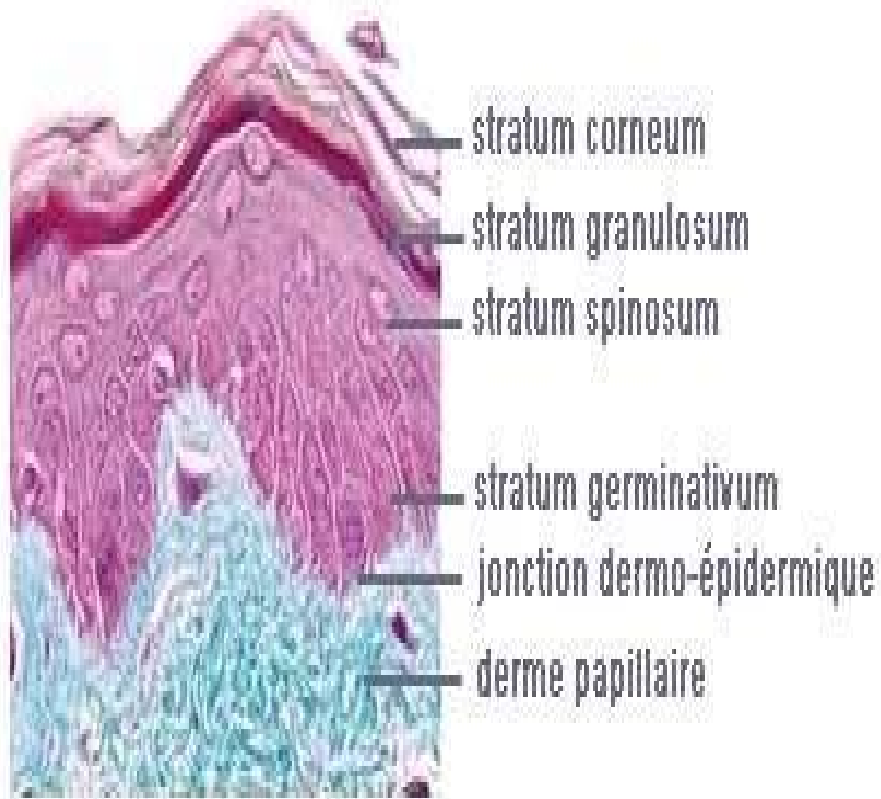
Derme papillaire

Derme réticulaire

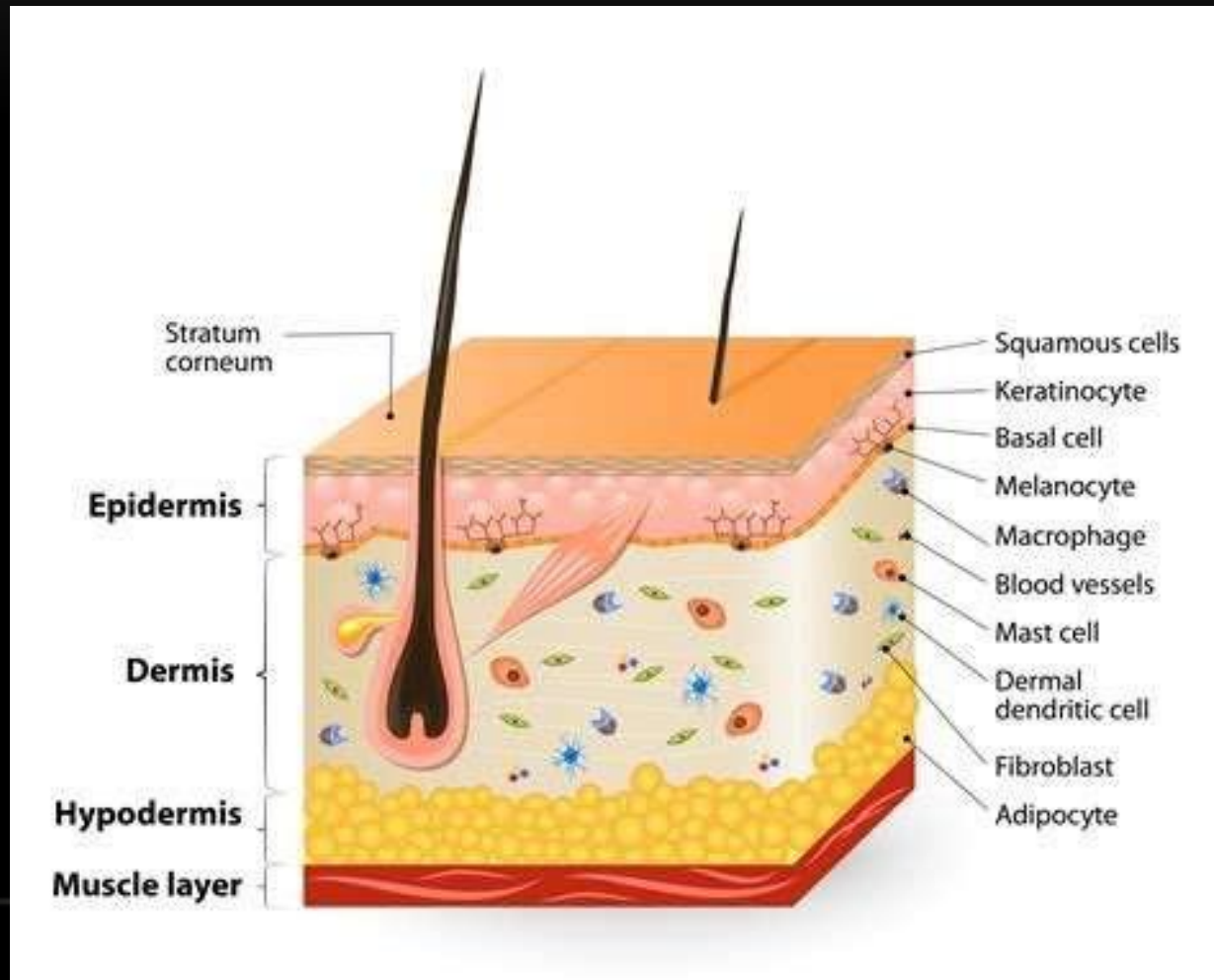
Hypoderme



STRUCTURE DE LA PEAU



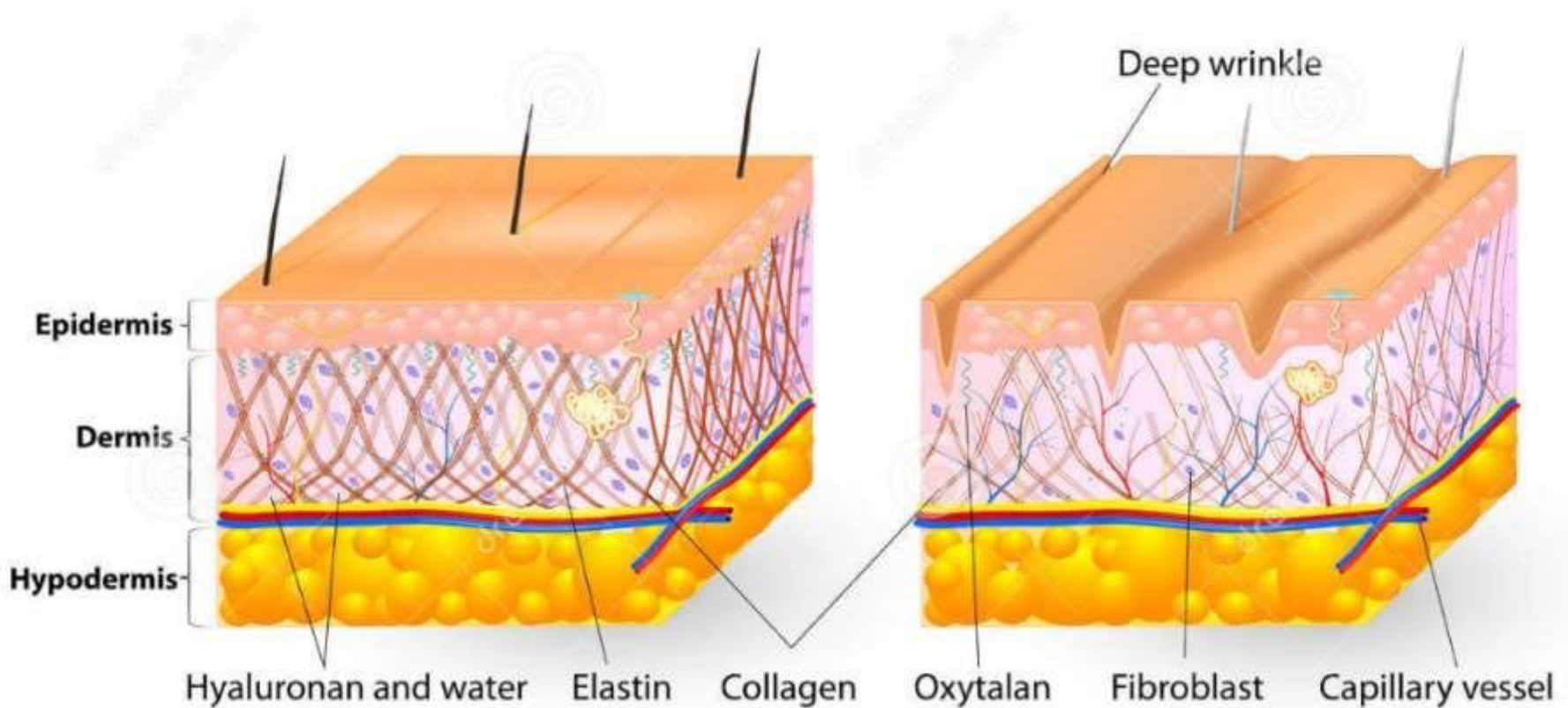
STRUCTURE DE LA PEAU



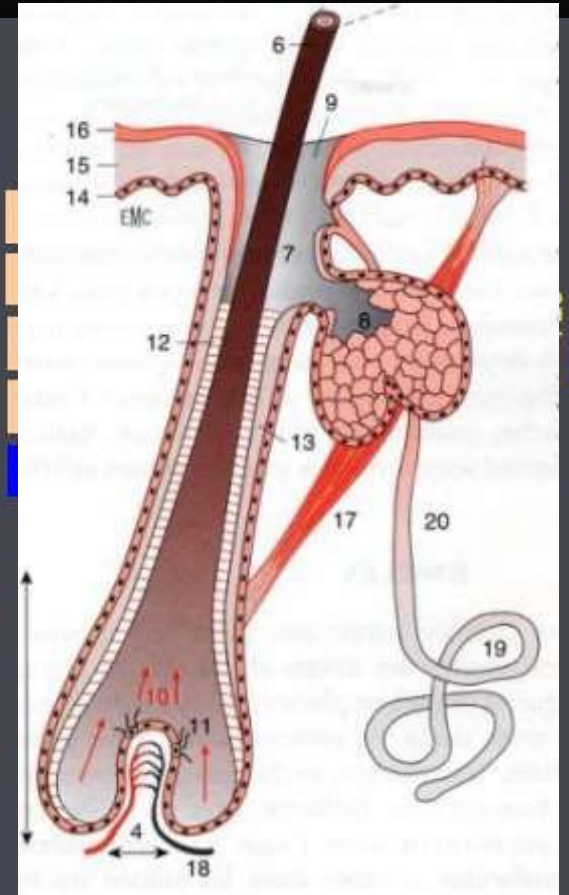
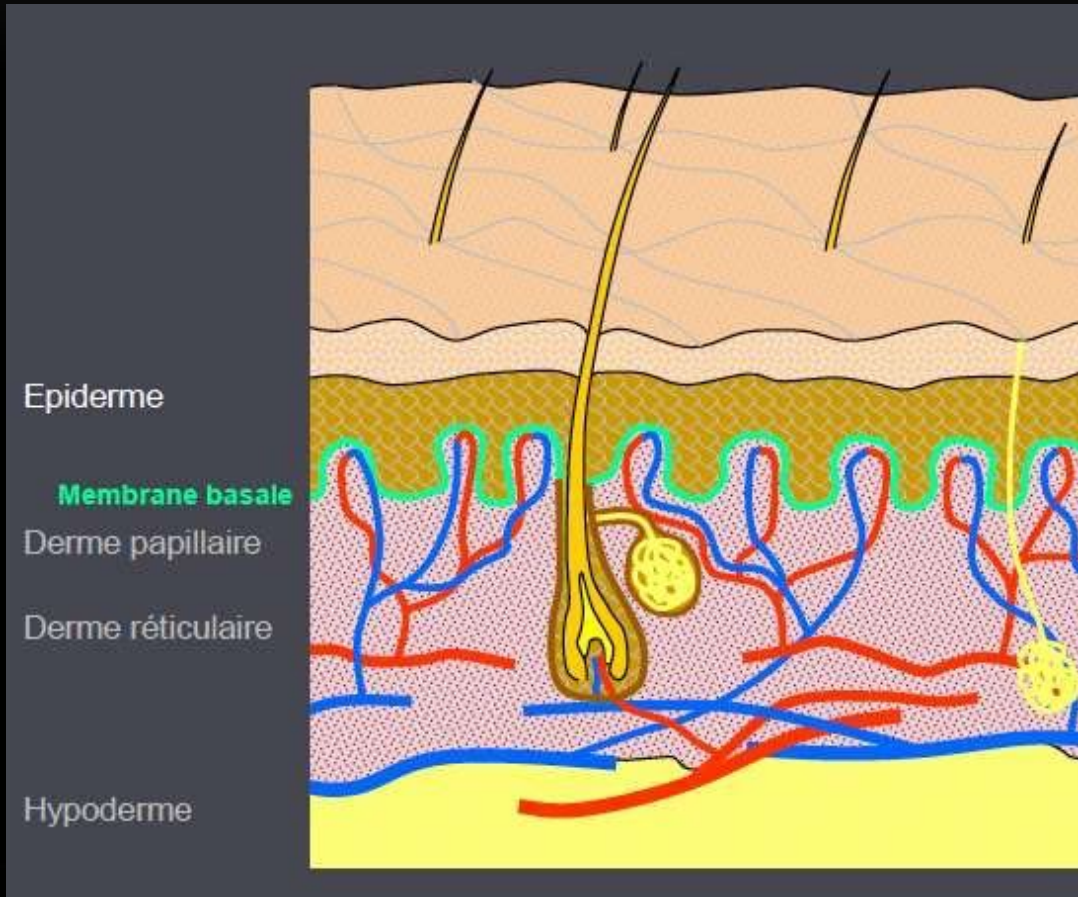
STRUCTURE DE LA PEAU

YOUNGER SKIN

OLDER SKIN

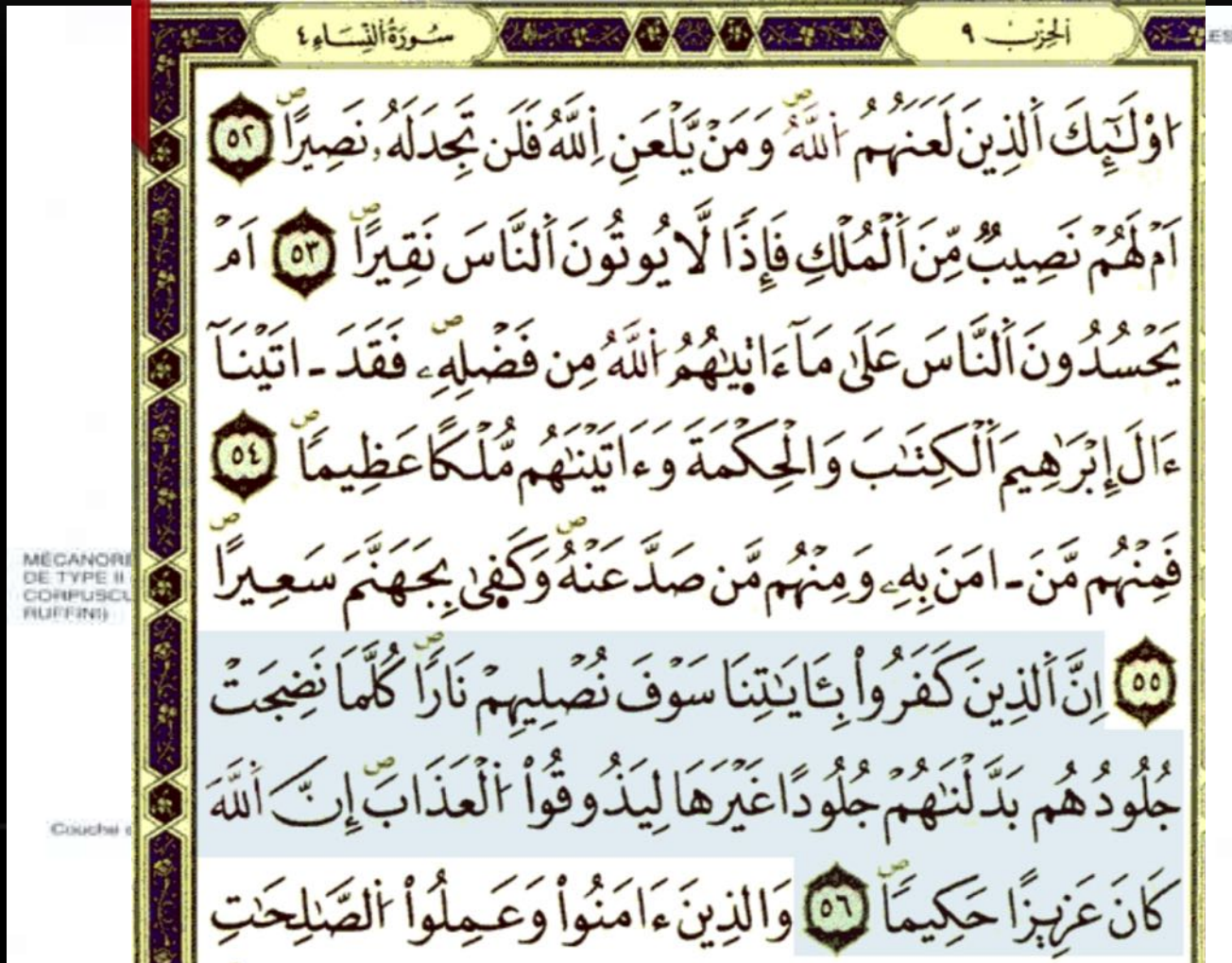


STRUCTURE DE LA PEAU



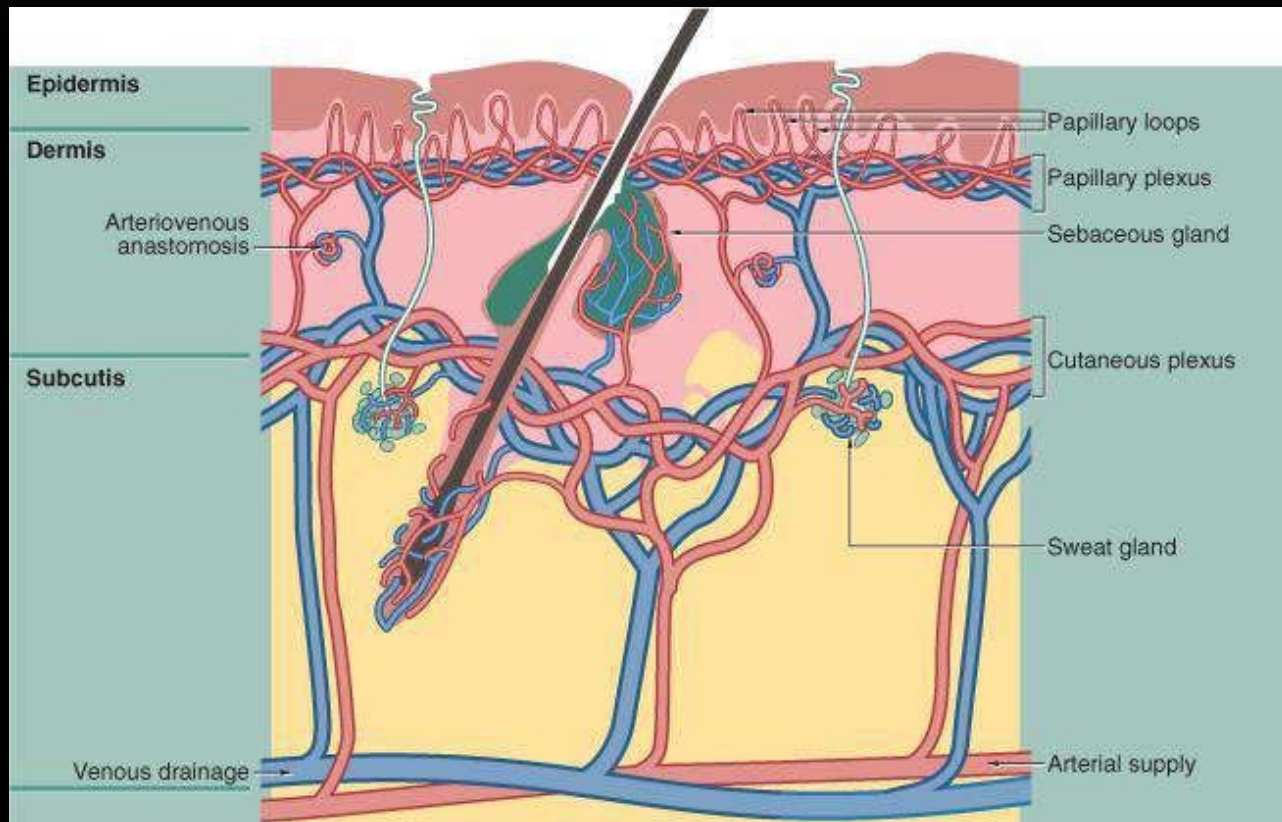
STRUCTURE DE LA PEAU

Innervation de la peau



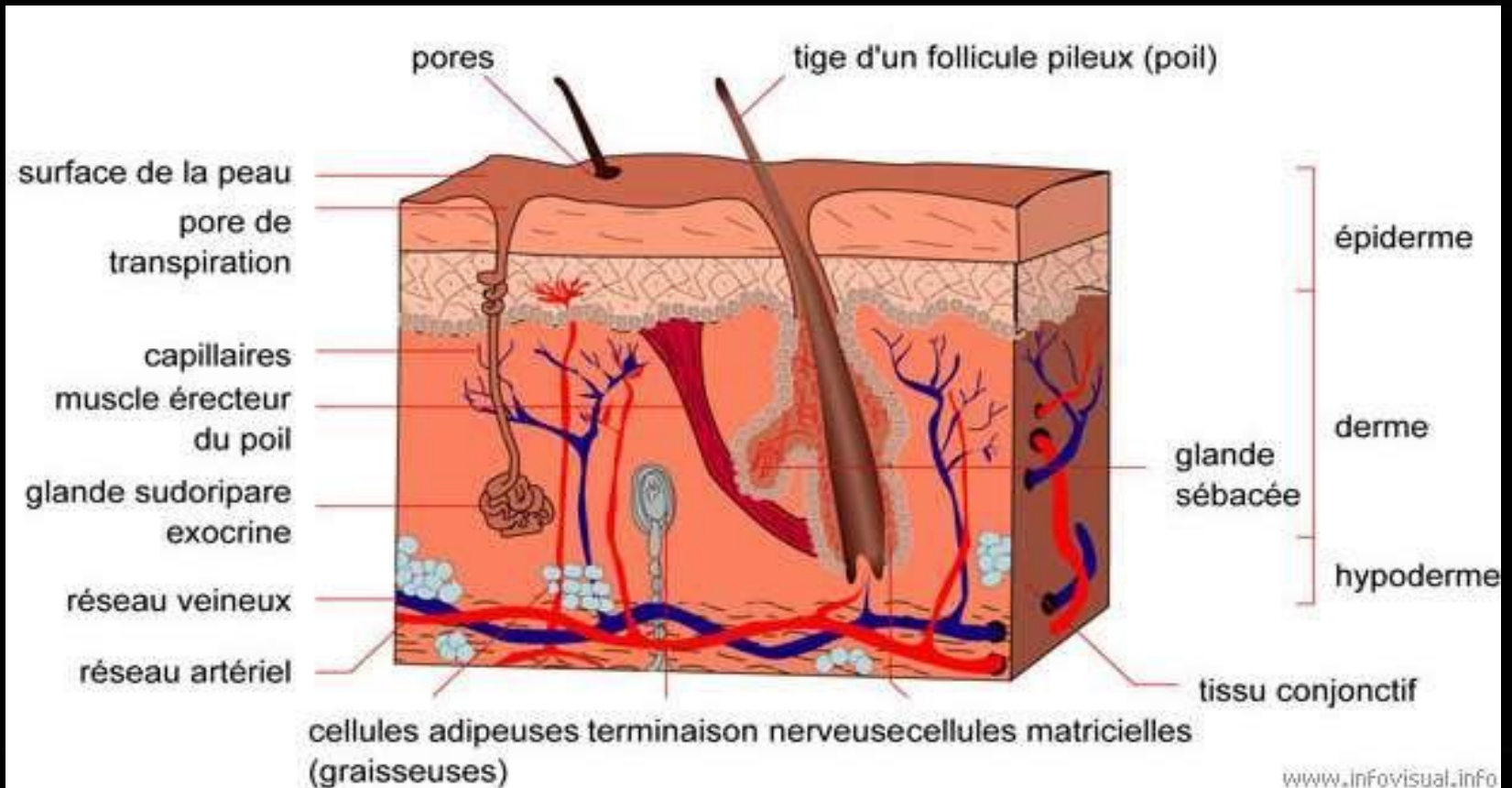
STRUCTURE DE LA PEAU

Vascularisation de la peau



STRUCTURE DE LA PEAU

Recapitulatif



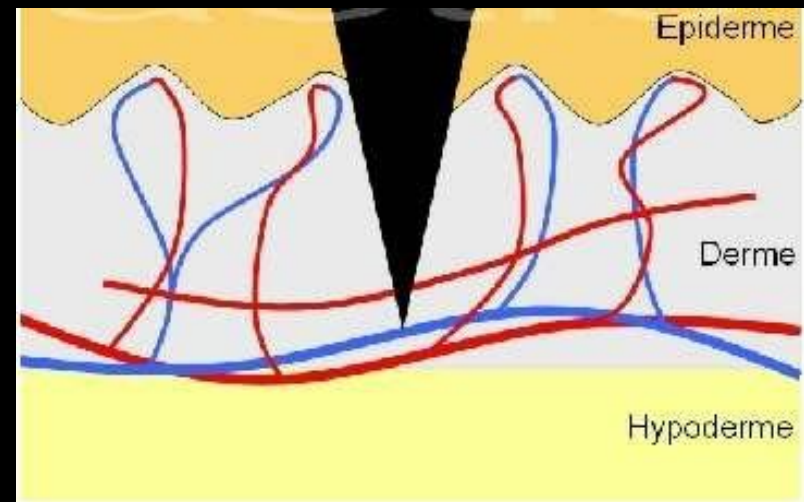
STRUCTURE DE LA PEAU

Points essentiels

- Épaisseur et couleur variable: **choix de la zone donneuse de greffe**
- Membrane basale ondulée : **cicatrisation des lésion superficielle**
- Annexes cutanés profondément enfouis dans le derme : **cicatrisation en ilots**
- Mélanocytes au niveau de la membrane basale : **dyschromies possibles**
- Terminaisons nerveuses superficielles : **brulures profondes non douloureuse**
- Le derme est la structure solide de la peau : **suture dermique**
- La graisse (hypoderme) mal vascularisé: **cicatrise moins vite que le derme**
- Présence de cellules immunitaires de Langerhans : **rejet de greffe**

ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

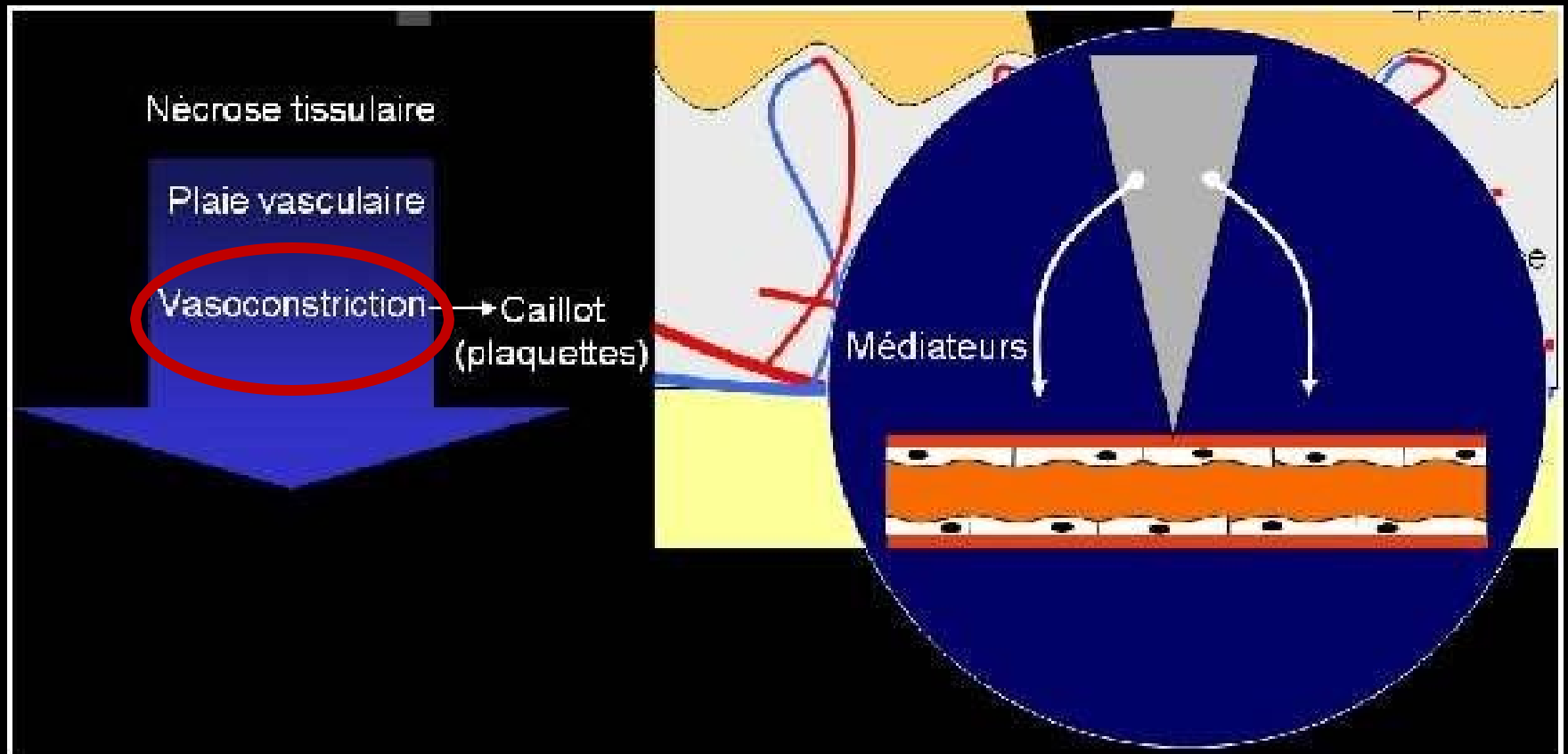
- **CINQ PHASES:**
 - Réponse vasculaire
 - Hémostase
 - Inflammation
 - Epidérmisation
 - Remodelage



→ Décrites distinctement mais se font simultanément

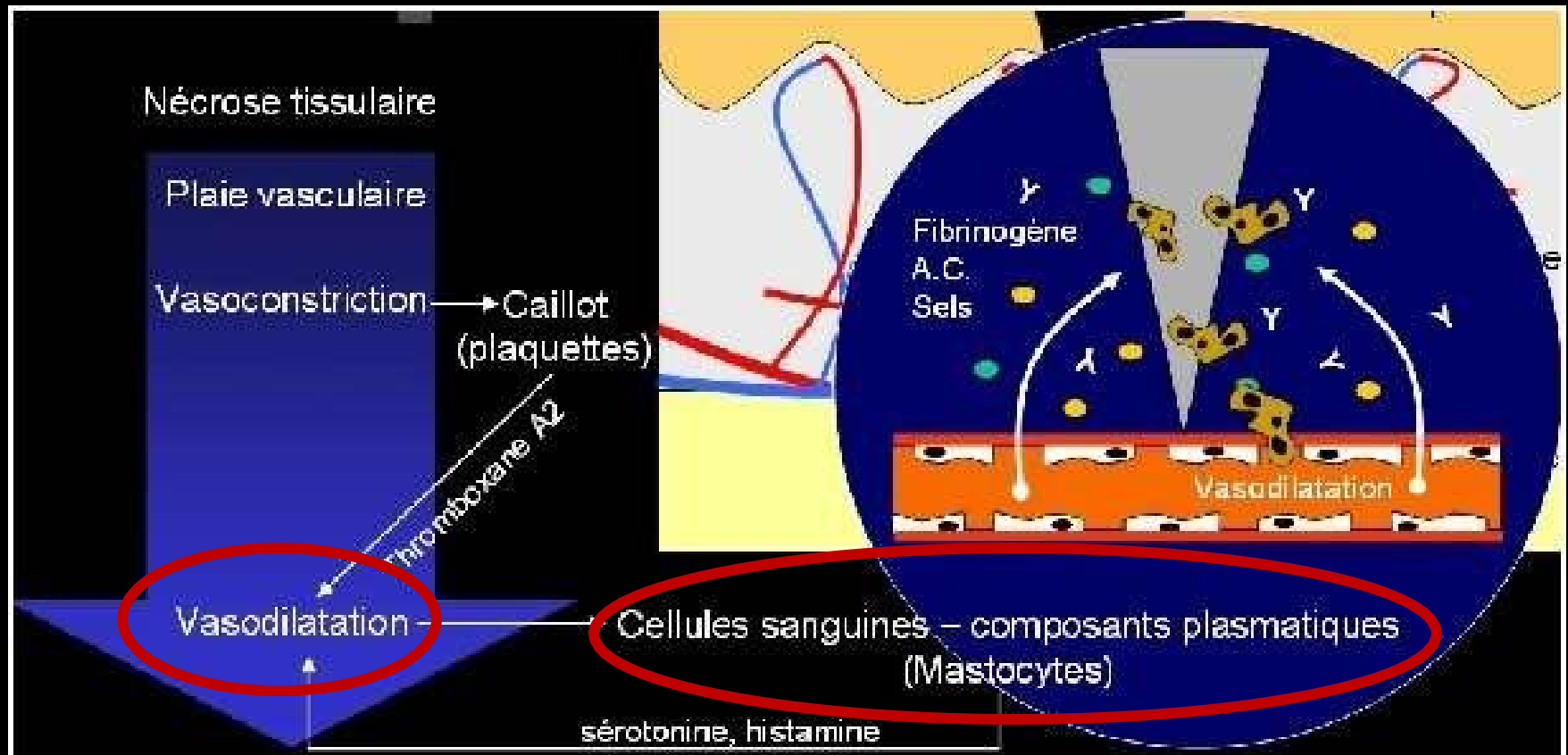
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- **REPONSE VASCULAIRE**



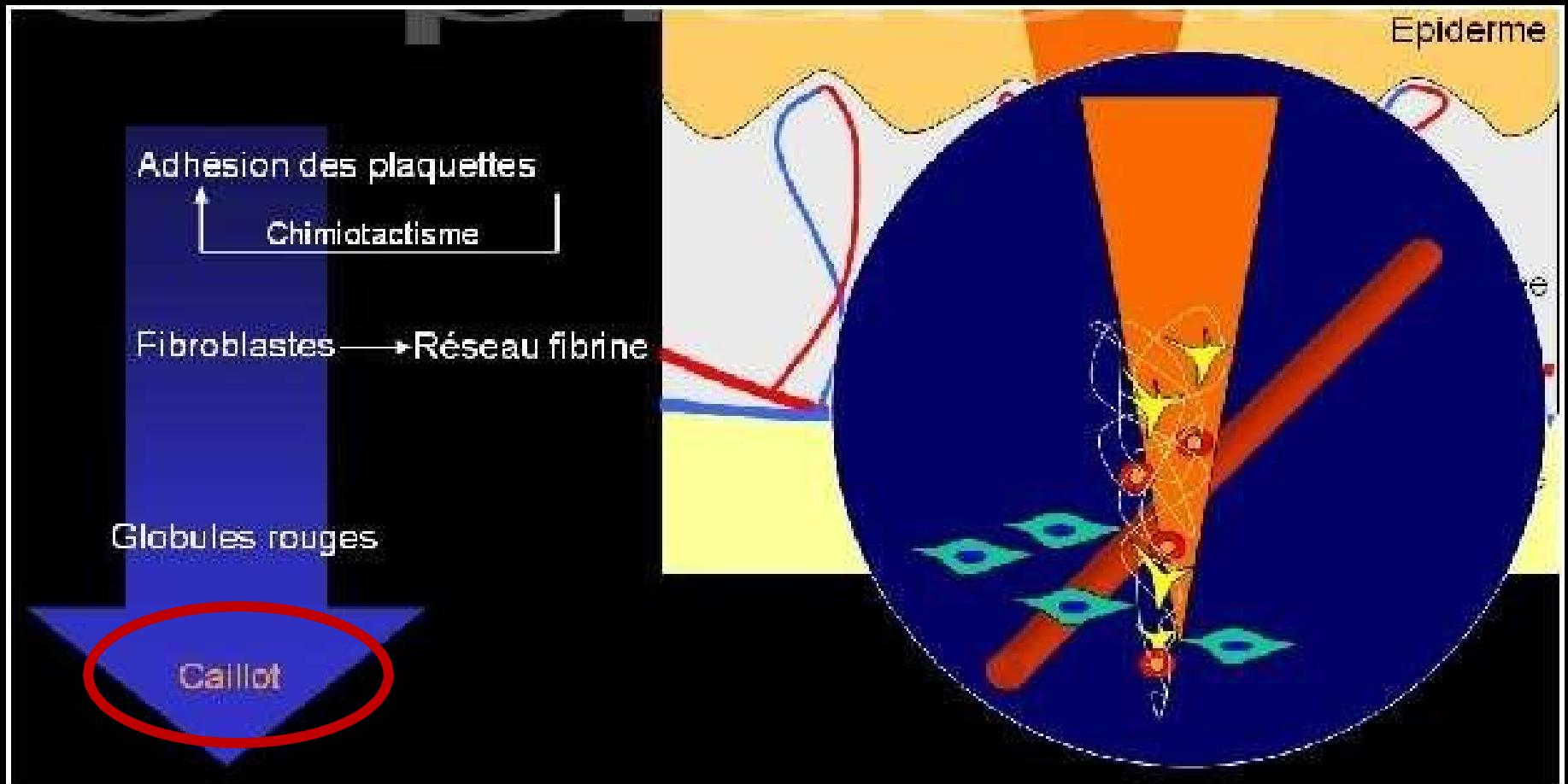
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- **REPONSE VASCULAIRE**



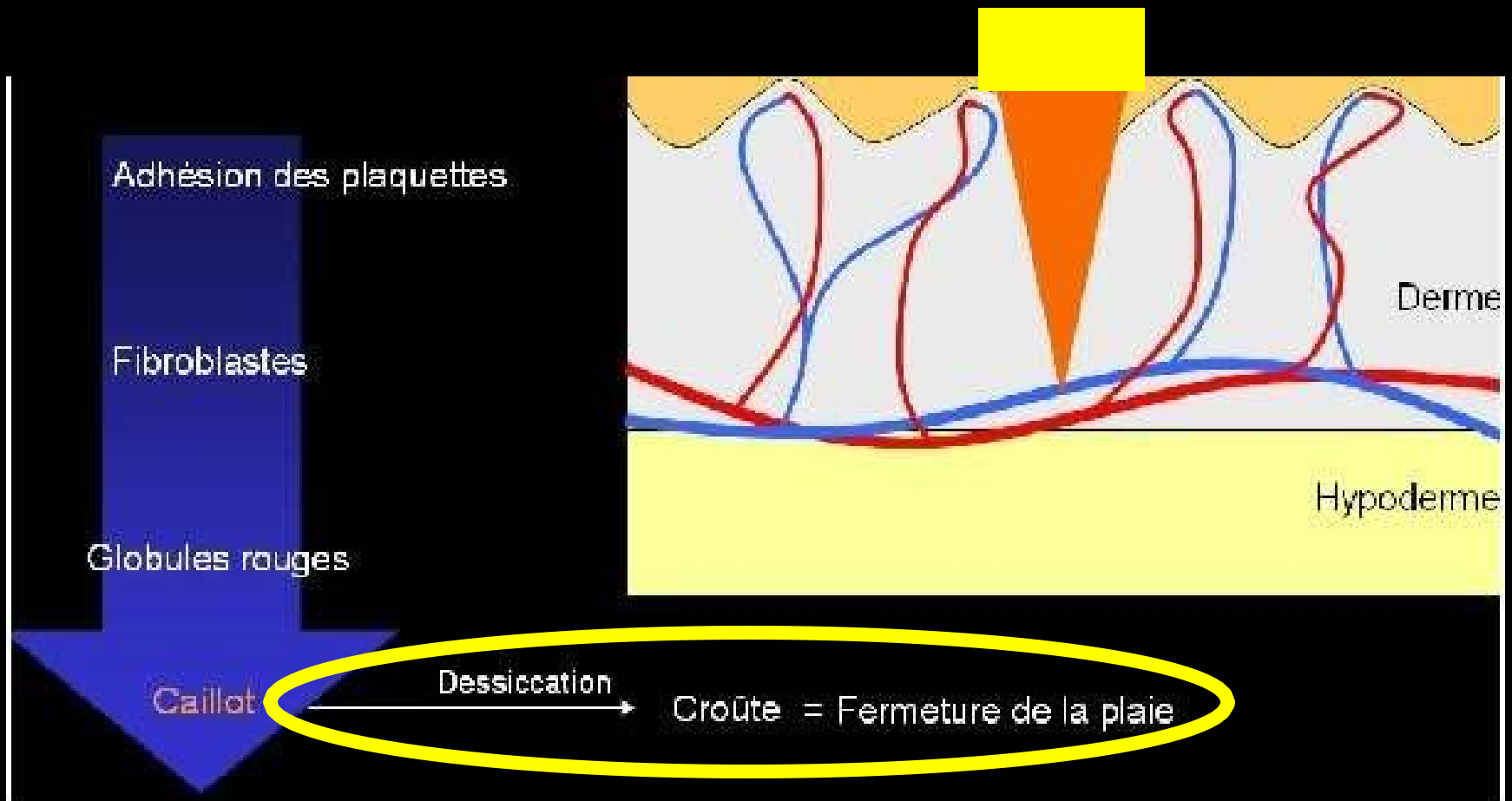
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- **HEMOSTASE**



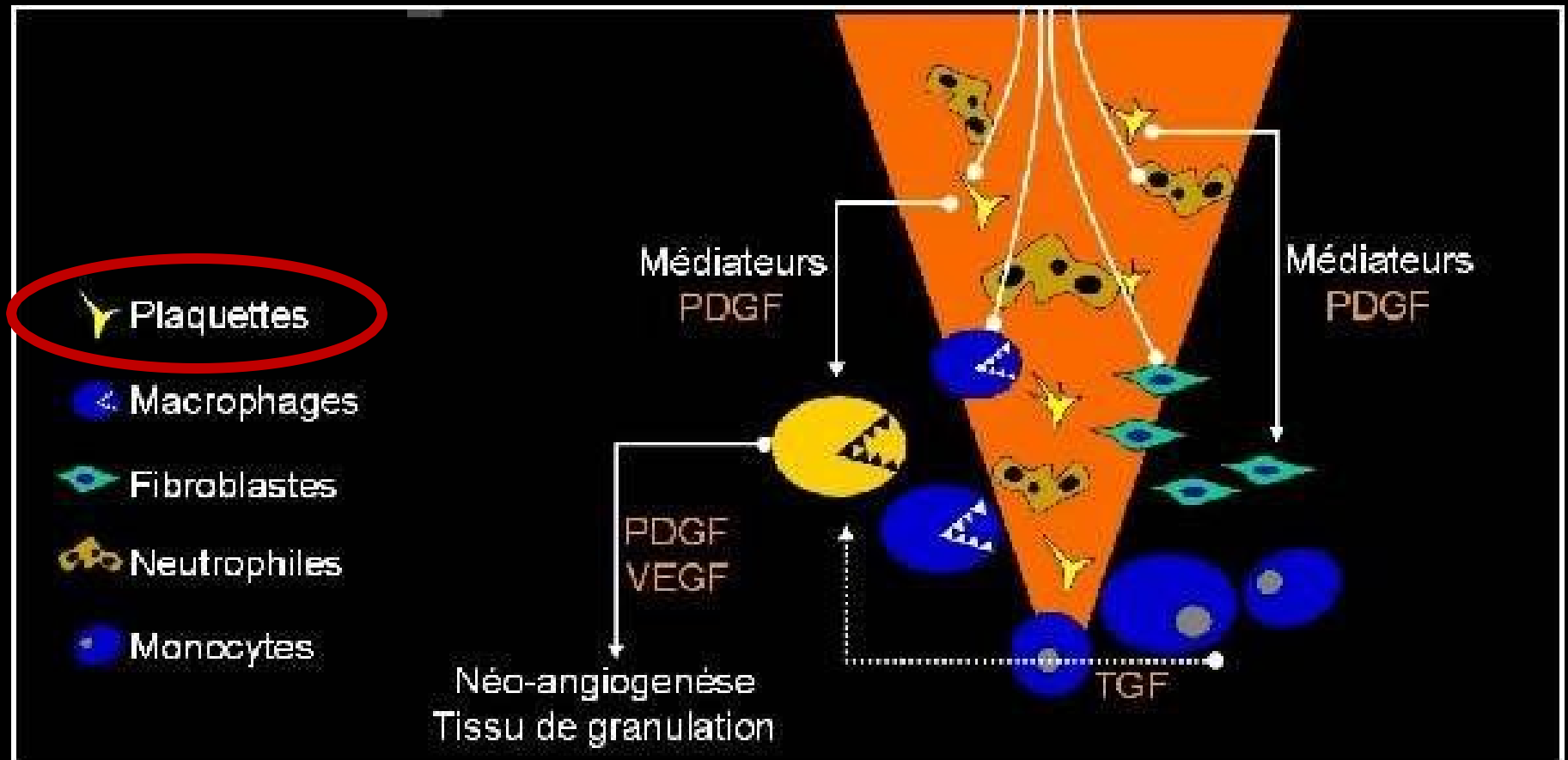
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- **HEMOSTASE**



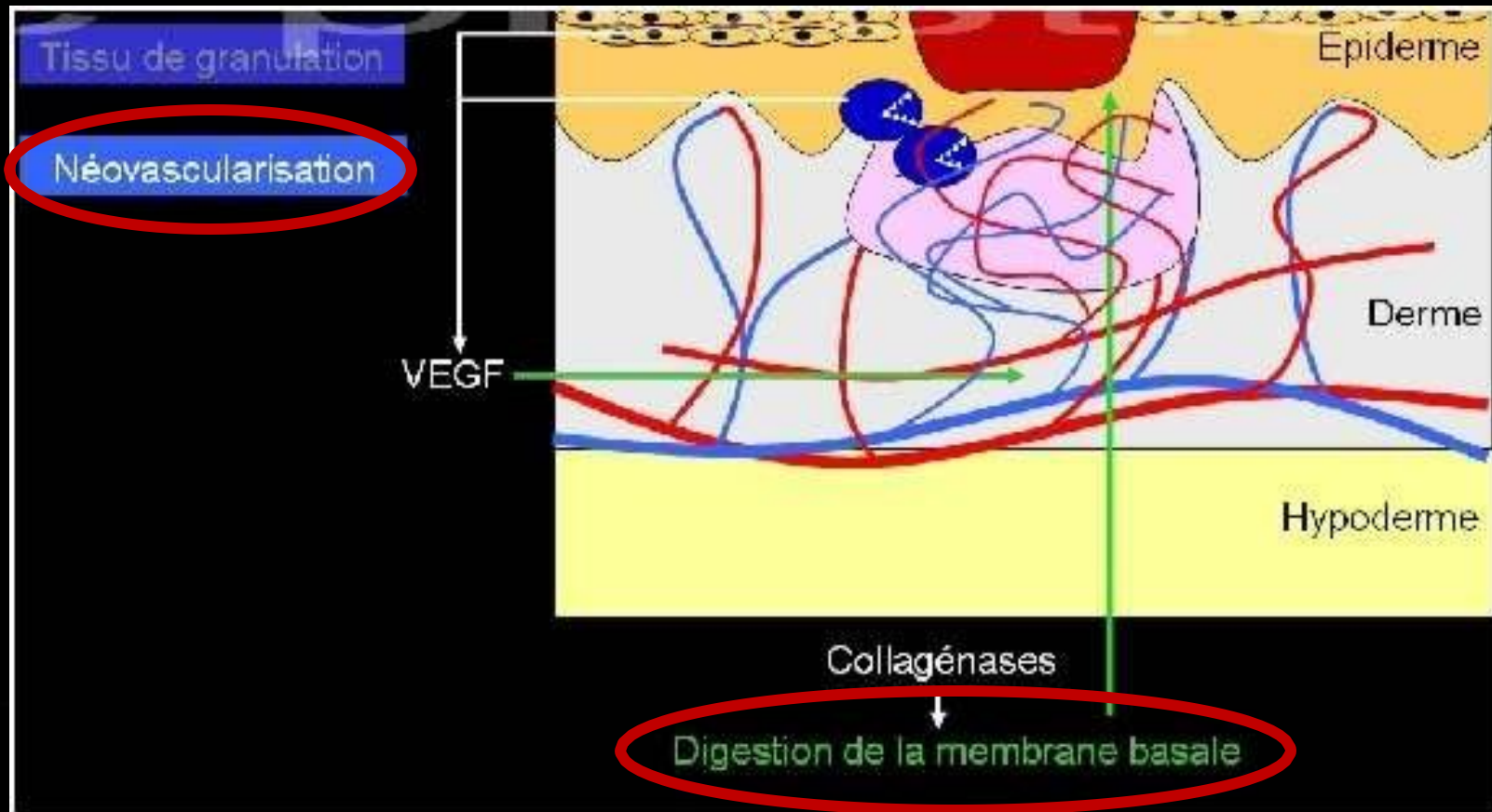
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- INFLAMMATION



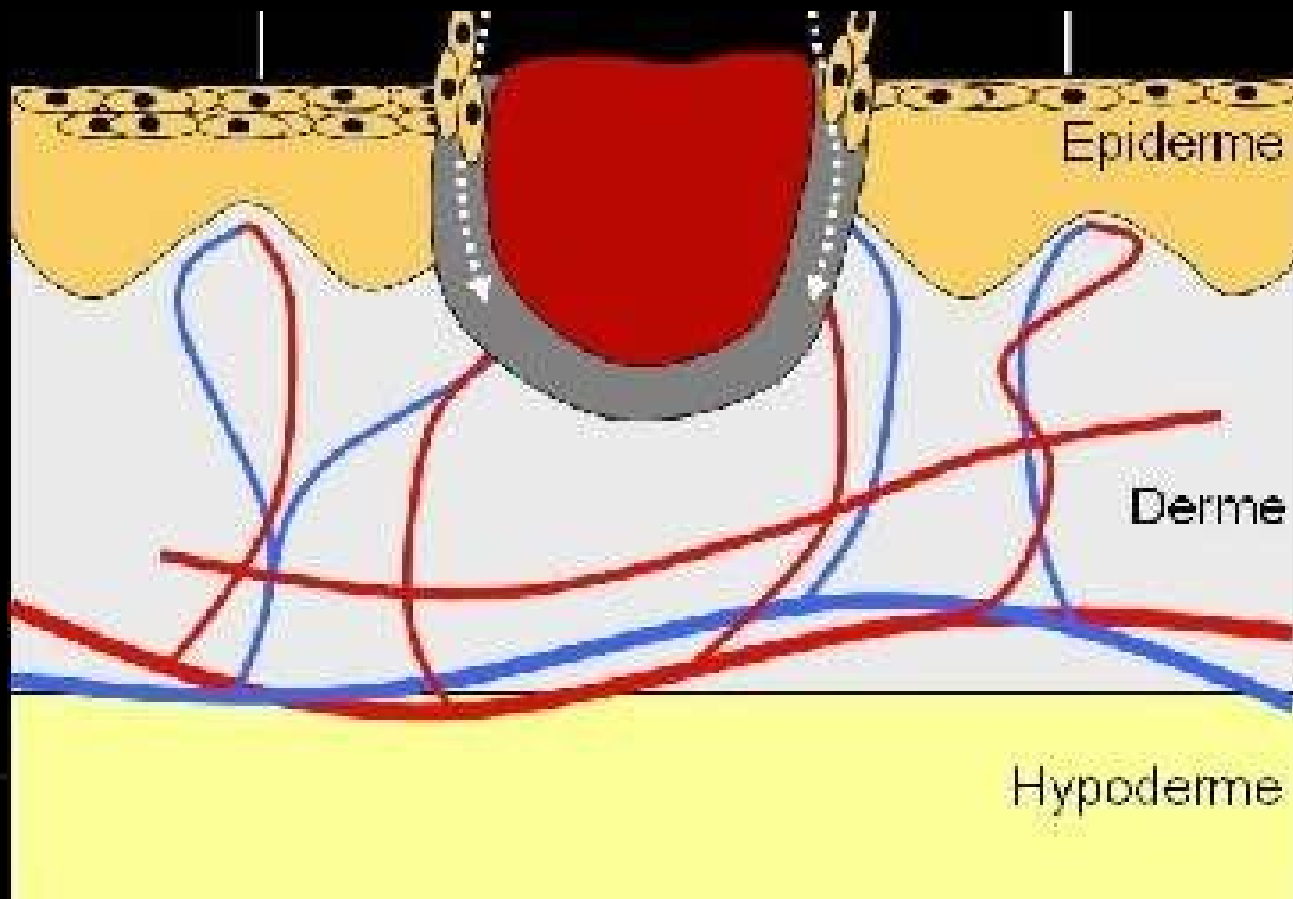
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- INFLAMMATION



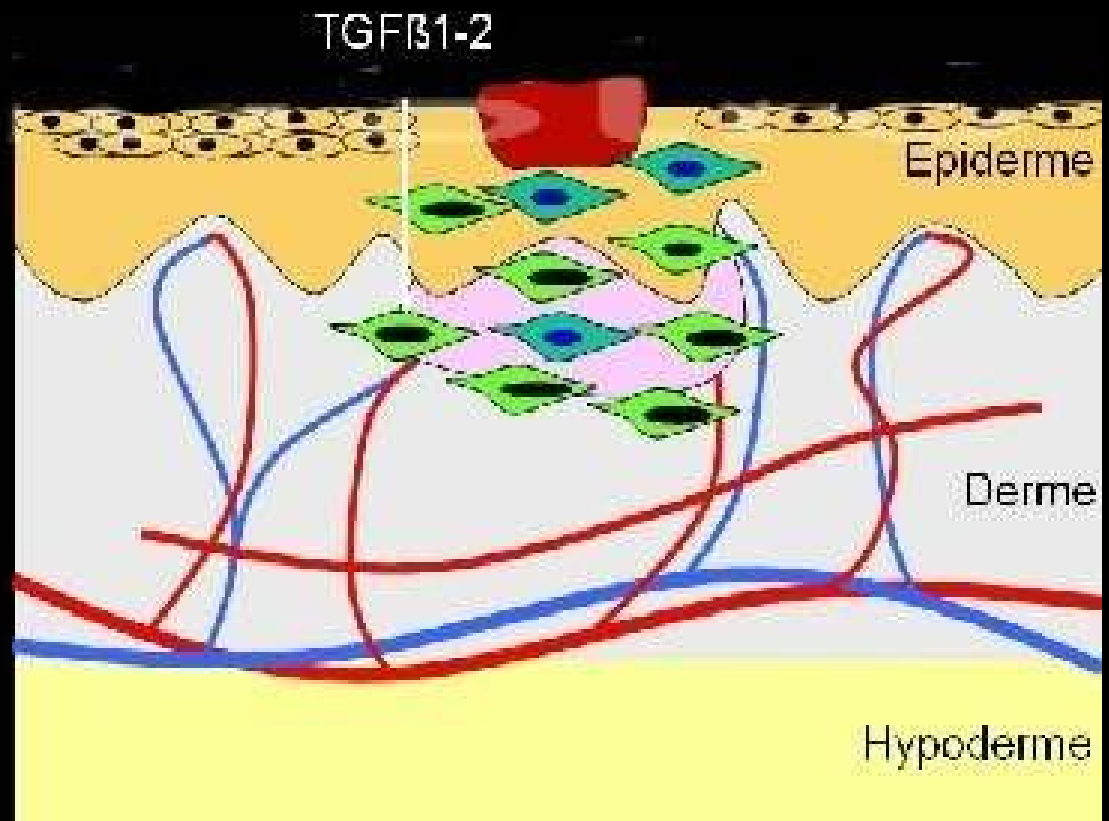
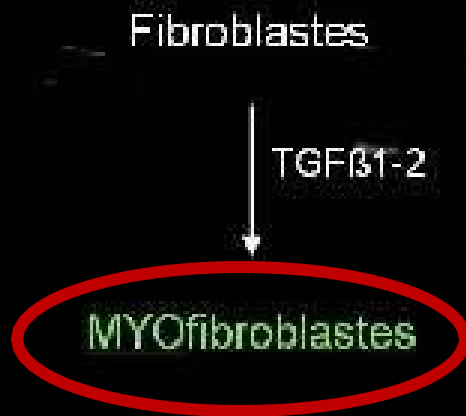
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- EPIDERMISATION



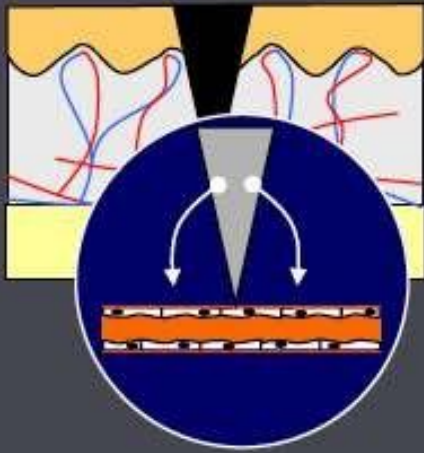
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

- **REMODELAGE**



ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

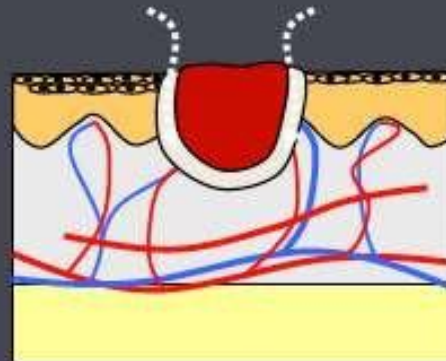
- **En RESUME**



Réponse vasculaire



Inflammation



Prolifération cellulaire



Remodelage tissulaire

ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA CICATRISATION

Points essentiels

- Cinq phases : se déroulent en même temps
- Rôle primordiale des plaquettes
- Contraction de la plaie grâce aux myofibroblastes
- Bourgeon obtenu : bourgeon anarchique
- Fin de cicatrisation ≠ fin de épithélialisation
- Durée totale de cicatrisation : jusqu'à deux ans

ASPECTS CLINIQUES DE LA CICATRISATION

- **DEUX TYPES DE CICATRISATION:**
 - CICATRISATION DE PREMIERE INTENTION
 - CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION

- **CICATRISATION DE PREMIÈRE INTENTION**



- **QUAND LA RÉALISER ?**

- Plaie non contuse
- Propre
- Bien vascularisée



➡ **Plaie chirurgicale, plaie par objet tranchant**

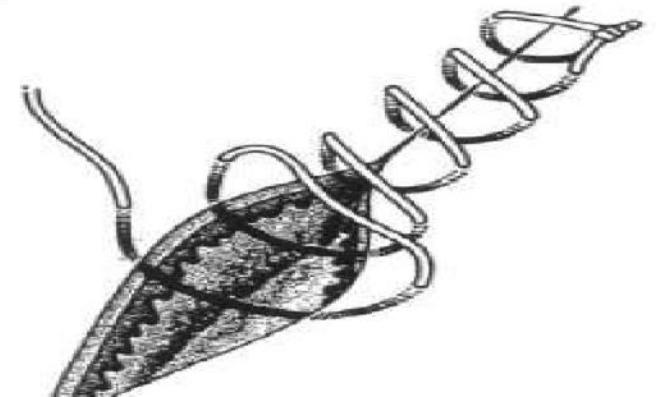
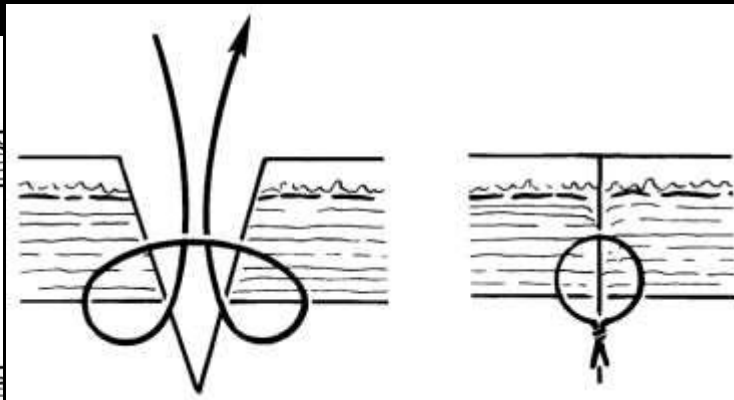
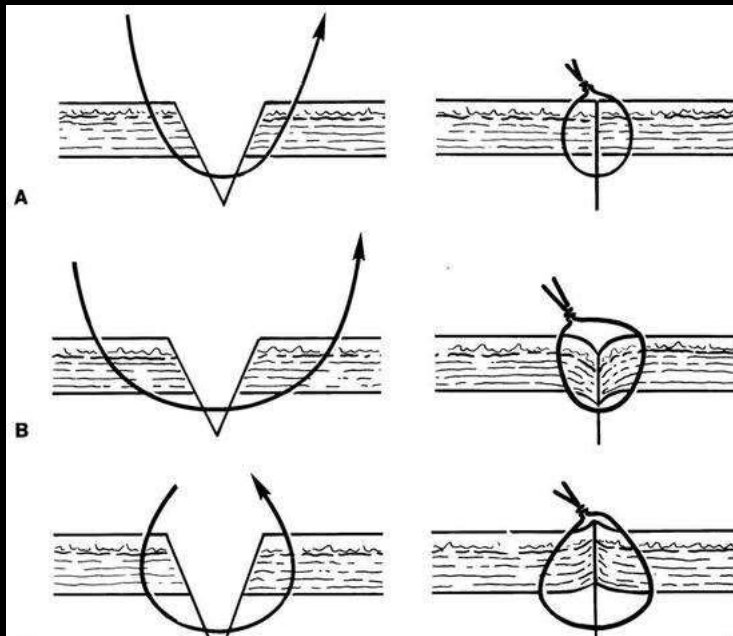
- **CICATRISATION DE PREMIÈRE INTENTION**
... Quand ?



• CICATRISATION DE PREMIÈRE INTENTION



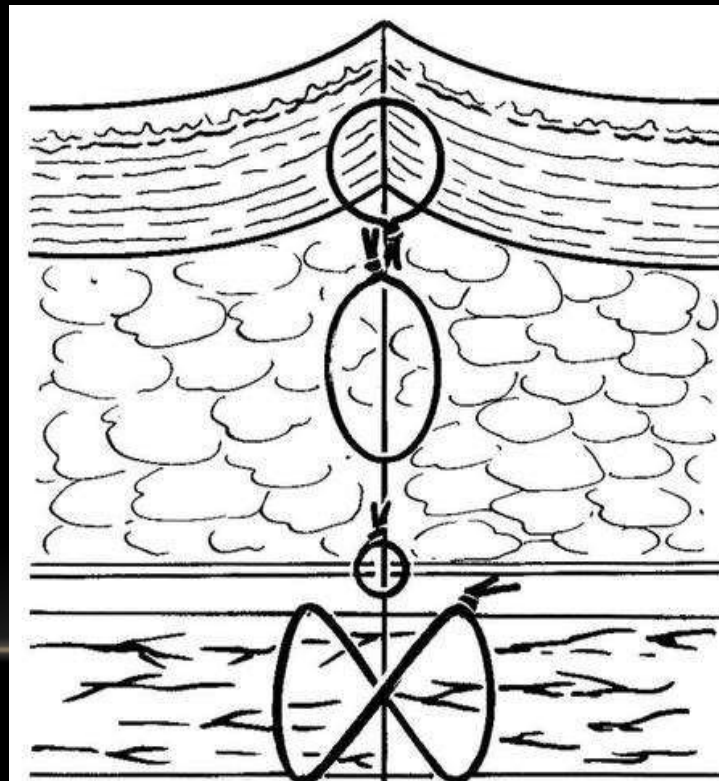
– COMMENT LA RÉALISER ?



- **CICATRISATION DE PREMIÈRE INTENTION**



- **COMMENT LA RÉALISER ?**



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **QUAND LA RÉALISER ?**

- Plaie septique
- Plaie dilacérée
- Perte de substance importante non suturable
- Brûlures , escarres ...



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

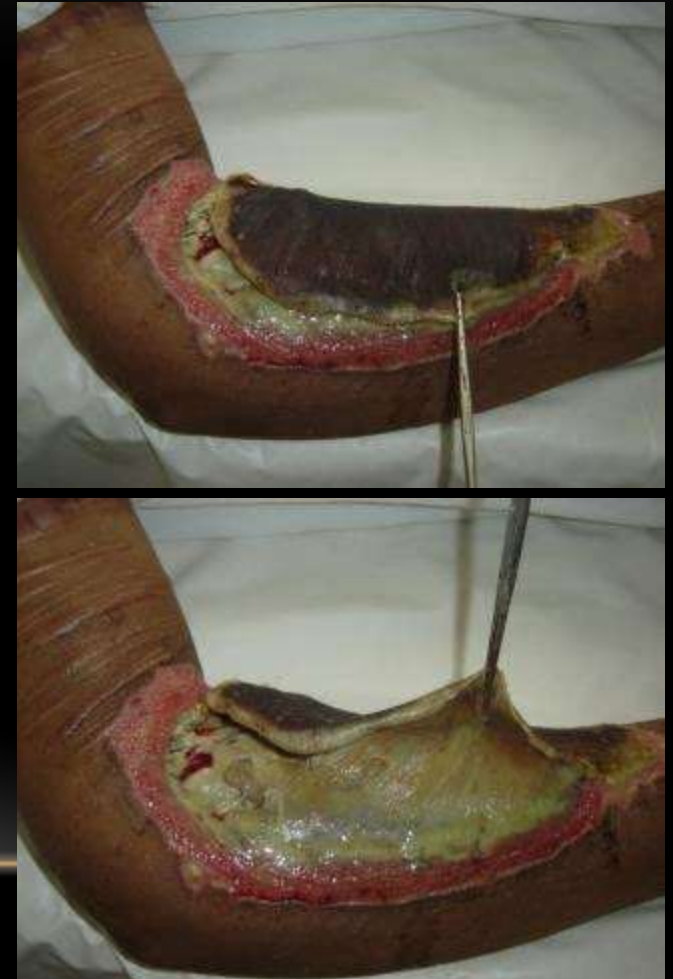
- **TROIS PHASES :**

- **Détersion**
 - **Bourgeonnement**
 - **Épithélialisation**

- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **DETERSION :**

- Élimine tissus nécrosés
 - Délimite tissu vif / tissu mort
 - Détersion suppurée
 - Microbes saprophytes cutanés



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

- Détersion microbienne par pansement pro-inflammatoire gras occlusif



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**
 - **MOYENS DE DETERSION :**
 - Déterision microbienne par pansement gras occlusif



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

- **Détersion mécanique**



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

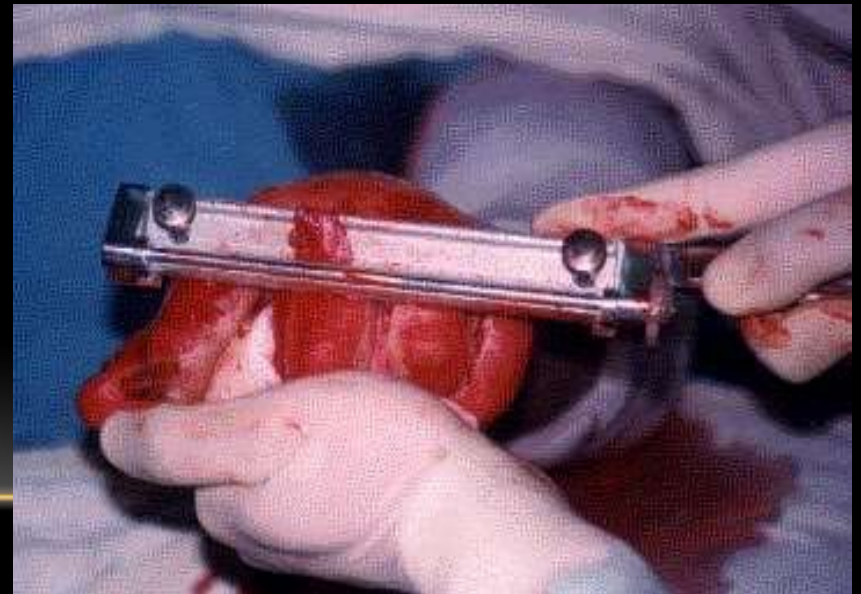
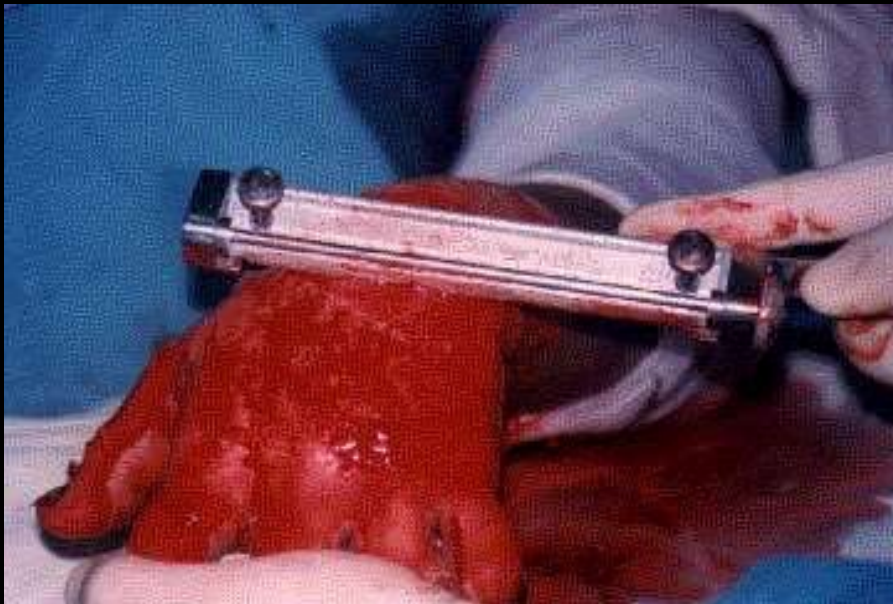
- DéterSION activée par produit chimique
(acide benzoïque)



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

- Détersion activée par excision chirurgicale



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

- Nécessite des bains réguliers



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **MOYENS DE DETERSION :**

- Déterision inactivée par les antiseptiques



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **BOURGEONNEMENT:**

- Processus inflammatoire
- Prolifération tissulaire
- Comblement de la PDS
- Contraction tissulaire



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **BOURGEONNEMENT:**

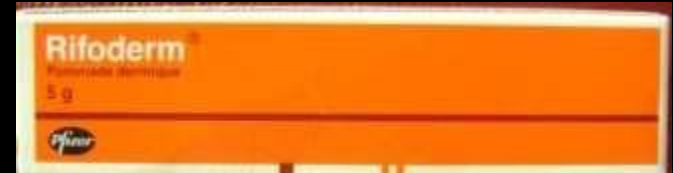
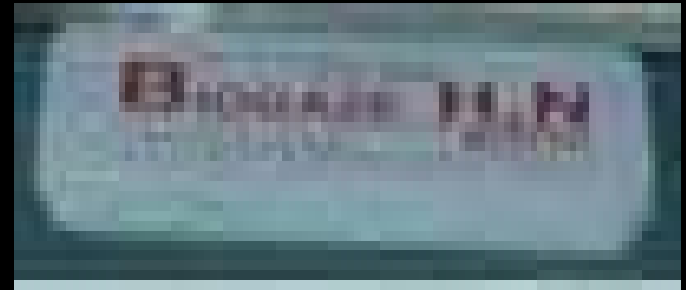
- Favorisé par un pansement pro-inflammatoire gras occlusif



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **BOURGEONNEMENT:**

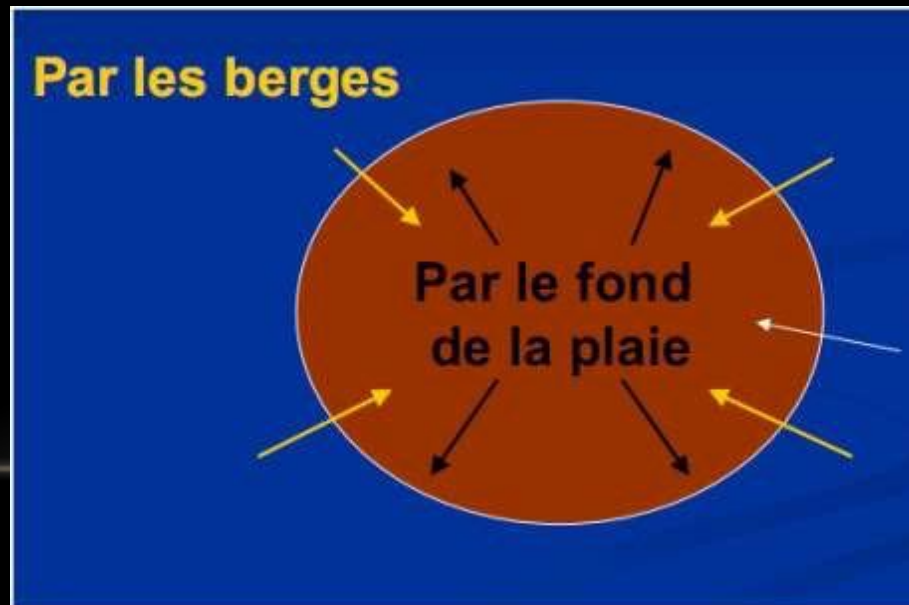
- Inhibé par un pansement
anti – inflammatoire
(gras + corticoïdes)



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **ÉPITHÉLIALISATION**

- Par migration de cellules épidermiques



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **ÉPITHÉLIALISATION**

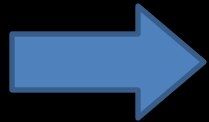
- Favorisée par alternance
pansement pro – inflammatoire
et anti – inflammatoire



- **CICATRISATION DE DEUXIÈME INTENTION**

- **ÉPITHÉLIALISATION**

- En son absence au **21^{ème} jour**



Grefe cutanée ou lambeau

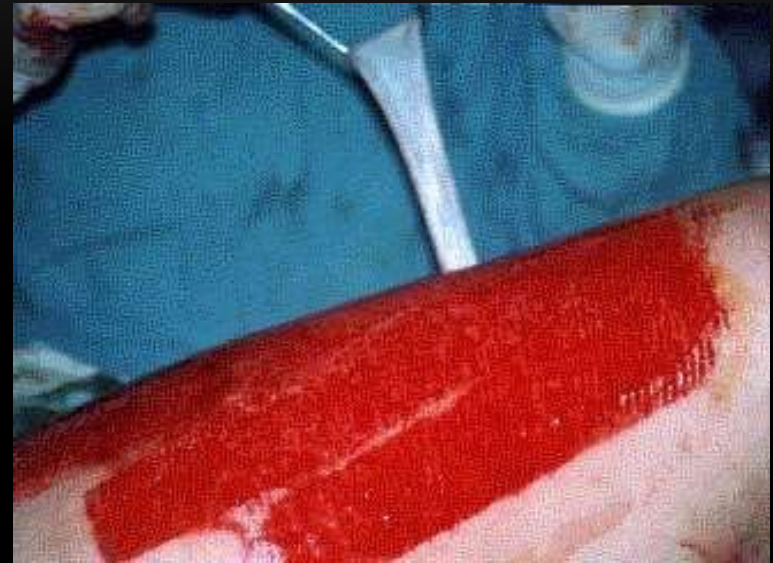
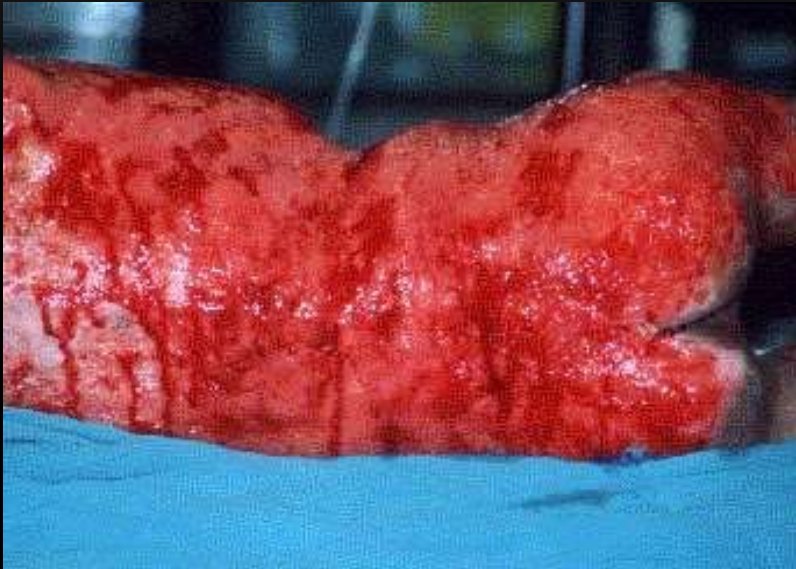
GREFFE CUTANÉE



GREFFE CUTANÉE



GREFFE CUTANÉE



COUVERTURE PAR LAMBEAUX

(EXPOSITION D'ORGANE NOBLE, SOUS-SOL NON VASCULARISÉ)



Différents types de pansement classique

- **DEUX TYPES**

- Pro – inflammatoire
- Anti – inflammatoire

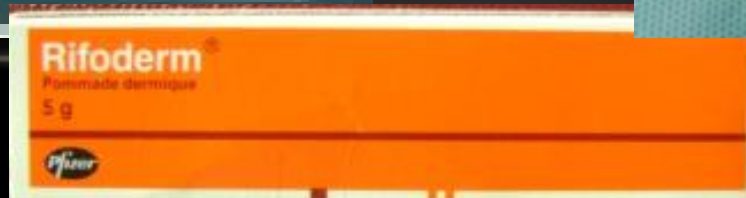
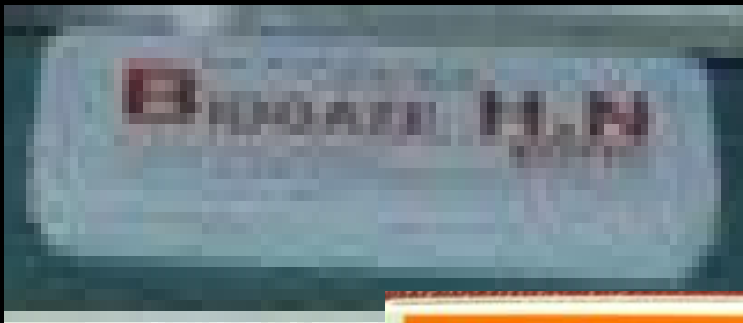
DIFFÉRENTS TYPES DE PANSEMENT CLASSIQUE

- **DEUX TYPES**
 - Pro – inflammatoire :
 - Pansement gras occlusif

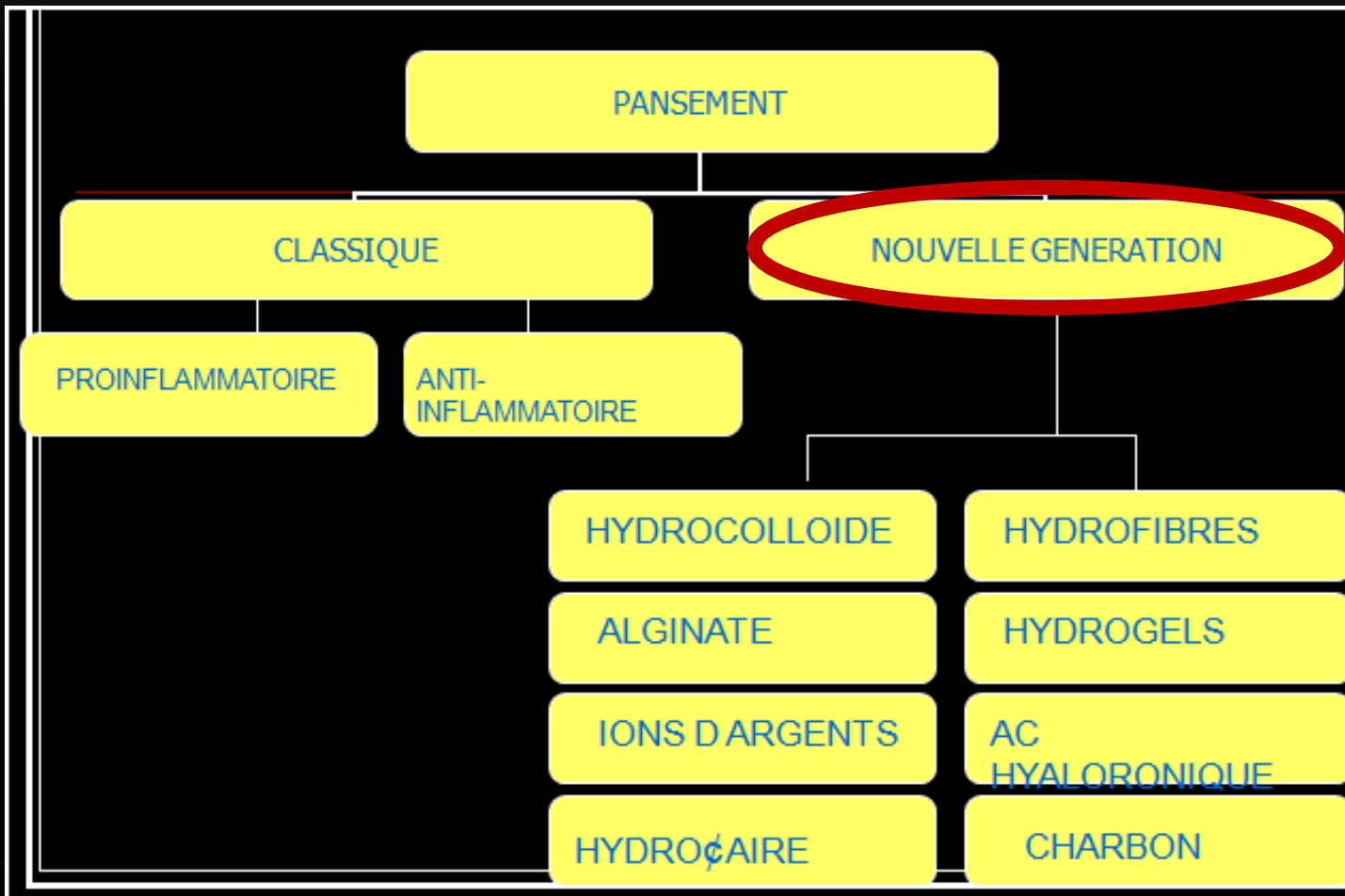


DIFFÉRENTS TYPES DE PANSEMENT CLASSIQUE

- **DEUX TYPES**
 - Anti – inflammatoire :
 - Corticoïdes locaux
 - Sérum salé hypertonique (à 7,5% ou ajouter Na+)







Pansements de nouvelle génération














Pansements de nouvelle génération










LES PHASES DE LA CICATRISATION

Phase de Nécrose	Phase de Débridement	Phase de Bourgeonnement	Phase d'Épithélialisation
Plaie sèche plaque de nécrose	Plaie Fibrineuse et Exsudative	Plaie Bourgeonnante (rouge)	Plaie en Epidermisation (rose)
Hydrater	Absorber +++ Milieu humide	Absorber + à ++ milieu humide	Protéger
Gels amorphes	Alginates Hydrocellulaires Charbon actif + Argent (si infection)	Hydrocellulaires Hydrocolloïdes	Films Hydro- colloïdes transparents Interfaces
			

PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATION

	URGO MEDICAL	CICATRISATION ACTIVE DES PLAIES			Sterifil®	
	Produit	Description	Indications	Protocole	Tailles	Prix public conseillé TTC
PLAIES PRO-ÉCARTIVANTES	URGOTUL  Interface TLC®	<ul style="list-style-type: none"> Interface pro-cicatrisante Conformable Méchable Adapté aux plaies cavitaires/localisations difficiles 	<p>Indiqué dans le traitement de toutes les plaies peu ou moyennement exsudatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> plaies traumatiques brûlures ulcères de jambe piéd diabétique 	  <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie au sérum physiologique Appliquer URGOTUL Recouvrir URGOTUL d'un pansement secondaire A renouveler tous les 2 à 4 jours ; peut rester en place jusqu'à 7 jours 	<ul style="list-style-type: none"> 10 x 10 cm (10) 15 x 20 cm (large) 15 x 20 cm (10) 10 x 40 cm (10) 	<ul style="list-style-type: none"> 194,00 Dhs 37,00 Dhs 358,00 Dhs 655,00 Dhs
	URGOTUL Ag  Interface TLC Ag®	<ul style="list-style-type: none"> Interface anti-bactérienne pro-cicatrisante : > Traite l'infection 	<p>Indiqué dans le traitement de toutes les plaies peu ou moyennement exsudatives à risque d'infection ou avec signes d'infection locale :</p> <ul style="list-style-type: none"> brûlures du 2^e degré dermatites plaies chirurgicales et traumatiques escarres ulcères de jambe 	  <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie au sérum physiologique Appliquer URGOTUL AG Recouvrir URGOTUL AG d'un pansement secondaire A renouveler tous les 1 à 3 jours 	<ul style="list-style-type: none"> 10 x 12 cm (16) 15 x 20 cm (16) 	<ul style="list-style-type: none"> 374,00 Dhs 835,00 Dhs
PLAIES EXUDATIVES	CELLOSORB  Interface TLC Contact®	<ul style="list-style-type: none"> Hydrocellulaire pro-cicatrisant et micro-adhérent : > Absorbe > Cicatrise 	<p>Indiqué dans le traitement des plaies exsudatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ulcères de jambe escarres piéd diabétique 	  <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie au sérum physiologique Appliquer CELLOSORB Maintenir CELLOSORB avec une bande de fixation et une bande de contention lorsque celle-ci est prescrite A renouveler tous les 2 à 4 jours 	<ul style="list-style-type: none"> 12 x 13 cm (large) 12 x 13 cm (16) 	<ul style="list-style-type: none"> 45,00 Dhs 690,00 Dhs
NÉCROSES HUMIDES	URGOSORB 	<ul style="list-style-type: none"> Alginate de calcium : > Draine et absorbe la fibrine et les exsudats 	<p>Indiqué dans le traitement des plaies exsudatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> plaies fibrineuses plaies post-opératoires <p>Favorise l'hémostase des plaies aiguës et chroniques</p>	  <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie au sérum physiologique Sécher le pourtour avec une compresse stérile Appliquer URGOSORB Maintenir à l'aide d'un pansement secondaire A renouveler tous les 1 à 2 jours 	<ul style="list-style-type: none"> 5 x 5 cm (10) 10 x 10 cm (10) Micre: 5 x 30 cm (large) Micre: 5 x 30 cm (16) 	<ul style="list-style-type: none"> 120,00 Dhs 272,00 Dhs 66,00 Dhs 992,00 Dhs
NÉCROSES SÈCHES	URGO HYDROGEL 	<ul style="list-style-type: none"> Hydrogel : > Hydrate et ramollit la plaque de nécrose 	<p>Indiqué dans le traitement des plaies nécrotiques sèches</p>	  <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie au sérum physiologique Appliquer URGO HYDROGEL sur toute la surface de la plaie d'une couche de 4-5 mm d'épaisseur en veillant à ce que le gel ne déborde pas sur la peau saine Recouvrir d'un pansement secondaire, type ALGOPLAQUE FILM Renouveler l'application tous les 3 jours en moyenne après ablation des débris nécrotiques ramollis 	<ul style="list-style-type: none"> Tube 15 g (large) 	<ul style="list-style-type: none"> 49,00 Dhs

PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATIONS

	Produit	Description	Indications	
PLAIES PEU EXSUDATIVES	URGOTUL  Interface TLC* <small>* Technologie Capido-Cellulose</small>	<ul style="list-style-type: none"> • Interface pro-cicatrisante • Confortable • Méchable • Adapté aux plaies cavitaires/localisations difficiles 	Indiqué dans le traitement de toutes les plaies peu ou moyennement exsudatives : <ul style="list-style-type: none"> - plaies traumatiques - brûlures - ulcères de jambe - pied diabétique 	 
	URGOTUL Ag  Interface TLC AG* <small>* Technologie Capido-Cellulose + ions d'argent</small>	<ul style="list-style-type: none"> • Interface anti-bactérienne pro-cicatrisante : > Traite l'infection 	Indiqué dans le traitement de toutes les plaies peu ou moyennement exsudatives à risque d'infection ou avec signes d'infection locale : <ul style="list-style-type: none"> - brûlures du 2nd degré - dermabrasions - plaies chirurgicales et traumatiques - escarres - ulcères de jambe 	 
PLAIES EXSUDATIVES	CELLOSORB  Interface TLC Contact* <small>* Technologie Capido-Cellulose + compresse super-absorbante micro-adhésive</small>	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrocellulaire pro-cicatrisant et micro-adhérent : > Absorbe > Cicatrise 	Indiqué dans le traitement des plaies exsudatives : <ul style="list-style-type: none"> - ulcères de jambe - escarres - pied diabétique 	 

PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATION

NÉCROSES HUMIDES

URGOSORB

• Alginate de calcium :

> Draine et absorbe la
fibrine et les exsudats

Indiqué dans le traitement des plaies exsudatives :

- plaies fibrineuses
- plaies post-opératoires

Favorise l'hémostase des plaies aiguës et chroniques



NÉCROSES SÈCHES

URGO HYDROGEL

• Hydrogel :

> Hydrate et ramollit la
plaque de nécrose

Indiqué dans le traitement des plaies
nécrotiques sèches



PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATION

Plaies à risque ou avec signes d'infection locale



Limitier la prolifération bactérienne et engager la cicatrisation

UrgoTul Ag

Interface antibactérienne non occlusive



Efficacité antibactérienne prouvée⁽¹⁾
Cicatrisation en milieu humide
Soins atraumatiques et indolores

Formats disponibles :
10x12 cm
15x20 cm

Plaies fibrineuses et exsudatives



Drainer, éliminer la fibrine et absorber les exsudats

Pour les plaies planes :

UrgoClean
Compresse

Pansement hydro-détersif absorbant



• Détergence optimale
• Forte absorption verticale
• Propriétés hémostatiques

Format disponible :
10x10 cm



Pour les plaies cavitaires :

UrgoClean
Meche

Mèche livrée avec sonde stérile



• Facile d'utilisation
• Soins atraumatiques
• Retrait monobloc

Format disponible :
5x40 cm

Plaies chroniques bourgeonnantes



Accélérer la cicatrisation et éviter la chronicisation des plaies

UrgoStart

Interface inhibitrice de protéases



• Cicatrise 2X plus vite⁽²⁾ qu'un hydrocellulaire neutre
• Evite la chronicisation des plaies
• Améliore la qualité de vie des patients⁽²⁾
• Soins atraumatiques et indolores

Format disponible :
10x10 cm

Plaies en voie d'épidermisation



Optimiser la cicatrisation des plaies

UrgoTul

Interface lipido-colloïde non occlusive



• Favorise la prolifération des fibroblastes
• Cicatrisation en milieu humide
• Très conforme
• Soins atraumatiques et indolores

Formats disponibles :
10x10 cm
15x20 cm
10x40 cm



UrgoTul Absorb

Pansement absorbant micro-adhérent



Format disponible :
12x13 cm

URGO

PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATION

Lohmann & Rauscher

A chaque plaie son pansement

Le spécialiste européen des soins de plaie et des pansements

STADE DE CICATRISATION	NIVEAU D'EXUDAT	ACTION	PANSEMENT	FAMILLE	POSOLOGIE
DÉTERSION		Détacher		Dabonell	Compresse détergente isotonisée La référence pour une bonne détergence
MICROSE		Régénérer Hydrater		Suprasorb C	Hydrogel Forme Compresse tous les 2 à 3 jours Forme Seringue tous les 2 à 3 jours
FIBRINE		Absorber Hydrater		Sepsisorb B	Hydrobalance
		Réguler l'humidité de la plaie et réduire les germes		Sepsisorb B + PHMB	Hydrobalance Anti Infectieux
		Absorber Drainer		Sepsisorb A	Alginate de Calcium
		Forme la plaie et réduit les germes		Sepsisorb A + AG	Alginate de Calcium Anti Infectieux
PLÂTES À SUBSTANCE		Apport de collagène		Sepsisorb C	Collagène
BOURGEONNEMENT		Absorber sans retarder		Vitasorb	Super Absorbant Adhésif ou non
		Absorber Cicatriser		Suprasorb B	Hydrocolloïde
		Absorber Cicatriser		Suprasorb H	Hydrocolloïde
		Cicatriser		Lomaxell H	Tulle gras
		Cicatriser		Lomaxell PRO	Tulle gras Hydrocolloïde
ÉPIDERMISATION		Absorber Cicatriser		Sepsisorb H fin	Hydrocolloïde Fin
		Protéger Film Cicatriser		Sepsisorb G	1. film de polyuréthane transparent 2. imperméable aux bactéries et à l'eau 3. évacuation de l'exsudat du regard d'air
FIXER		Protéger		Curaprep Curaprep transparent	Pansement Adhésif Transparent et non transparent

PANSEMENTS DE NOUVELLE GÉNÉRATION



AUTRES CICATRISANTS CUTANÉS

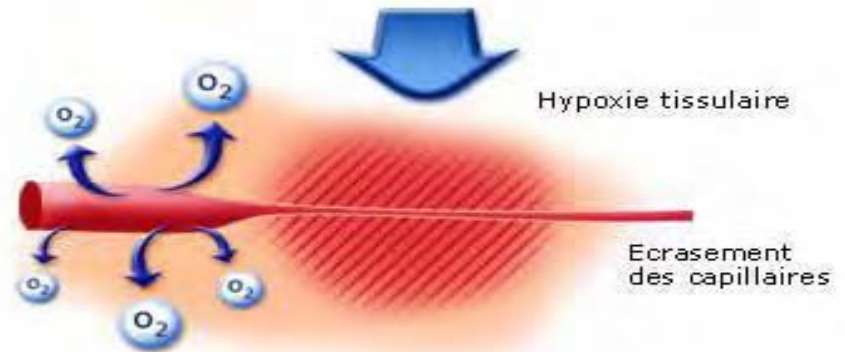


MÉCANISMES DE CONSTITUTION DES ESCARRES

PHYSIOPATHOLOGIE

- La formation d'une escarre relève de mécanismes complexes.
- Elle met en jeu deux grands types d'intervenants.
 - D'abord des **forces compressives** qui sont à l'origine d'une hypo perfusion des tissus entraînant leur ischémie progressive.
 - Mais aussi des facteurs cliniques liés à **l'état général** du patient.
- On distingue des facteurs intrinsèques et des facteurs extrinsèques.

FACTEURS DE RISQUE MÉ

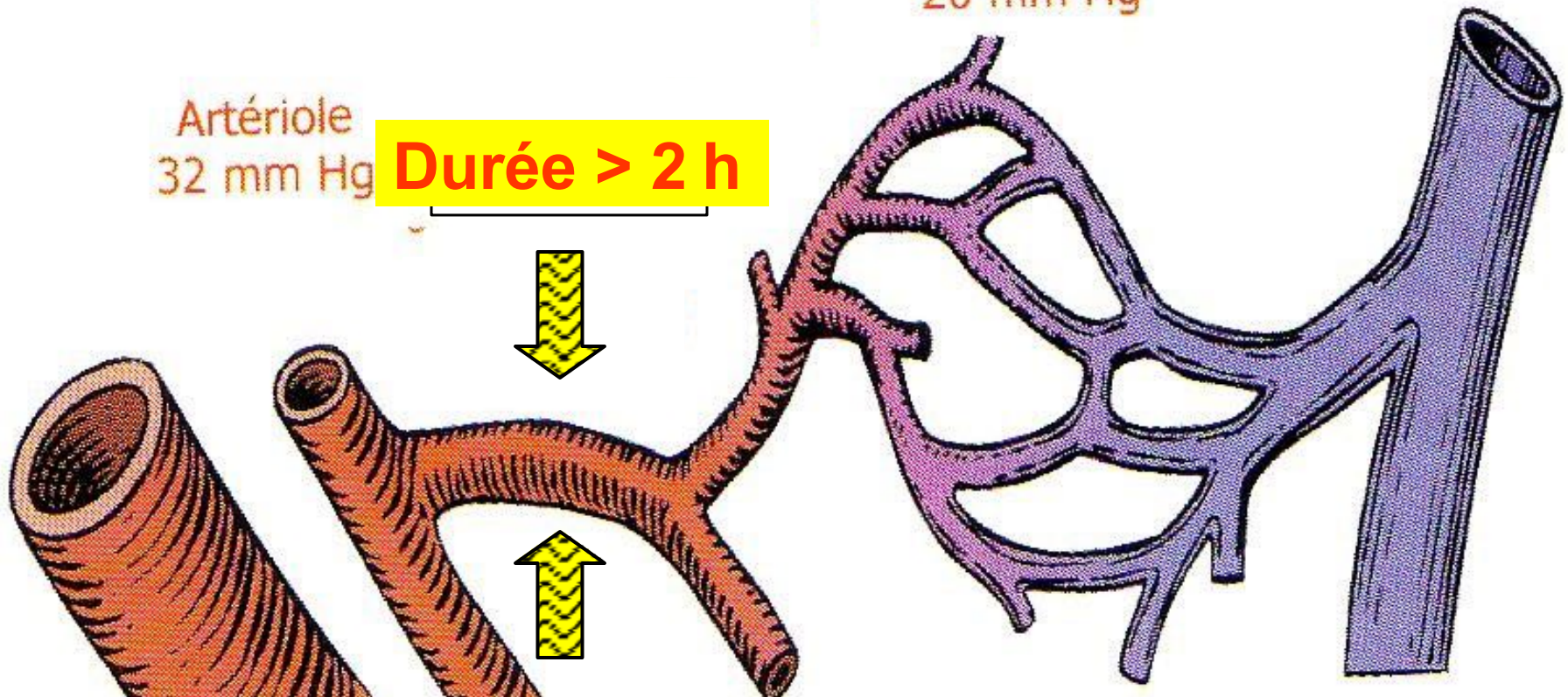


Artériole
32 mm Hg

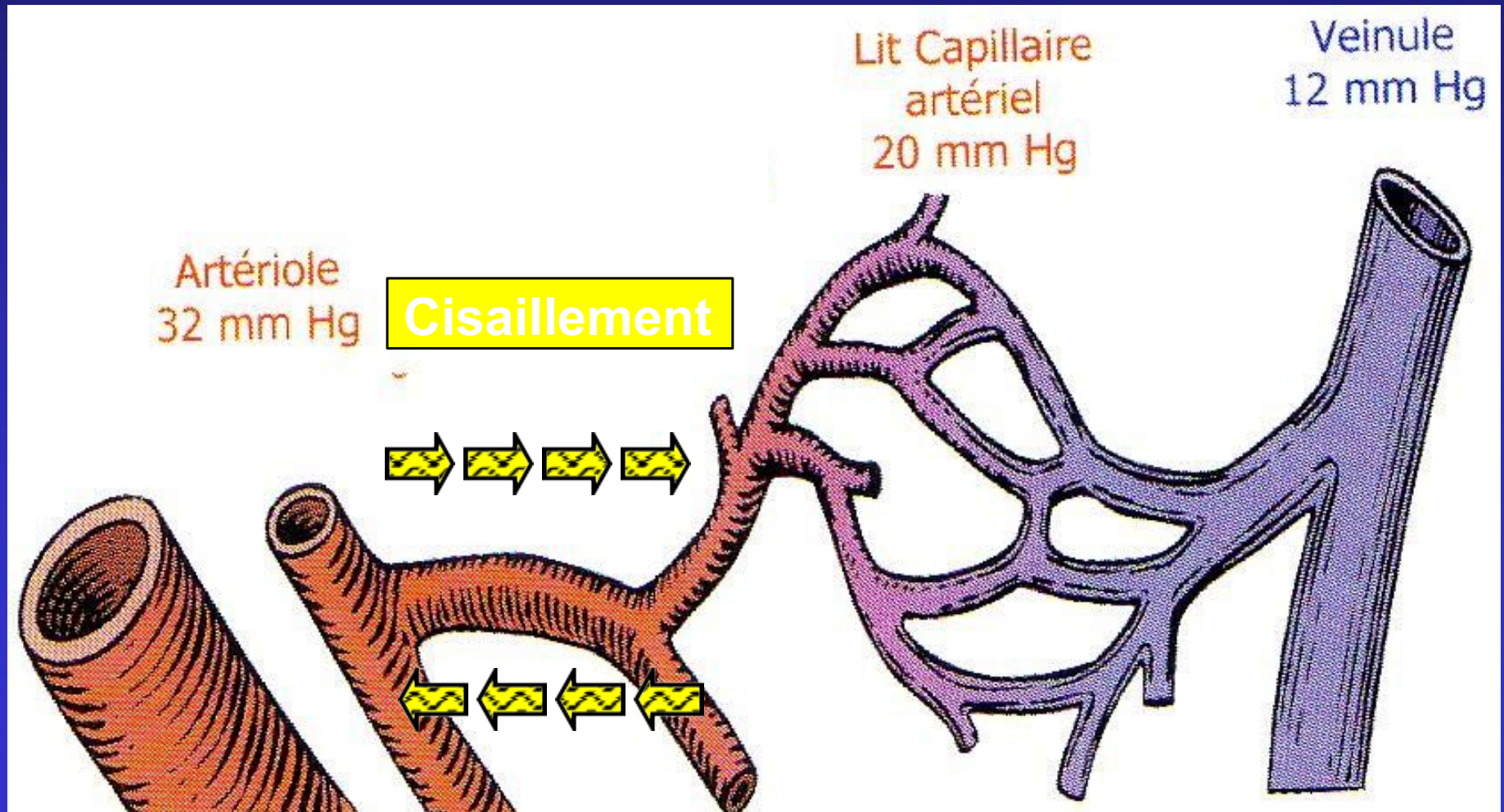
Durée > 2 h

Lit Capillaire
artériel
20 mm Hg

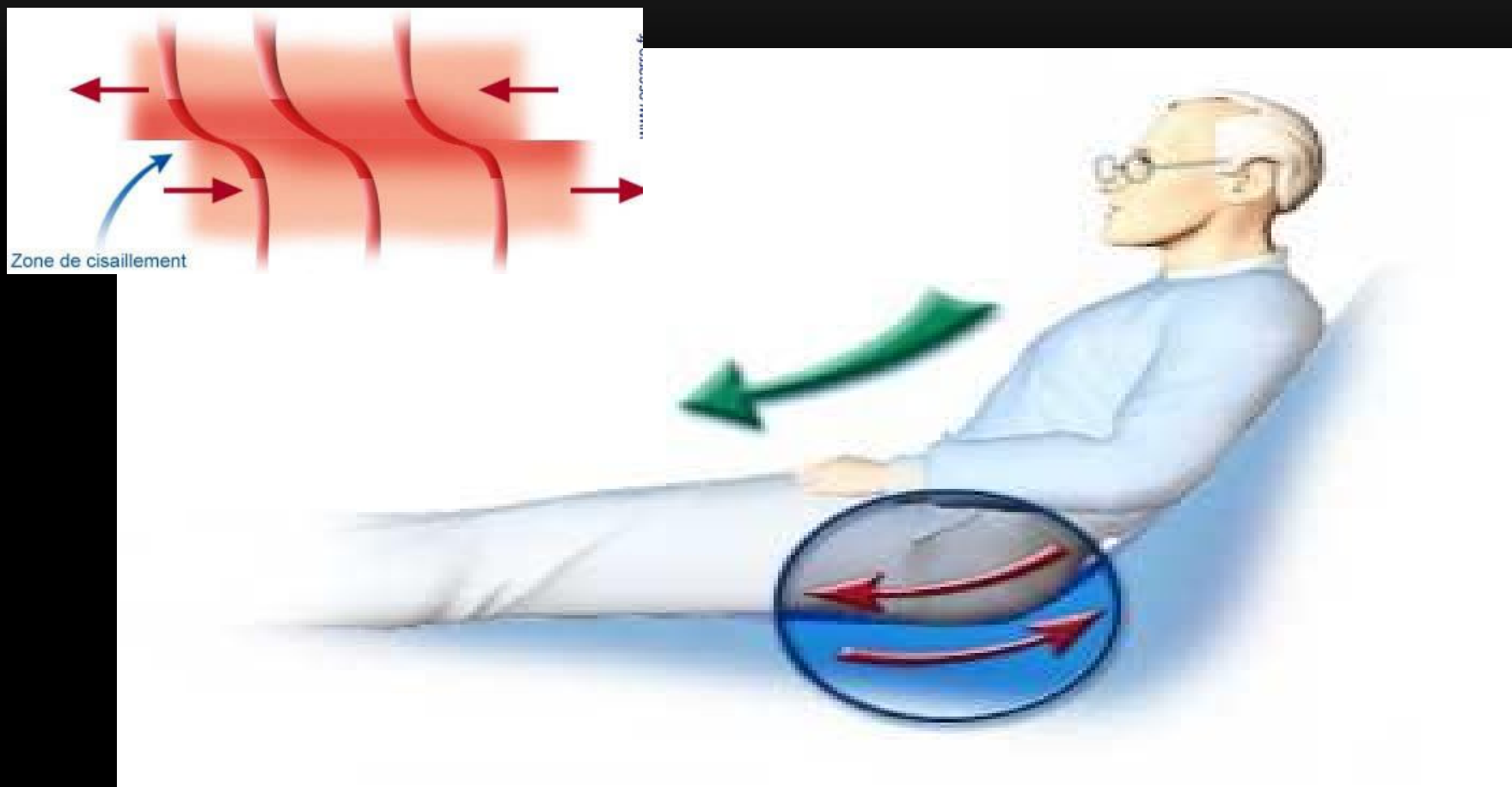
Veinule
12 mm Hg



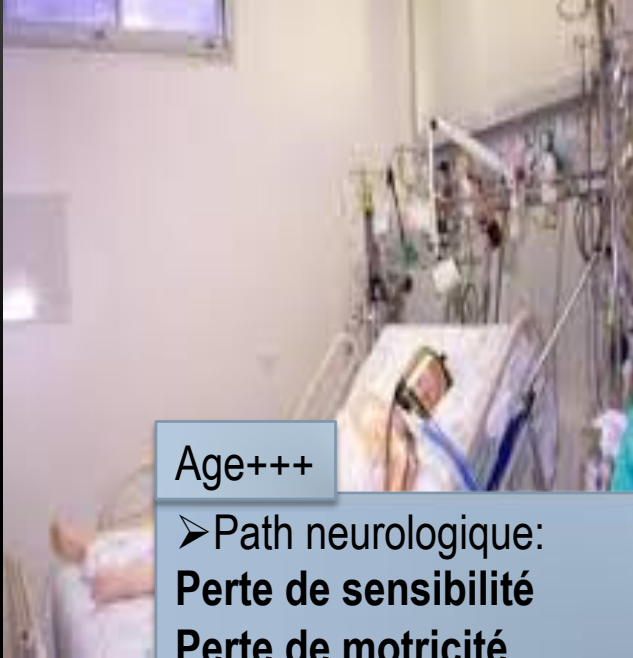
FACTEURS DE RISQUE MÉCANIQUES



LE CISAILLEMENT



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



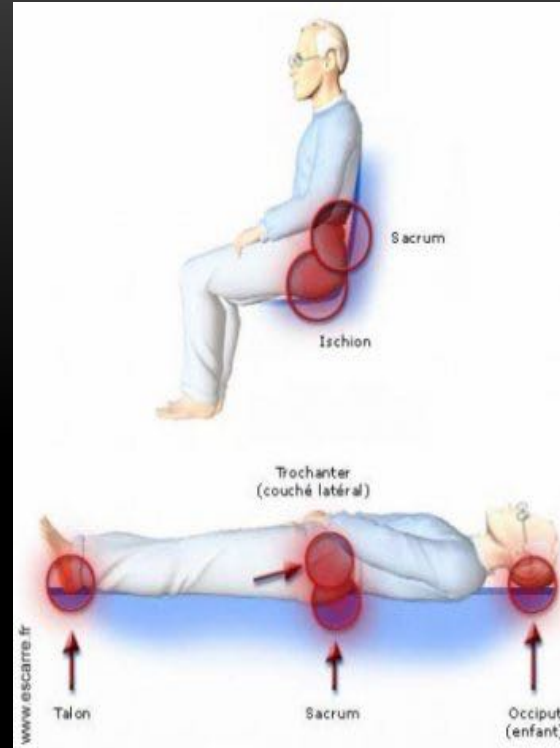
Age+++

➤ Path neurologique:
Perte de sensibilité
Perte de motricité
Patients inconscient

➤ vaisseaux sanguins en mauvais état:
HTA
Diabète
tabac

➤ Mauvaise état nutritionnel:

➤ une faiblesse de la teneur en oxygène du sang :
Anémie
infection pulmonaire
Hypotension artérielle
Hémorragie
Etat de choc



ÉVALUATION DE L'ESCARRE

- **EVALUATION CLINIQUE**

- Evaluation de l'état local de la plaie:
 - Stades
 - Dimensions de la plaie
 - Localisation des escarres
 - Aspects cliniques
- Evaluation de l'état général du patient

- **EVALUATION PARACLINIQUE**

EVALUATION DE L'ETAT LOCAL

Classification NPUAP 1998

STADE 1

épiderme → ROUGEUR persistante

STADE 2

épiderme-DERME → ABRASION, PHLYCTÈNE

STADE 3

toute l'épaisseur de la peau → NÉCROSE, ULCÈRE

STADE 4

peau, muscle, os, tendons → ULCÈRE profond

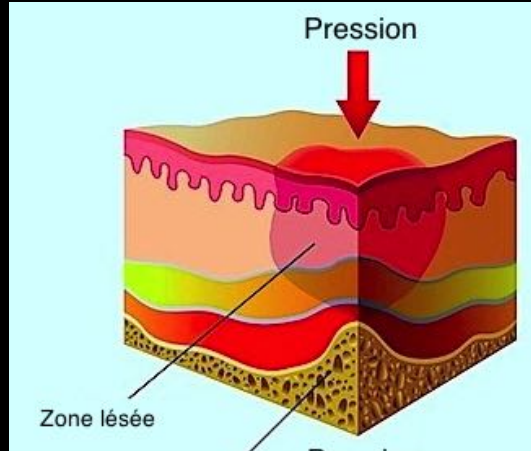
STADES



STADIFICATION DES ESCARRES

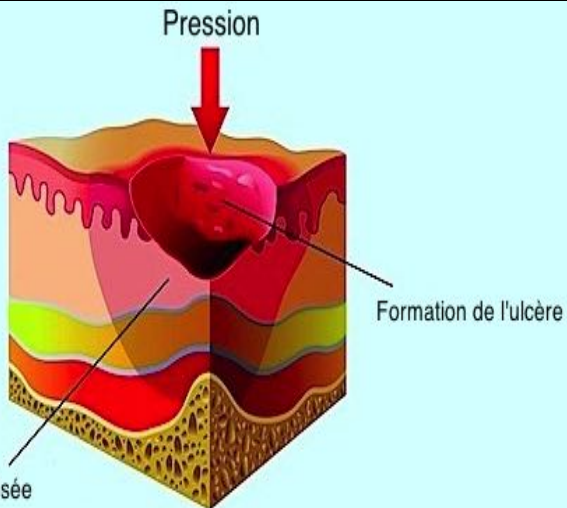
STADE 1

épiderme → ROUGEUR persistante



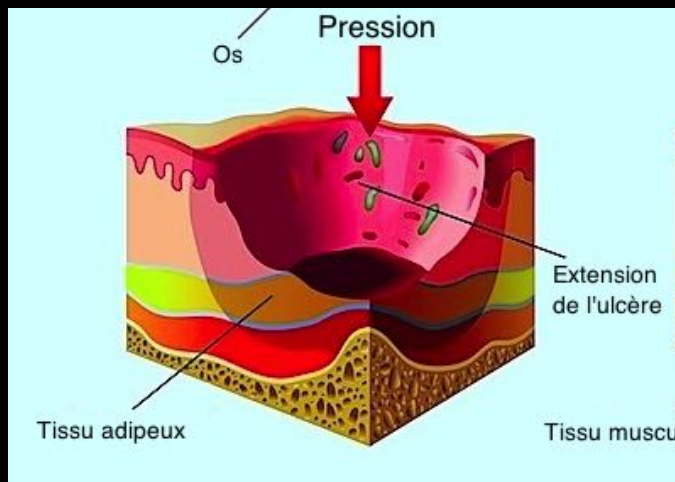
STADIFICATION DES ESCARRES

STADE 2
épiderme-Derme ➡ ABRASION, PHLYCTÈNE



STADIFICATION DES ESCARRES

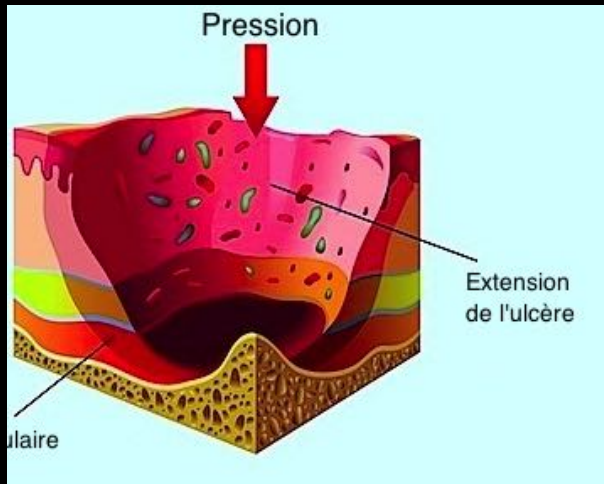
STADE 3
toute l'épaisseur de la peau ➡ NÉCROSE, ULCÈRE






STADIFICATION DES ESCARRES

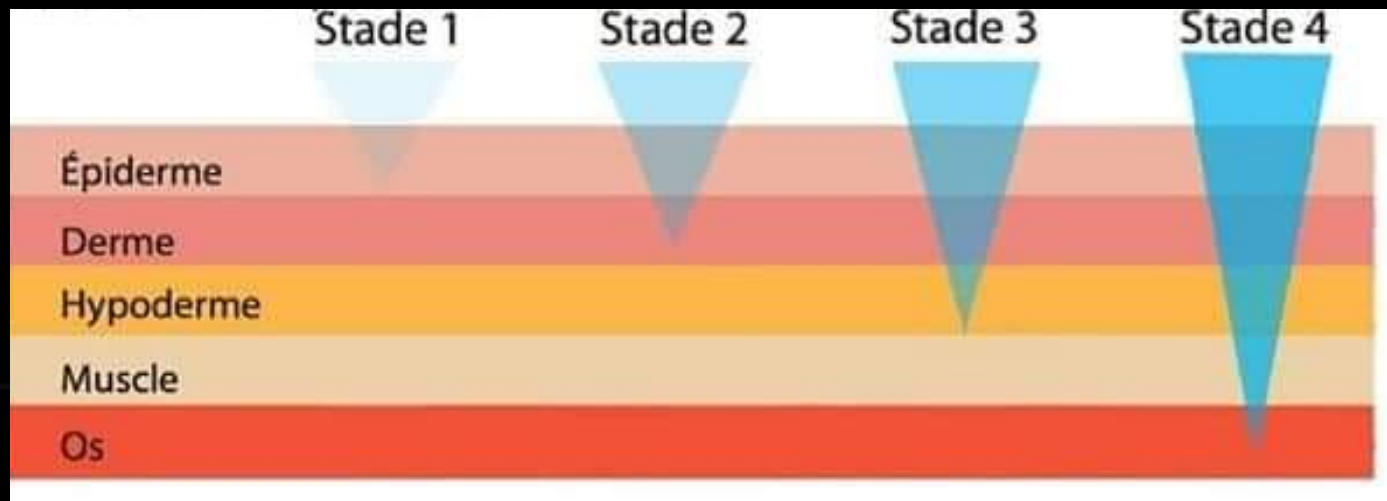
STADE 4

peau, muscle, os, tendons ➔ ulcère profond

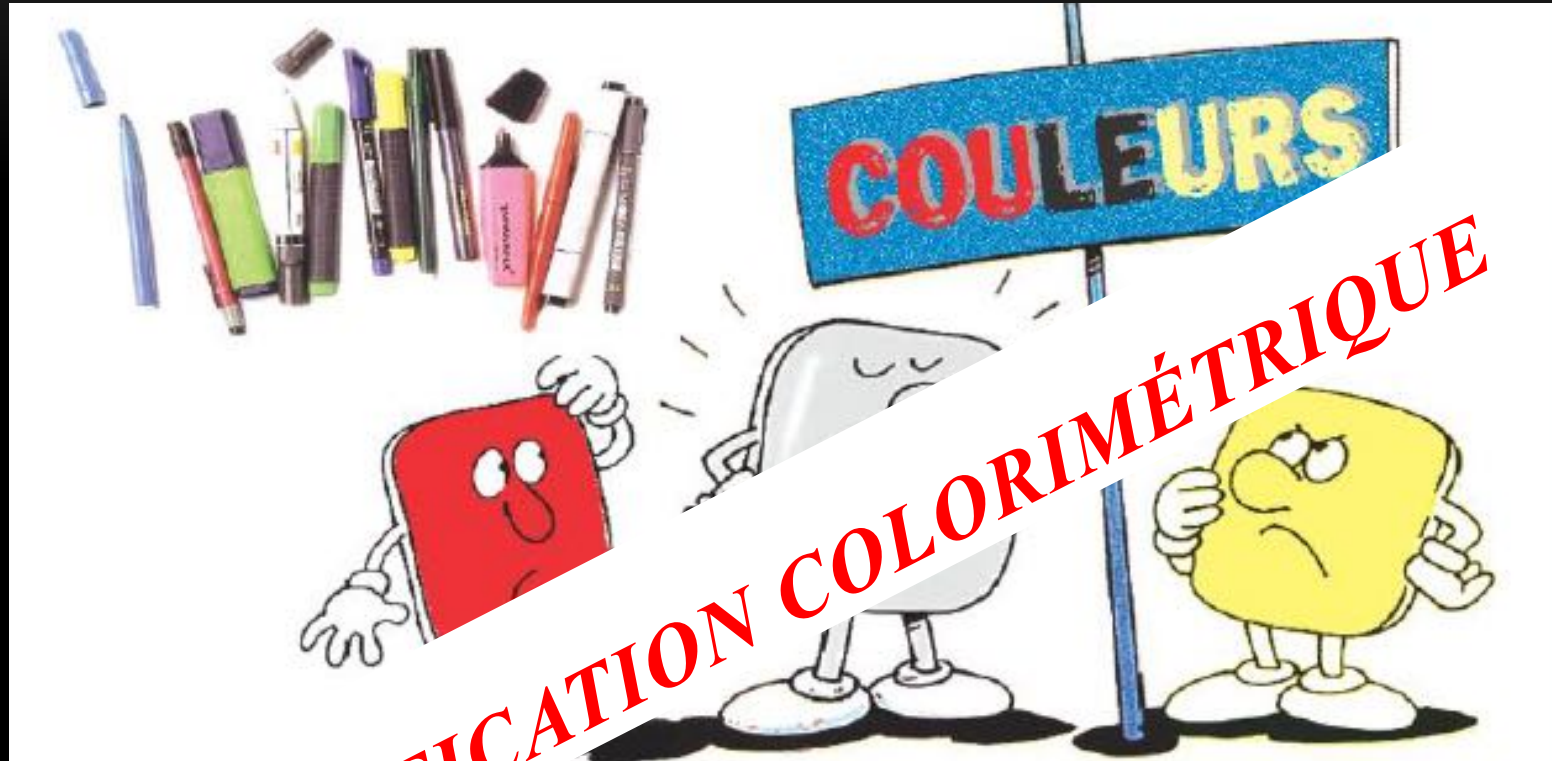


STADIFICATION DES ESCARRES

STADE	LOCALISATION	ÉTAT CUTANÉ	DESCRIPTION	
1	Épiderme	Érythème	Rougeur persistante malgré la suppression de la compression	
2	Derme	Phlyctène fermée/ouverte	Phlyctène avec ou sans abrasion de l'épiderme et du derme	
3	Tissus mous	Escarre superficielle	Atteinte du tissu sous-cutané	
4	Muscles, tendons jusqu'à l'os	Escarre profonde	Ulcération tendino-musculaire voire osseuse	



évaluer Les escarres



ROUGE
→ **bourgeonnement**

NOIR
→ **Nécrose**

JAUNE
→ **fibrine**

CLASSIFICATION COLORIMÉTRIQUE

Fibrine.

Tissu de granulation.

Amélioration

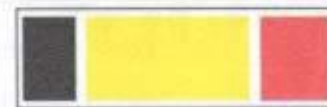
J0



J5



J10



J15



J40

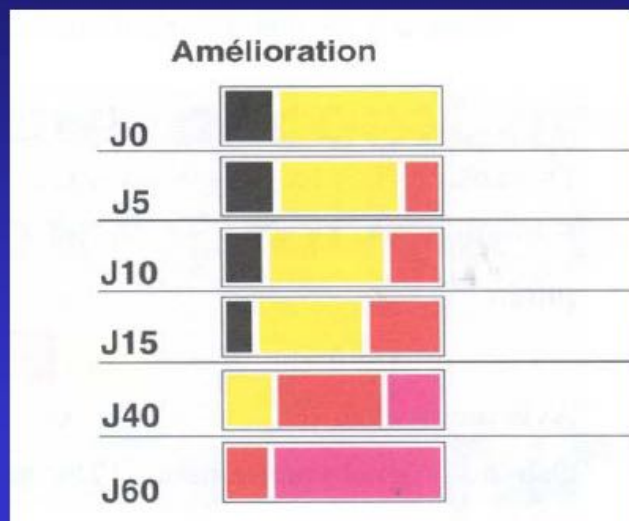


J60

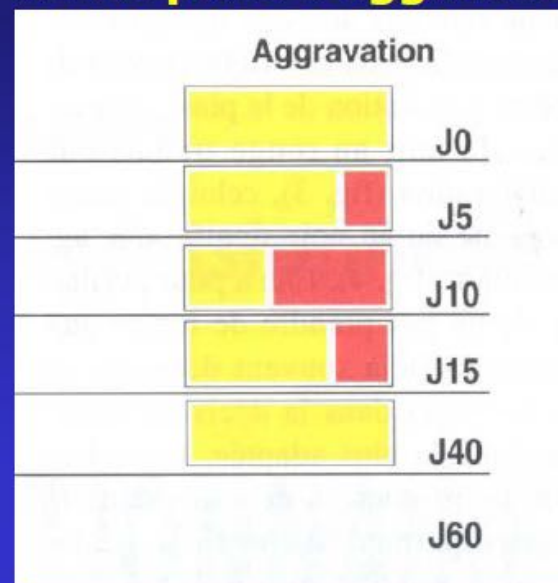




Exemple de représentation colorielle d'une plaie s'améliorant.



Exemple de représentation colorielle d'une plaie s'aggravant.



évaluer la plaie

● surface

- Règlette
- calque

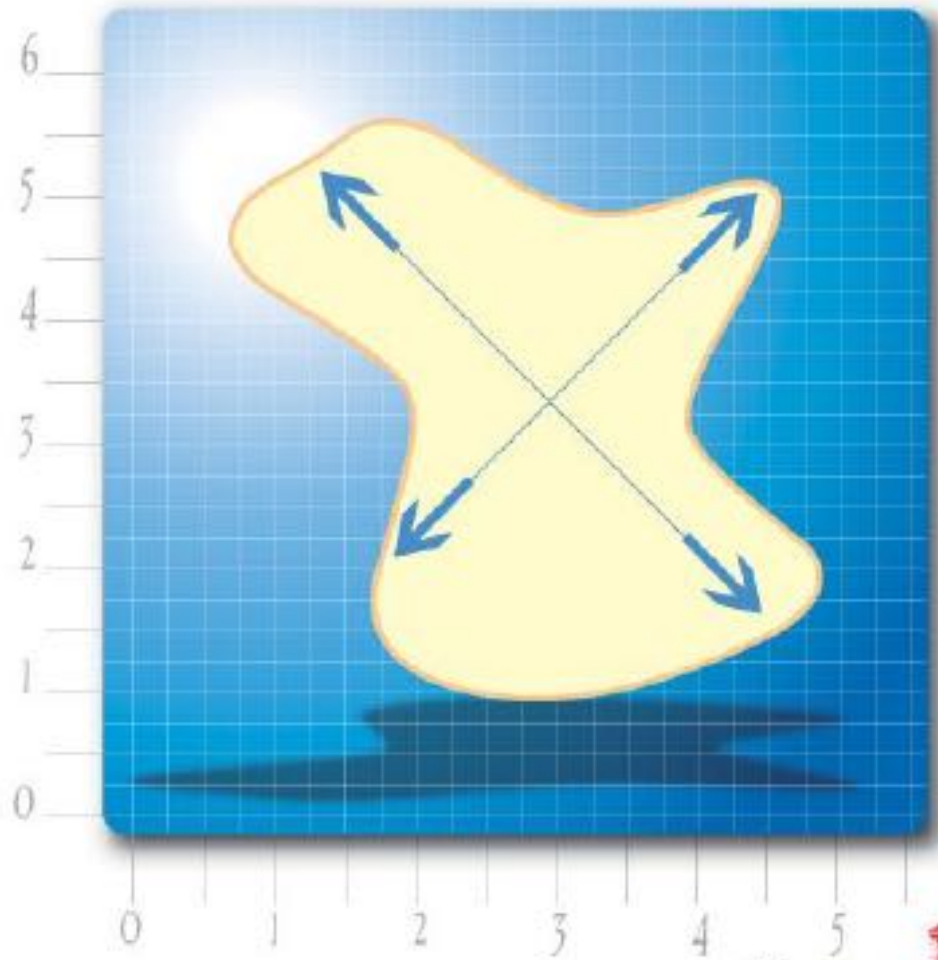


● profondeur

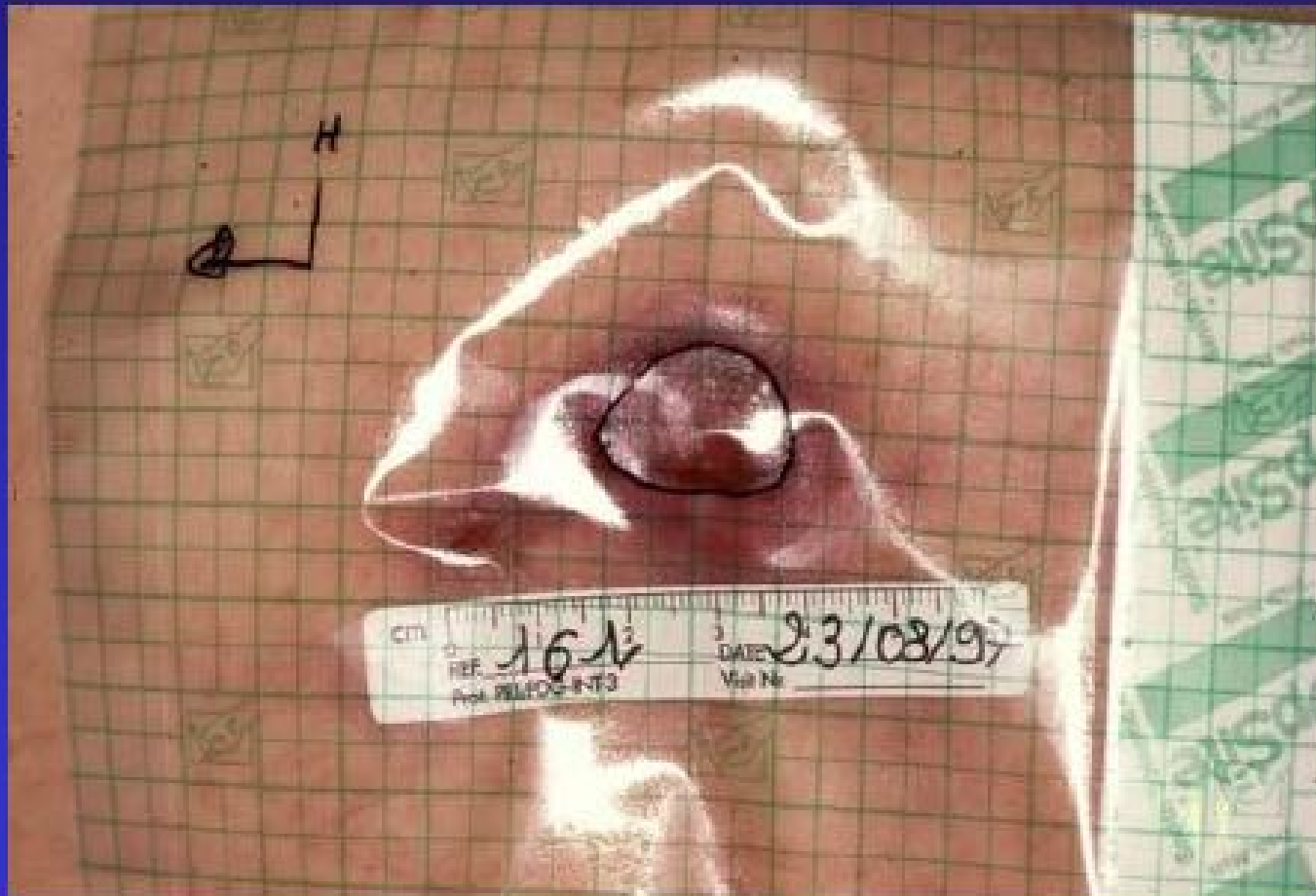
- stylet

● volume

- sérum physiologique



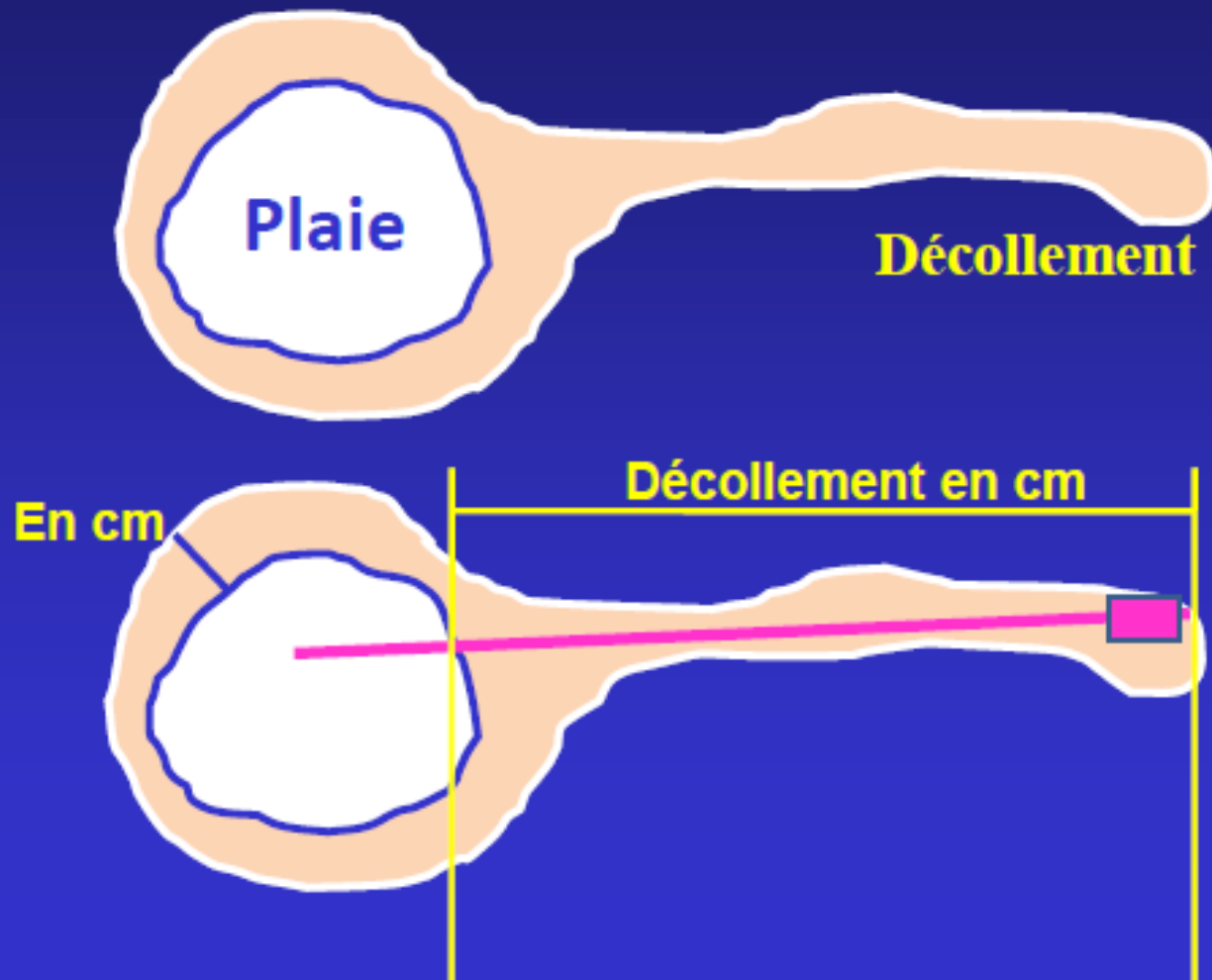
Mesure de la surface de la plaie à l'aide d'un film de polyuréthane



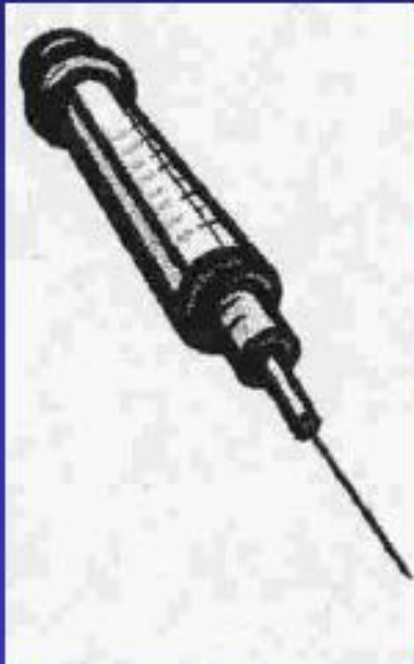
Mesure de la profondeur (P) avec un stylet et une réglette millimétrée.



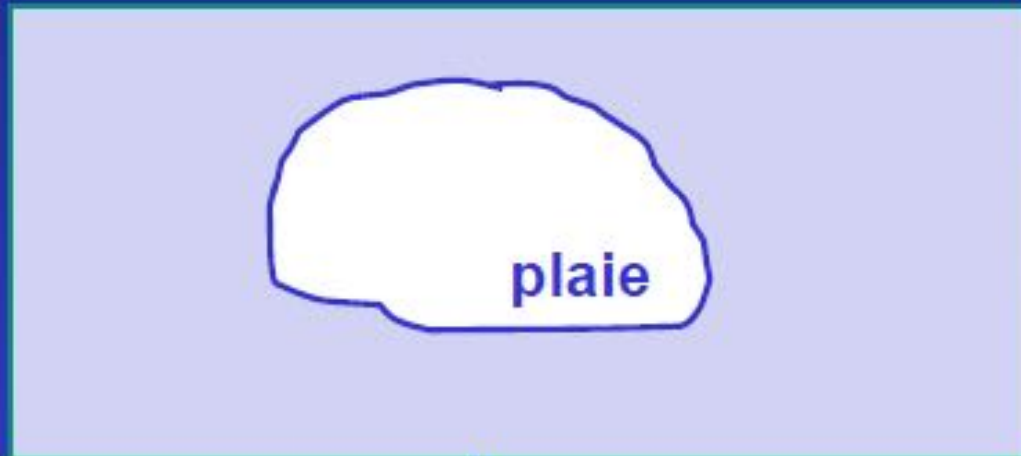
Mesure des décollements



Mesure du volume de la plaie avec un film de polyuréthane



← Sérum physiologique

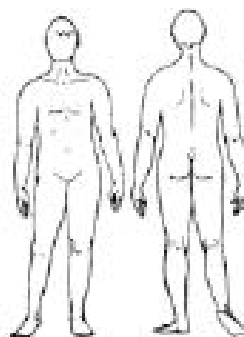


↑
Film polyuréthane

EVALUATION DE L'ESCARRE

Etiquette
du malade

Localisation :



Stade :

Profondeur (mm) :

Volume (ml) :

Surface (cm²) :

(Utilisez le calque et les couleurs pour dessiner la plaie)

Date :

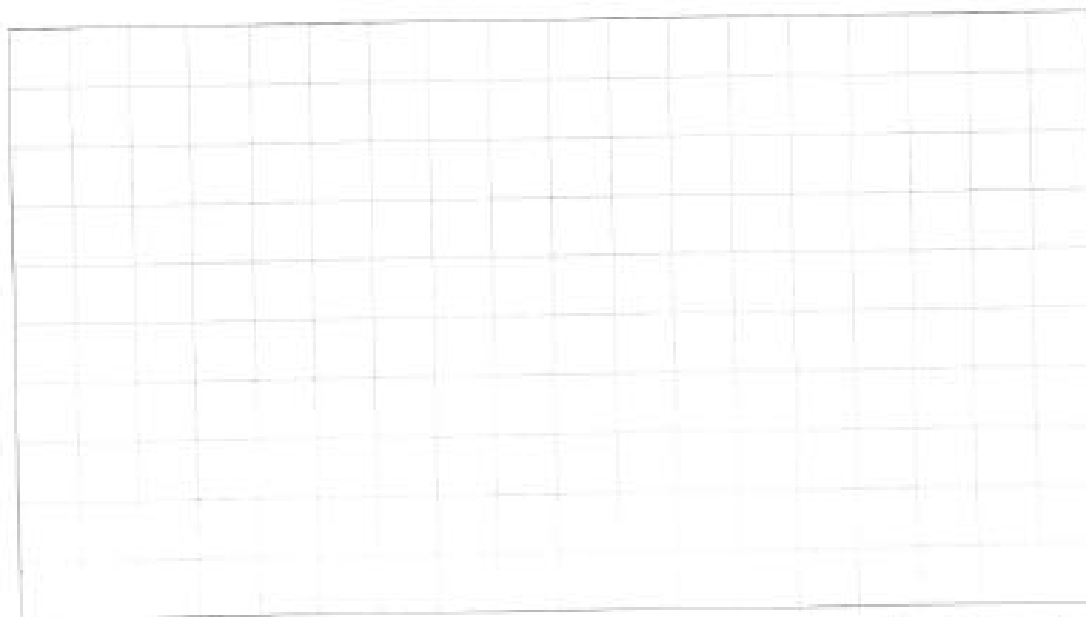
Nom de l'infirmière :

Stade de la plaie :

- ✓ I : rougeur persistante
- ✓ II : abrasion, phlyctène
- ✓ III : ulcère avec atteinte de toute l'épaisseur de la peau
- ✓ IV : ulcère avec atteinte de toute l'épaisseur de la peau +/- Os, muscle, tendon, articulation

Evaluation colorielle :

- ✓ Rouge : bourgeonnement
- ✓ Jaune : fibrine
- ✓ Noir : nécrose



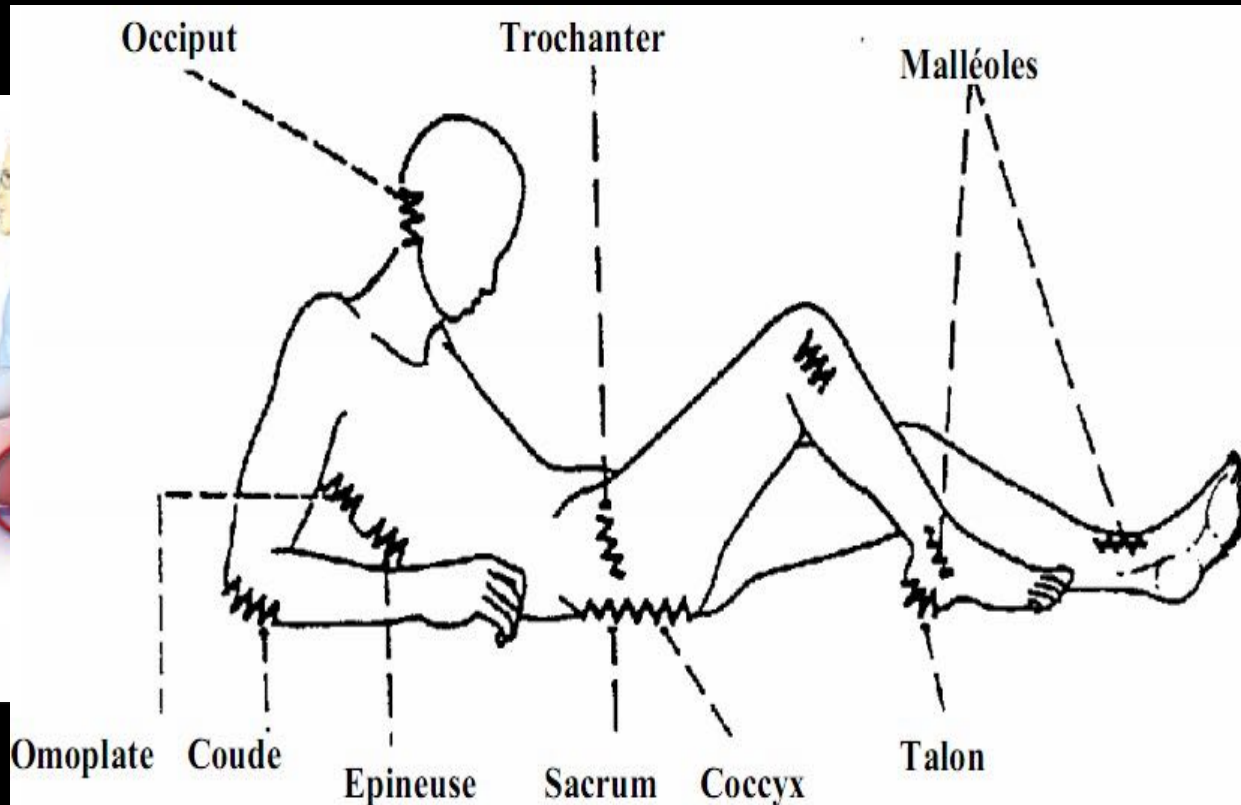
1 cm

Date	Etat de la plaie	Pansement primaire	Pansement secondaire	signature

EVALUATION DE L'ETAT LOCAL

LOCALISATIONS DES ESCARRES:

Contact entre saillie osseuse et plan dur +++

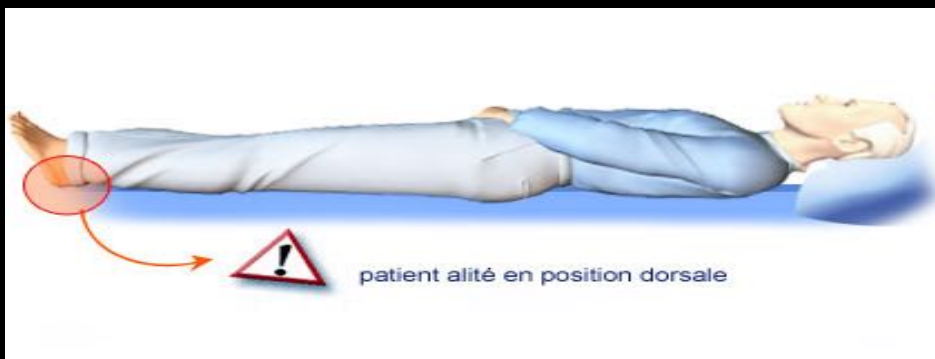


Les points d'appui chez la personne alitée

L'ESCARRE SACRÉE:



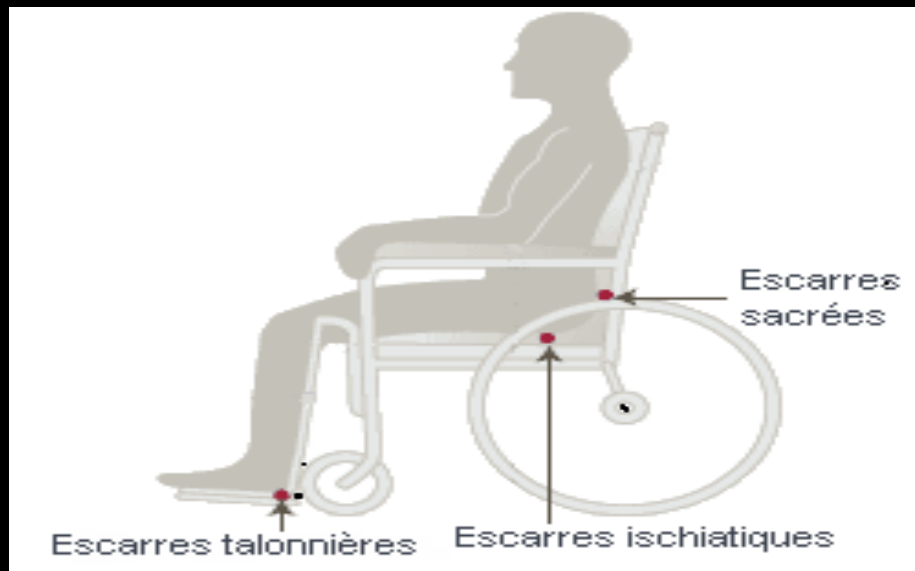
L'ESCARRE TALONNIÈRE:



L'ESCARRE ISCHIATIQUE:

La plus fréquente chez les paraplégiques.

Fréquente chez les patients assis.



L'ESCARRE TROCHANTÉRIENNE:

- La moins fréquente (très dangereuse).
chez les patients en position latérale prolongée.



L'ESCARRE OCCIPITALE

- Fréquente chez nouveau né ou en réanimation.
- Le plus souvent facilement guérie mais peut entrainer une non repousse capillaire.

AUTRES LOCALISATION :

- GENOU
- COUDE



- Evaluation de l'état général du patient

- HISTOIRE MEDICALE:

- Age , antécédents ...
 - Causes :

- **ECARRE ACCIDENT(aigue)**

- **ESCARRE MALADIE (chronique)**

- EXAMEN PHYSIQUE GLOBALE : lésions associées
 - EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNELS
 - EVALUATION DE LA DOULEUR
 - EVALUATION DES COMPLICATION(signes d'infection+++)
 - EVALUATION PSYCHO SOCIALE

■ EVALUATION PARACLINIQUE

❖ BILAN RADIOLOGIQUE:

- RX bassin ,cheville : ostéite
- RX thoracique: infection pleuro pulmonaire

❖ PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES

❖ ECBU

❖ BILAN BIOLOGIQUE

- ALBUMINE: marqueur biologique de dénutrition
- NFS
- CRP

MESURES DE PREVENTION

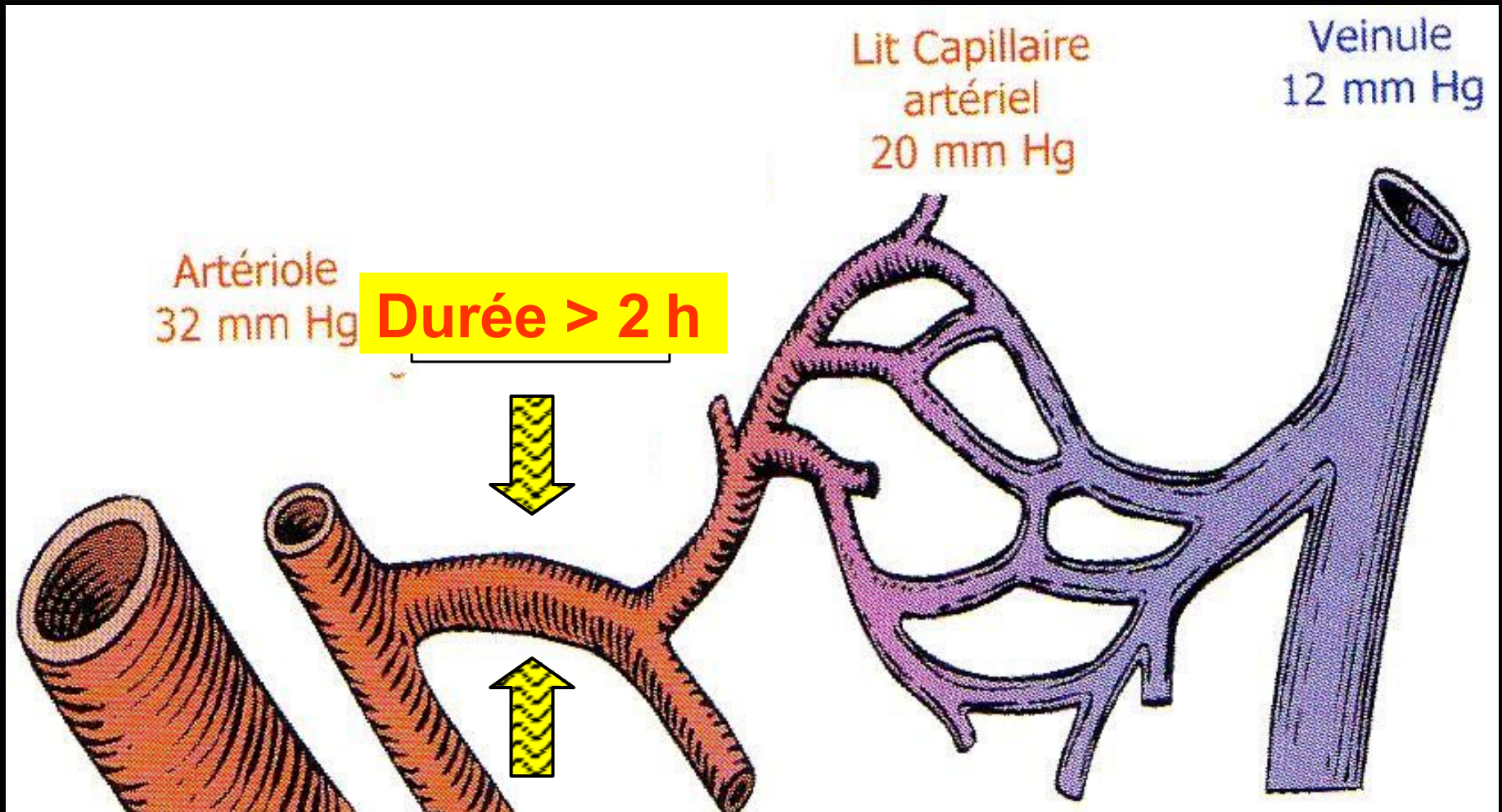
MESURES DE PRÉVENTION

- 1) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque mécaniques**
- 2) Évaluer le malade à risque d'escarres**
- 3) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque cliniques**

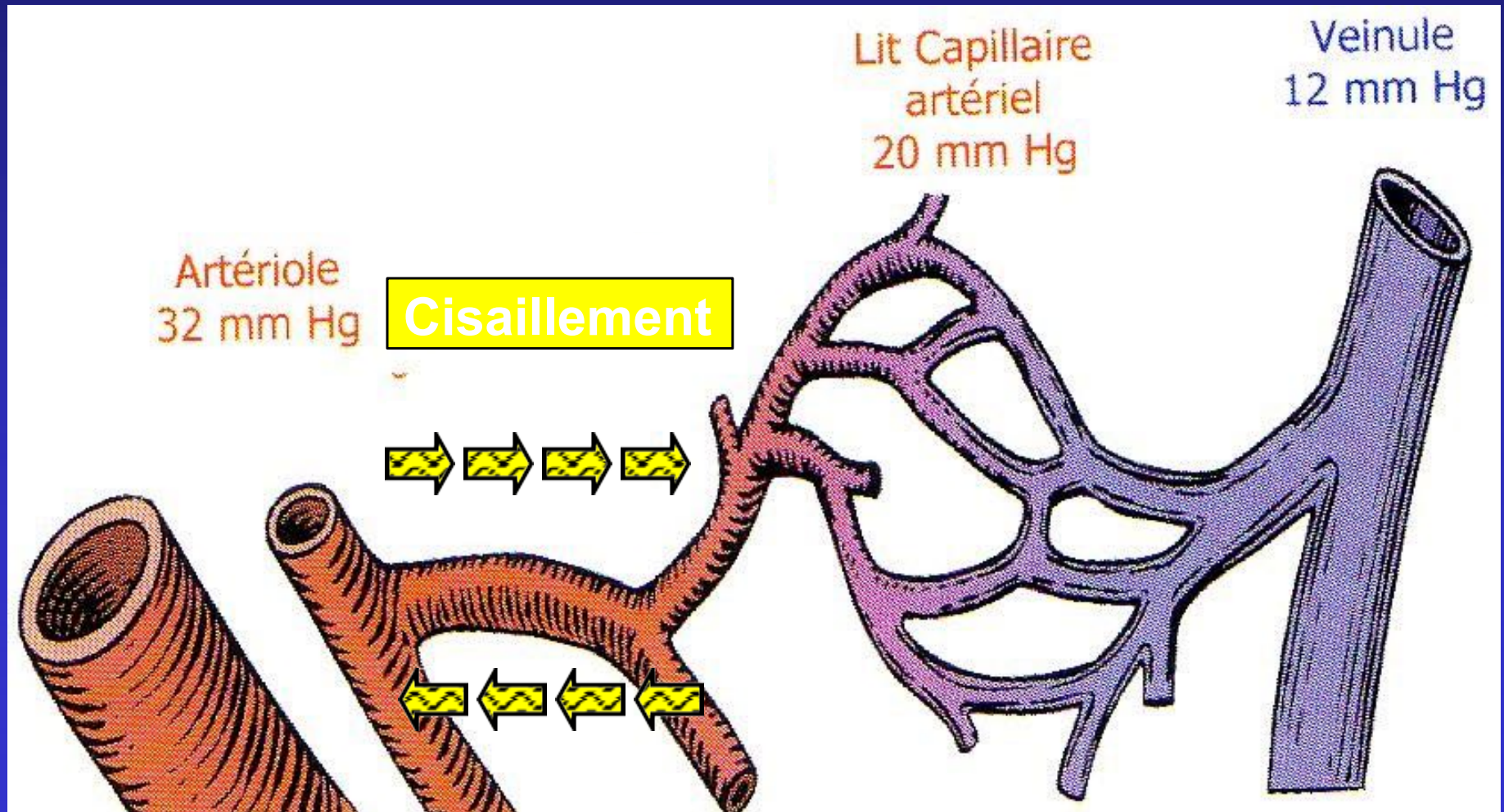
MESURES DE PRÉVENTION

- 1) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque mécaniques**
- 2) Évaluer le malade à risque d'escarres**
- 3) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque cliniques**

FACTEURS DE RISQUE MÉCANIQUES



FACTEURS DE RISQUE MÉCANIQUES



LE CISAILLEMENT



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

Facteurs de risque mécaniques

PRESSION,
CISAILLEMENT,
FRICTION



INFORMATION-ÉDUCATION

Éviter les positions à risque

MESURES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION

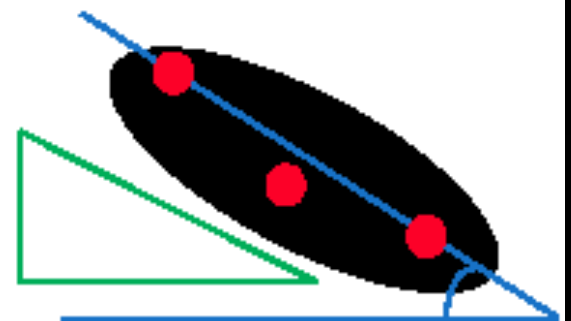
- **1) diminuer la pression +++**
 - Changements fréquents de position



POSITIONNEMENTS ADAPTÉS



Décubitus latéral à 30°

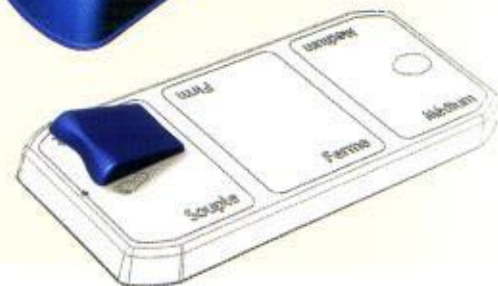


CALES DE DÉCUBITUS

Cale de décubitus
ALOVA DM



Décharge talonnière large
ALOVA DM



MATÉRIEL ADAPTÉ



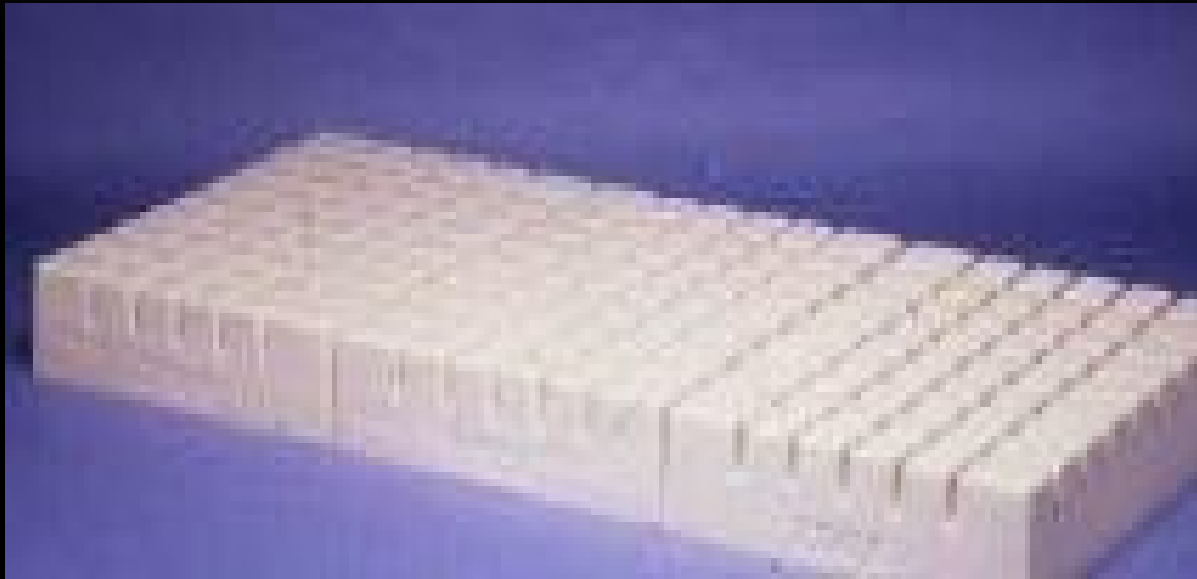


SUPPORTS STATIQUES AU LIT

Supports non électrifiés

- gel
- mousse
 - ▤ mousse classique ou mousse « tendre »
 - ▤ mousse « à mémoire »
- fibres de silicone
- eau
- air
 - ▤ mono compartiment
 - ▤ alvéolé « à tétine »

SUPPORTS EN MOUSSE



MOUSSE À MÉMOIRE DE FORME (VISCO-ÉLASTIQUE)



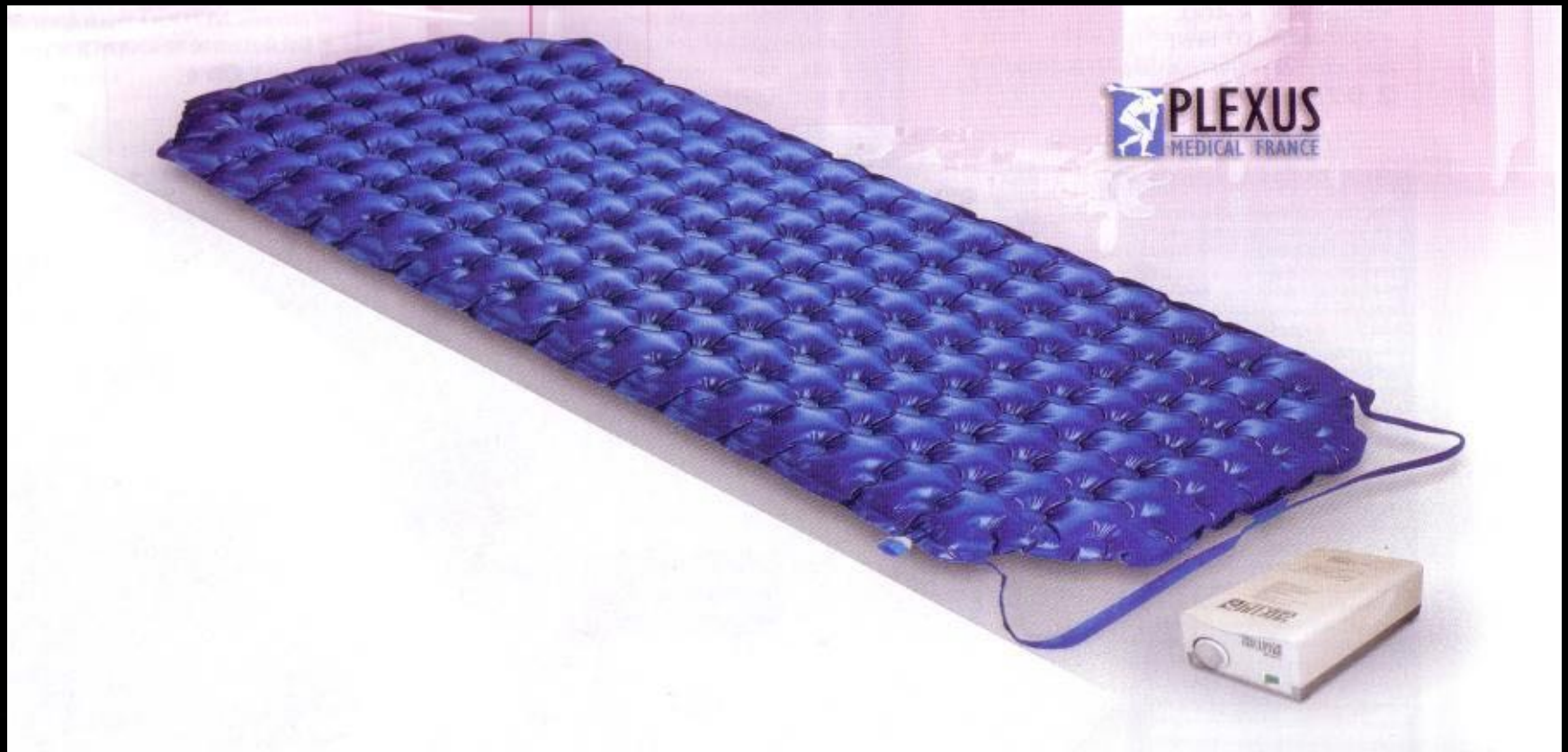
ALOVA ASKLE



MATELAS MOUSSE / AIR (EPSUS)



SURMATELAS À AIR STATIQUE (SOFCARE 402)



SUPPORTS DYNAMIQUES

Supports électrifiés

- **air alterné**

- réglage manuel -> réglage automatique

- **basse pression continue**

- réglage manuel -> automatique

- **avec ou sans capteurs de pression**

- **avec ou sans perte d'air**

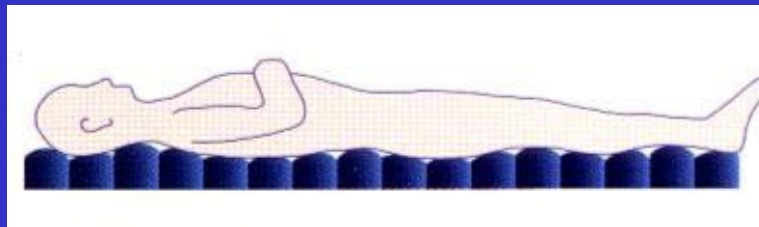
- **association air alterné et basse pression**

Surmatelas à air dynamique à pressions alternées

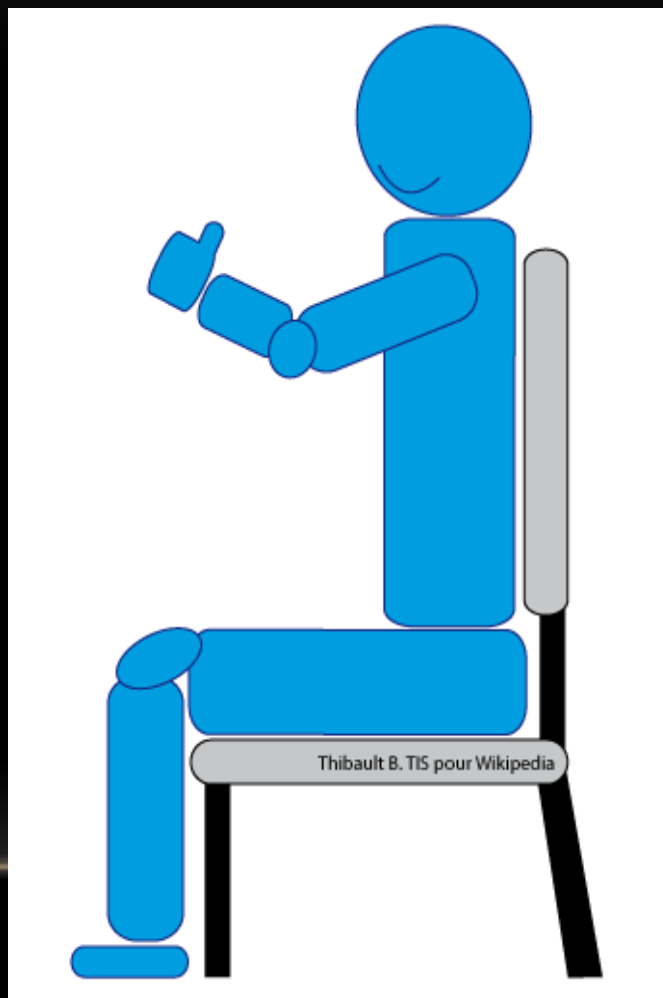


Matelas à air dynamique

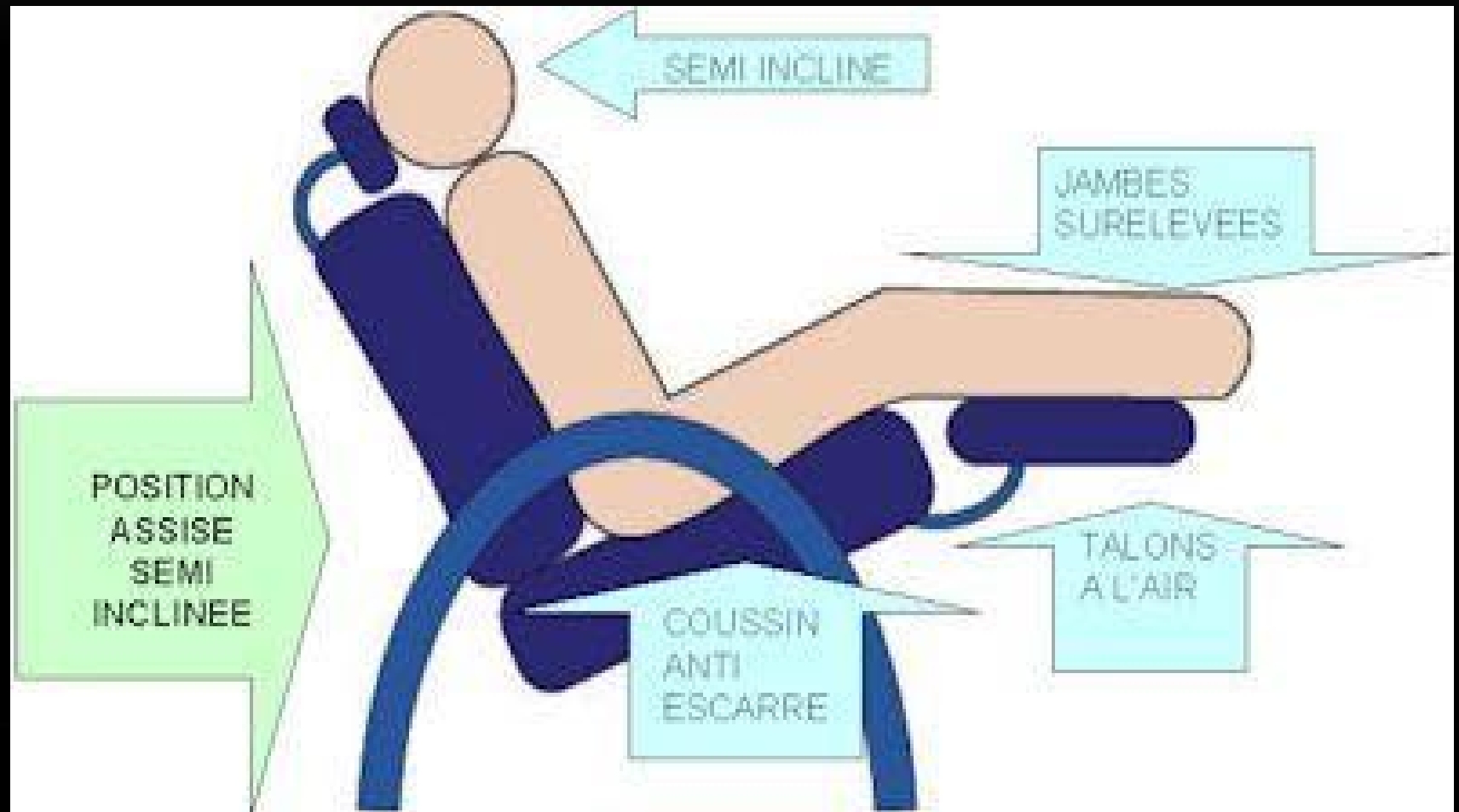
Pressions alternées (DynaFlo 8000)



BONNE POSITION ASSISE (RÈGLE DES 3 ANGLES)



POSITION RELAX



**Aucun support ne dispense des
changements de position réguliers**

+++

FEUILLE CHANGEMENT DE POSITION

Etiquette patient :

NOTER HEURE DANS LA CASE

Position date	Fauteuil 60	Fauteuil 30	Demi DLD	Demi DLG	Dorsal ½ assis	Dorsal 30	Talons dans vide	signer

MESURES DE PRÉVENTION

- 1) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque mécaniques
- 2) Évaluer le malade à risque d'escarres**
- 3) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque cliniques

ÉVALUER LE MALADE À RISQUE

- **Évaluation multidisciplinaire**
 - Jugement clinique...
 - Échelle de Braden (1985)
 - Bonne reproductibilité, bonne sensibilité
 - Échelle recommandée
- (Conférence de Consensus 2001)

BRADEN

Seuil <16

Perception sensorielle	Complètement limitée 1	Très limitée 2	Légèrement diminuée 3	Normale 4
Humidité	Constamment mouillé 1	Humide 2	Humidité occasionnelle 3	Rarement humide 4
Activité	Alité 1	Au fauteuil 2	Marche occasionnelle 3	Marche fréquemment 4
Mobilité	Complètement immobile 1	Très limitée 2	Légèrement limitée 3	Aucune limitation 4
Nutrition	Très pauvre 1	Probablement inadéquate 2	Adéquate 3	Excellente 4
Frictions et cisaillements	Problème existe 1	Problème potentiel 2	Aucun problème 3	

Echelle de BRADEN

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	Frictions 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 apparent

≥ 18 : risque bas

13 à 17 : risque modéré

8 à 12 : risque élevé

≤ 7 : risque élevé

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

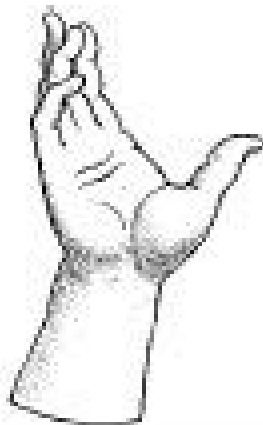


MESURES DE PRÉVENTION

- 1) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque mécaniques
- 2) Évaluer le malade à risque d'escarres
- 3) Reconnaître et supprimer les facteurs de risque cliniques

SUIVRE LA PEAU DE PRÈS

- Observation pluri quotidienne



Palpation des points d'appuis

Reconnaître l'escarre de stade 0



Érythème qui blanchit à la pression

Reconnaître l'escarre de stade 1



Érythème cutané sur peau apparemment intacte persistant à la suppression de l'appui

PRÉSERVER LA PEAU

- Pas de massage pétrissage
- Pas de « glaçon sèche cheveux »
- Pas de solutions alcoolisées
- Pas de colorants



**Pas de sondage vésical
Systématique +++**

Sanyrène®



FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRES

- **Évaluation du réseau artériel**
 - **Examen clinique**
 - **Index de pression systolique**
 - 0.8-0.9 AOMI bien compensée
 - 0.5-0.8 AOMI moyennement compensée
 - < 0.5 AOMI sévère ou ischémie critique



FACTEURS DE FRAGILISATION CUTANÉE

- **L'âge**
- **Les ATCD d'escarres**
- **La macération cutanée**
 - **Incontinence urinaire, fécale**
 - **(...)**
- **Traitements médicamenteux**

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES

Nutrition

- ⚡ poids
 - ⚡ IMC
- } Facteurs de risque indépendants
-
- « Donner 2 suppléments caloriques par jour diminue le risque de survenue d'escarres chez une personne âgée à risque »

DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

- Un ou plusieurs des critères suivants :
 - Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois
 - IMC ≤ 21
 - Albuminémie < 35 g/l
- Dénutrition sévère : un ou plusieurs des critères suivants :
 - Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois
 - IMC < 18
 - Albuminémie < 30 g/L

MODALITÉS PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE



- **Conseils nutritionnels**
 - ↑↑ fréquence des repas
 - Éviter jeûne > 12 heures
 - Privilégier aliments riches (Kcal, protéines)
 - Adapter alimentation aux goûts
 - Adapter la texture
 - Aide technique et/ou humaine
 - Environnement agréable
- **Enrichissement de l'alimentation**
 - Poudre de lait, lait concentré sucré, fromage râpé, crème fraîche... poudre de protéines industrielles...

MODALITÉS PRATIQUES DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- **Compléments nutritionnels oraux**
 - Favoriser les produits hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques
 - Au moins 400 kcal et/ou 30 g protéines supplémentaires
 - En plus et non à la place des repas +++ ou en collation
 - Prescription initiale pour une durée d'un mois maximum
 - Réévaluation +++

PRÉVENTION : POINTS A RETENIR

Les mesures locales :

- Le changement de position.
- L'inspection.
- Le positionnement.
- L'hygiène.
- L'effleurement.
- Dispositifs.

Les mesures générales :

- Nutrition équilibrée /compléments alimentaires.
- Traitement des pathologies intercurrentes.

L'ESCARRE MEDICALE

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 - Le traitement des infections intercurrentes et la stabilisation des tares associées.
 - La prise en charge psychosociale
- **La prise en charge de l'état local**

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- Le renforcement des mesures préventives.



- Surveillance de l'état local

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- Le renforcement des mesures préventives.
- La prise en charge de l'état général:
 -
 -
 -
 -
- La prise en charge de l'état local

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- Le renforcement des mesures préventives.
- La prise en charge de l'état général:
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.



CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 -
 -
- **La prise en charge de l'état local**

évaluer La DOULEUR

- est-elle spontanée ou Limitée aux soins ?
- quelle est son intensité ?
 - utiliser des échelles
- quel est le retentissement psychologique ?



- **Évaluation de la douleur**

- **Causes**

- Soins de la plaie, mobilisations, changements de position

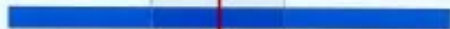
- **Intensité**

- Auto-évaluation par le patient en utilisant une échelle validée
 - Observation clinique pendant les soins chez le patient incapable de communiquer
 - Échelle telle que Doloplus ou ECPA est préconisée
 - Échelle de François Bourreau (validation en cours)

- **Retentissement sur le comportement et l'état psychologique**

FACE PATIENT

pas de
douleur



douleur
maximale
imaginable

FACE SOIGNANT

mesure
de la douleur
par l'échelle
visuelle
analogique



EVA



Echelle Comportementale François Boureau ECFB (score sur 10)

Pousse des gémissements, des plaintes (pleurs, gémissements, cris)	Absent	0
	Faible	1
	Marqué	2
Front plissé, crispation du visage (expression du visage, du regard, mimiques douloureuses)	Absent	0
	Faible	1
	Marqué	2
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos assis ou allongé (posture inhabituelle)	Absent	0
	Faible	1
	Marqué	2
Mouvements précautionneux (à la sollicitation, réaction de défense, évitement de la mobilisation)	Absent	0
	Faible	1
	Marqué	2
Agressivité / agitation ou mutisme / prostration (agitation, refus communication, replis sur soi)	Absent	0
	Faible	1
	Marqué	2

Traitement antalgique

- Mesures antalgiques
 - Utiliser les 3 paliers recommandés par l'OMS
 - Changer de palier au bout de 36 à 48 h
 - Traitement antalgique continu dans certains cas
 - Utiliser le palier 3 avant réfection des pansements
 - Utiliser les bons supports
 - Utiliser les bons pansements
 - Espacer les changements de pansements
 - Prendre en charge l'anxiété du patient

Traitement antalgique

- **Traitement des douleurs neurogènes**
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Anticonvulsivants
- **Autres mesures**
 - **Sédation consciente par MEOPA (Kalinox)**
 - mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote
 - **Administré par inhalation => sédation consciente**
 - Sans perte des réflexes de protection des voies aériennes supérieures
 - **Utilisable chez le patient non à jeun et par les médecins non anesthésistes**

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 -
 -
- **La prise en charge de l'état local**

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 - Le traitement des infections intercurrentes et la stabilisation des tares
 -
- **La prise en charge de l'état local**

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 - Le traitement des infections intercurrentes et la stabilisation des tares
 - La prise en charge psychosociale
- **La prise en charge de l'état local**

CONDUITES À TENIR EN PRÉSENCE D'ESCARRES

- **Le renforcement des mesures préventives.**
- **La prise en charge de l'état général:**
 - Une prise en charge de l'état nutritionnel et de l'état d'hydratation.
 - La prise en charge de la douleur.
 - Le traitement des infections intercurrentes et la stabilisation des tares
 - La prise en charge psychosociale
- **La prise en charge de l'état local**

TRAITEMENT LOCAL DES ESCARRES

❖ **NETTOYAGE DE LA PLAIE** : Le nettoyage de l'escarre doit être réalisé de façon atraumatique par le **sérum salé ou l'eau de robinet**.

❖ **LE DEBRIDEMENT** : Le débridement consiste à retirer de la plaie les tissus nécrotiques qui la recouvrent complètement ou partiellement.
permet d'apprécier l'extension en profondeur de la lésion et donc le stade de l'escarre.
La méthode de débridement est en fonction de l'état local et général du patient et peut être :

- ✓ Chirurgicale
- ✓ Enzymatique (certains produits comme le collagénase)
- ✓ Chimique (préparation contenant de l'acide benzoïque et de vaseline)
- ✓ Mécanique (par irrigation sous pression)

TRAITEMENT LOCAL DES ESCARRES

❖ LES PANSEMENTS D'ESCARRE:

Un pansement est un dispositif médical de protection permettant de couvrir une plaie située sur la peau.

le choix du type de pansement dépend de:

- La localisation
- La profondeur
- L'aspect : sec, fibrine, hémorragique
- Le stade de la cicatrisation
- Le contexte infectieux

- **LE PANSEMENT IDEAL**

- Crée et/ou maintient un milieu humide
- Absorbe l'excès d'exsudat
- Protège les berges de la plaie
- Protège la plaie des agressions mécaniques
- Est imperméable aux bactéries et à l'eau
- Permet les échanges gazeux
- Est confortable
- Prend en compte le rapport coût/efficacité
- Maintient la plaie à la température du corps

- Différents buts du pansement :

- **Protection** : La plaie aseptique sera recouverte d'un pansement occlusif pour éviter toute contamination
- **Cicatrisation** : Le pansement sera choisi en fonction du stade de cicatrisation
- **Absorption de sérosités** : La plaie sera recouverte d'un pansement absorbant pour protéger les tissus en périphérie de la plaie
- **Désinfection** : Un pansement antiseptique détruira les germes pathogènes au niveau de la plaie
- **Compression** : Un pansement compressif permettra d'arrêter une hémorragie ou limitera un épanchement

- Choix du pansement selon aspect de la plaie

ASPECT DE LA PLAIE	TYPE DE PANSEMENT
Plaie nécrotique et/ou fibrineuse	<ul style="list-style-type: none">- Pansement gras- <u>Hydrocolloïde</u>
Plaie en bourgeonnement	<ul style="list-style-type: none">-Pansement gras-Hydro colloïde- Hydro cellulaire
Plaie en bourgeonnement excessif	<ul style="list-style-type: none">-Pansement anti-inflammatoireA base de gras + corticoïde- Nitrate d'agent en bâtonnet- pansement au sérum salé hypertonique

- Choix du pansement selon aspect de la plaie

Ulcération superficielle ou plaie en <u>épidermisation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Film transparent - <u>Hydrocolloïde</u> - <u>Hydrocellulaire</u> - PST gras
Plaie anfractueuse	<ul style="list-style-type: none"> -<u>hydrocolloïde</u> pâte ou poudre - alginate mèche -<u>hydrofibre</u> mèche
Plaie exsudative	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Alginate</u> - <u>Hydrocellulaire</u> - <u>Hydrofibre</u> - Pansement <u>antiinflammatoire</u> à base de <u>gras+coticoïde</u>
Plaie hémorragique	<ul style="list-style-type: none"> - Alginate - Charbon activé
Plaie malodorante	<ul style="list-style-type: none"> - Charbon activé

Rythme de changement de pansement

- **Variable +++ :**
 - Tous les jours : si infection
 - Un jour sur deux ou trois : pour activer détersion
 - Tous les trois jours: hydrocolloïdes ...

- CHOIX DU PANSEMENT DE NOUVELLE GÉNÉRATION

- Pansements adaptés à l'état de la plaie
 - aucun pansement idéal !
- Plaies suintantes : pansements absorbants
 - *hydrocolloïdes*
 - *hydrocellulaires*
 - *alginates de calcium*
 - *hydrofibres*
- Plaies sèches, nécrotiques
 - *hydrogels*



traitement des plaies

stades



faire

Ne pas faire



ROUGEUR

- SUPPRIMER Le point d'appui

- masser



phlyctène

- SUPPRIMER Le point d'appui

- PHLYCTÈNE sÉREUSE

VIDER SANS DÉCOUPER

+/- HYDROCOLLOÏDE

- PHLYCTÈNE HÉMORRAGIQUE

DÉCOUPER + HYDROCOLLOÏDE

- séCHOIR

- GLAÇON

- éOSINE

CONTRÔLE DE L'exsudat

stade 3 et 4

faire

Ne pas faire



alginate



HYDROFIBRE

- absence d'exsudat
- HYDROGEL et HYDROCOLLOÏDE
- exsudat modéré, plaie propre
- HYDROCELLULAIRE
- exsudat modéré et fibrine
- alginate et HYDROCOLLOÏDE
- exsudat abondant





Hydrofibre (Aquacel)



Hydrocolloide

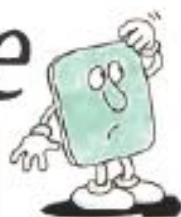
+

Hydrofibre



NÉCROSE

stades



faire

Ne pas faire



NÉCROSE sèche

- DÉTERSION

- RamOLLIR
- HYDROgel
- HYDROCOLLOïde

- faire saigner

- CHANGER trop
tôt Les pansements



NÉCROSE HUMIDE

- DÉTERSION mécanique

- Ciseaux

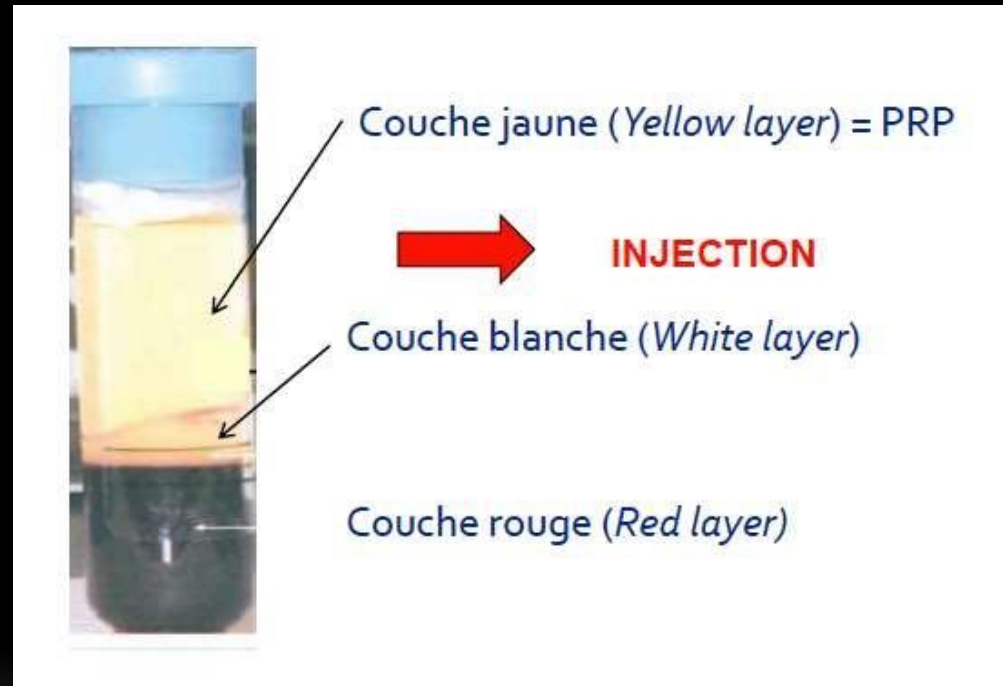
- CONTRôLER L'exsudat

- NÉGLIGER UN
DÉCOLLEMENT
cutané

- NÉGLIGER UNE
fistule

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- **PRP**
(plasma riche en plaquette)
- **Cellules souches**
(Stem Cell)



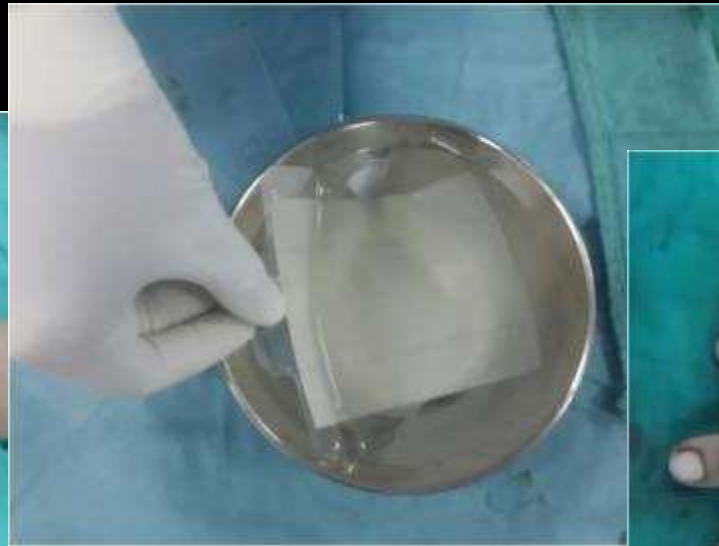
ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Membrane amniotique



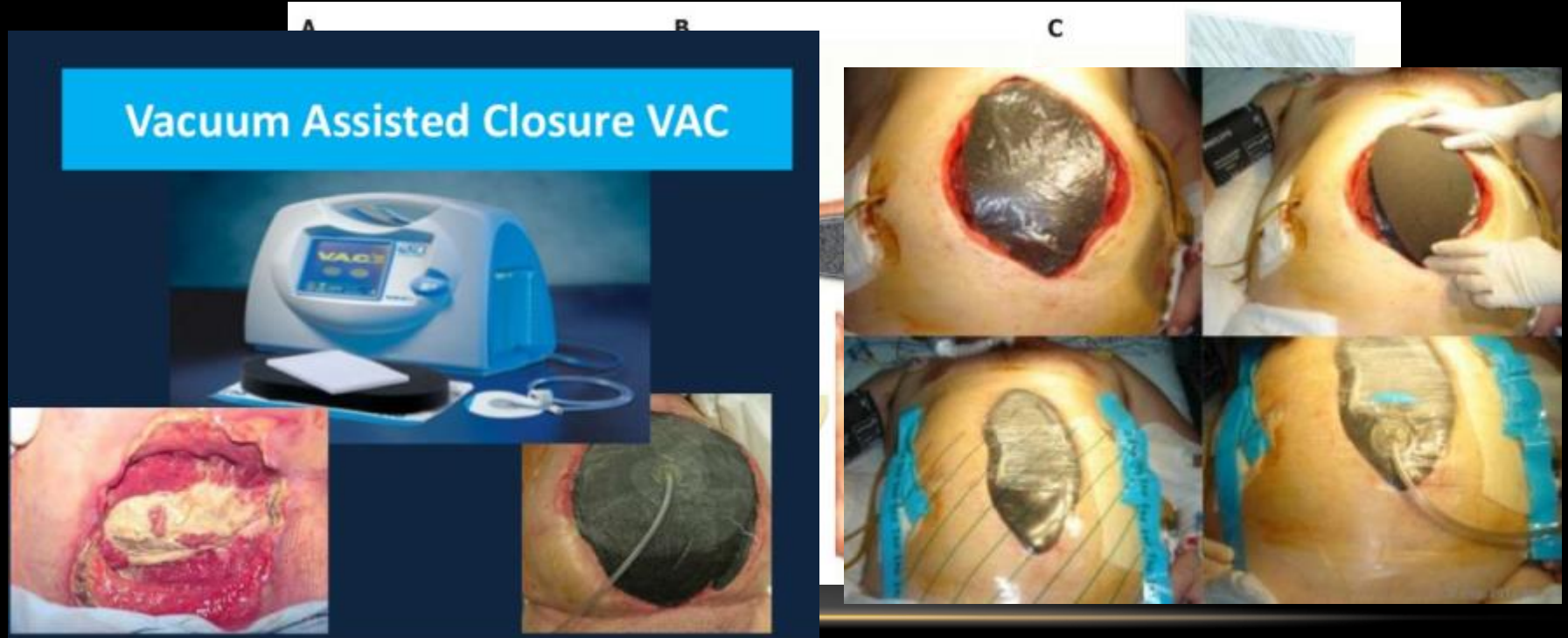
ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Derme artificielle



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)



J0



J21



Traitement par depression
type V.A.C® (vacuum assisted closure)

1



2



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- **Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)**
 - Méthode non invasive de traitement des plaies
 - Pression négative continue ou discontinue
 - Moteur aspiratif
 - Accélération ou réactivation du processus naturel de cicatrisation
 - Détersion de la plaie
 - Stimulation du bourgeonnement

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

- Buts :

- Favoriser la formation du tissu de granulation par :

- diminution de l'oedème et des exsudats formés dans la plaie
 - diminution de la colonisation bactérienne
 - amélioration de la circulation vasculaire et lymphatique (néoangiogénèse) et de l'oxygénation locale

- Rétraction de la plaie

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

- Indication

- Escarre après débridement

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- **Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)**

- **Contre-indications**

- Patient non collaborant ou agité
 - Problème d'hémostase
 - Fistules non explorées
 - Plaie infectée
 - Vaisseaux ou organes à nu
 - Plaie tumorale

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- **Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)**

Mise en place du pansement V.A.C.

- Matériel stérile
- Nettoyage de la plaie
- Utilisation de la mousse
- Pose d'un champ adhésif, étanche
- Mise en place du système d'aspiration
- Changement du V.A.C. toutes les 48 à 72 h

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.



ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- **Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)**

Avantages cliniques

- Grand nombre de plaies traitées
- Confort du patient
 - ✓ Matériel sécurisé par des alarmes
 - ✓ Réservoir de grande capacité
 - ✓ Fréquence de changement de pansements réduite
 - ✓ Continuité des soins à domicile
 - ✓ Meilleure qualité de vie

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

cas clinique



V.A.C pendant un mois

ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

- Système V.A.C (Vacuum assisted wound closure)

Mise en place du pansement V.A.C.

Traitement local de l'escarre

- ***Idées essentielles***

- Les antiseptiques ne doivent plus être appliqués systématiquement
- Nettoyage des plaies au sérum salé (ou à l'eau de robinet)
- Choisir le pansement adapté à la phase de cicatrisation
- La cicatrisation ne peut être obtenue que si on traite aussi les affections associées et les facteurs de retard de cicatrisation

FACTEURS INFLUENÇANT LA CICATRISATION

- L'âge
- L'infection
- L'état vasculaire
- L'hypoxie (insuffisance veineuse, anémie ...)
- Malnutrition
- Tabac
- Diabète
- Déficit immunitaire
- Corticoïdes, AINS

FACTEURS INFLUENÇANT LA CICATRISATION

- L'âge
- **L'infection**
- L'état vasculaire
- L'hypoxie (insuffisance veineuse, anémie ...)
- **Malnutrition**
- Tabac
- Diabète
- Déficit immunitaire
- Corticoïdes, AINS

CICATRISATION ET INFECTION

- **Contamination** : présence de bactéries sans multiplication
- **Colonisation**: multiplication des bactéries
- **Infection invasive**: multiplication des bactéries avec une réponse immunitaire de l'hôte et atteinte des zones et tissus sains

CICATRISATION ET INFECTION

COMMENT RECONNAÎTRE QU'UNE PLAIE EST INFECTÉE EN PRATIQUE ?

Signes cliniques	Autres signes
<ul style="list-style-type: none">-Abscess-Pus-Ecoulement important-Rougeur-Chaleur augmentée-Douleur-Induration, œdème-Lymphangite, adénite-Odeur-Fièvre	<ul style="list-style-type: none">-Retard de cicatrisation-Plaie atone-Plaie décolorée-Tissu de granulation friable-Résurgence d'une seconde plaie en périphérie
Signes biologiques	Prélèvements bactériologiques
<ul style="list-style-type: none">-Elévation de la CRP-Hyperleucocytose	<ul style="list-style-type: none">-Ecouvillonnage-Numération des germes-Biopsie

CICATRISATION ET INFECTION



Pourtour rouge érysipéloïde
Aspect verdâtre des lésions

CICATRISATION ET INFECTION



Piqueté nécrotique

CICATRISATION ET INFECTION



Aspect d'infection fongique

CICATRISATION ET INFECTION

→ en absence d'infection invasive :

- Ne plus utiliser d'éosine :
 - irritant,
 - allergisant,
 - masquant et asséchant
- Ne plus utiliser d'antiseptiques :
 - détruisent la flore bactérienne,
 - favorisent les résistances,
 - cytotoxiques,
 - Cartonnent la peau
 - retardent la cicatrisation,
 - allergisants
- Ne plus utiliser d'antibiotiques locaux :
 - Cytotoxiques
 - Allergisants

CICATRISATION ET INFECTION

- L'hygiène corporelle du patient +++:
 - laver à l'eau et savon puis rincer le membre porteur de plaie
 - douche avec eau du robinet, potable et non stérile
 - bien sécher, surtout dans les plis et entre les orteils

CICATRISATION ET NUTRITION



L'ESCARRE CHIRURGICALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ESCARRE

- **Indications :** Escarre stade 3 – 4
- **Deux étapes :**
 - **Excision large de la nécrose :**

Doit emporter tout le tissu nécrosé et fibrose, laissant des berges et un sous-sol sains et bien vascularisés. et En cas d'ostéite, une résection de l'os atteint est indispensable.
 - **Couverture de la perte de substance**
 - **La suture directe** en cas d'escarre ischiatique petite taille.
 - **La greffe cutanée** peut être indiquée si le bourgeon est de bonne qualité
 - **Les plasties cutanées** et lambeaux

Quelle escarre traiter
chirurgicalement ??

On ne traite pas une escarre, on traite
un patient porteur d'escarres

Escarre accident



Pathologie transitoire



Indication chirurgicale large

ESCARRE MALADIE



Pathologie chronique



Autonomie partielle

+

Nursing qualité



Indication
chirurgicale favorable

Sujet comateux

Sujet grabataire



Contre indication

- Excision – suture



- **Excision – suture**



- **Greffe cutanée :**



Greffe de peau mince pour couvrir une escarre ischiatique

- **Plastie locale :**



Plastie en LLL (Lambeau en L pour Losange) pour la couverture d'une escarre sacrée

- **Plastie locale :**



- **Lambeaux locorégionaux :**

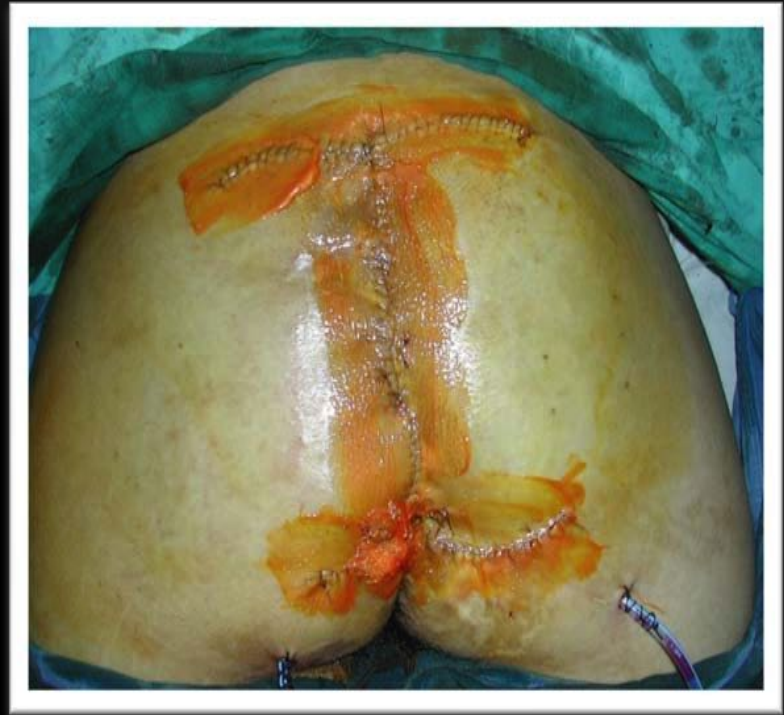


lambeau musculo-cutané des ischio-jambiers d'avancement en VY pour couvrir une escarre ischiatique

- **Lambeaux locorégionaux :**



- **Lambeaux locorégionaux :**



Lambeau musculo-cutané d'avancement bilatéral du grand fessier

- **Lambeaux locorégionaux :**



Lambeau musculo-cutané du tenseur de fascia lata pour escarre trochantérienne

COMPLICATIONS

COMPLICATIONS

- Étant elle-même une complication de décubitus, l'escarre peut se compliquer si des mesures rapides ne sont pas engagées.

COMPLICATIONS

- Étant elle-même une complication de décubitus, l'escarre peut se compliquer si des mesures rapides ne sont pas engagées.

A court terme:

- Infectieuses.
- Douleur.

COMPLICATIONS

plaie infectée

stades

faire



infection



ostéite

- DIAGNOSTIC
 - érythème, suppuration, œdème, odeur
- PRÉLÈVEMENTS
 - BACTÉRIOLOGIQUES
 - +/- HÉMOcultures
- CONTRÔLER L'exsudat
 - HYDROFIBRE OU ALGINATE
 - + CHARBON

COMPLICATIONS

plaie infectée

- **Infection \neq colonisation**
 - Multiplication des germes + réaction de l'hôte
 - $> 10^5$ germes/g de tissu
 - Flore mono microbienne
- **Colonisation bactérienne**
 - Constante dans les plaies chroniques
 - Utile à la détersion et cicatrisation
 - Flore poly microbienne
 - Absence de réaction de l'hôte

COMPLICATIONS

plaie infectée

- **Présence de 2 des signes suivants**
 - Rougeur
 - Sensibilité
 - Gonflement des bords de la plaie
- **Et 1 des signes suivants**
 - Germe isolé dans la plaie
 - Aspiration, ou biopsie
 - Germe isolé par hémoculture

COMPLICATIONS

plaie infectée

Écoulement nécrotique



- Rougeur
- Sensibilité
- Gonflement des bords de la plaie



COMPLICATIONS

- Étant elle-même une complication de décubitus, l'escarre peut se compliquer si des mesures rapides ne sont pas engagées.

A court terme:

- Infectieuses.
- Douleur.

COMPLICATIONS

- Étant elle-même une complication de décubitus, l'escarre peut se compliquer si des mesures rapides ne sont pas engagées.

A court terme:

- Infectieuses.
- Douleur.

A moyen terme:

- Dépression.
- La diminution progressive de l'autonomie du patient.
- La décompensation des tares pré-existantes .

COMPLICATIONS

- Étant elle-même une complication de décubitus, l'escarre peut se compliquer si des mesures rapides ne sont pas engagées.

A court terme:

- Infectieuses.
- Douleur.

A moyen terme:

- Dépression.
- La diminution progressive de l'autonomie du patient.
- La décompensation des tares pré-existantes .

A long terme:

- Troubles orthopédiques ou fonctionnels.
- transformations carcinomateuses

COMPLICATIONS



Ostéonécrose de la tête fémorale

COMPLICATIONS



Dégénérescence maligne d'une escarre trochantérienne

CONCLUSION

- La prise en charge des escarres est “**l'affaire de tous**”.
- le médecin, l'infirmier, le kinésithérapeute, le nutritionniste mais aussi, la famille du malade et le malade lui-même
- Ceci est le seul garant du succès du traitement, dispensant le patient d'une prise en charge chirurgicale lourde qui n'est pas toujours possible sur un terrain souvent précaire

Gestion des escarres

Une escarre: Qu'est ce que c'est?

C'est une plaie chronique formée sur une zone de la peau située entre un plan dur (lit, chaise...) et une saillie osseuse. C'est une affection qui peut très vite devenir grave et lourde de conséquences si elle n'est pas correctement prise en charge.

Comment la reconnaître ?

C'est une modification de la peau aux points d'appui. Elle passe par plusieurs stades : une rougeur non effaçable au doigt, une bulle, une abrasion voire une perte de substance plus ou moins profonde pouvant atteindre le muscle ou l'os.

Que faut-il faire devant une escarre constituée?

- Renforcer l'état général



Alimentation hyper calorique et hyper protidique

- Sur le plan local



-Patient sur un support adapté



-Matériel nécessaire



-Proscrire l'alcool, les produits colorés...



-Nettoyage au sérum salé



Application de crème adaptée au stade de l'escarre



Fermeture du pansement

Les gestes à adopter:

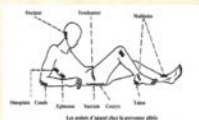
Chez tout patient alité, grabataire, confiné au fauteuil, comateux, un dépistage précoce de la constitution d'une escarre doit être la règle.

• Sur le plan général:

- Hygiène rigoureuse (eau tiède et savon doux) et un séchage après la toilette.
- Changement régulier des couches, une sonde peut être nécessaire.
- Traiter une infection et stabiliser une pathologie chronique : le patient ne doit pas oublier de prendre son traitement.

• Sur le plan local:

- Inspection régulière cherchant un érythème irréversible aux points d'appui.
- Changement de position toutes les 2 à 3 heures.
- Effleurage doux des zones à risque.
- Positionnement correct du patient.
- Utilisation d'un support adapté : matelas ou sur-matelas à air ou en mousse, et des accessoires (bottes, coussins...). Et bien tirer les draps pour ne laisser aucun pli.
- Débridement pour retirer les tissus nécrotiques source d'infection.
- Utilisation de pansements appropriés et adaptés au stade de l'escarre et à son aspect en se référant aux recommandations du médecin traitant.



À proscrire

- L'utilisation d'antiseptiques, d'alcool, d'antibiotiques locaux, de Bétadine®, d'Éosine ou autres produits colorés.
- Les massages vigoureux.
- L'application de glaçons ou d'air chaud.

Le traitement des escarres

Maîtriser les escarres

Elles sont une complication fréquente chez les patients alités, grabataires, confiné au fauteuil, comateux, un dépistage précoce de la constitution d'une escarre doit être la règle.

Comment les reconnaître ?

C'est une modification de la peau aux points d'appui. Elle passe par plusieurs stades : une rougeur non effaçable au doigt, une bulle, une abrasion voire une perte de substance plus ou moins profonde pouvant atteindre le muscle ou l'os.

Que faut-il faire devant une escarre constituée?

Maîtriser l'état général:



Alimentation hyper calorique et hyper protidique

Maîtriser le plan local:



les outils nécessaires



patient sur un support adapté



le nettoyage au sérum salé



le nettoyage au sérum salé



Application de crème adaptée au stade de l'escarre



Application de glaçons ou d'air chaud

C'est une complication fréquente chez les patients alités, grabataires, confiné au fauteuil, comateux, un dépistage précoce de la constitution d'une escarre doit être la règle.

Comment les reconnaître ?

- Hygiène rigoureuse (eau tiède et savon doux) et un séchage après la toilette.
- Changement régulier des couches, une sonde peut être nécessaire.
- Traiter une infection et stabiliser une pathologie chronique : le patient ne doit pas oublier de prendre son traitement.

Que faut-il faire devant une escarre constituée?

C'est une complication fréquente chez les patients alités, grabataires, confiné au fauteuil, comateux, un dépistage précoce de la constitution d'une escarre doit être la règle.



- Inspection régulière cherchant un érythème irréversible aux points d'appui.
- Changement de position toutes les 2 à 3 heures.
- Effleurage doux des zones à risque.
- Positionnement correct du patient.
- Utilisation d'un support adapté : matelas ou sur-matelas à air ou en mousse, et des accessoires (bottes, coussins...). Et bien tirer les draps pour ne laisser aucun pli.
- Débridement pour retirer les tissus nécrotiques source d'infection.
- Utilisation de pansements appropriés et adaptés au stade de l'escarre et à son aspect en se référant aux recommandations du médecin traitant.

À proscrire

- L'utilisation d'antiseptiques, d'alcool, d'antibiotiques locaux, de Bétadine®, d'Éosine ou autres produits colorés.
- Les massages vigoureux.
- L'application de glaçons ou d'air chaud.

CASUISTIQUE





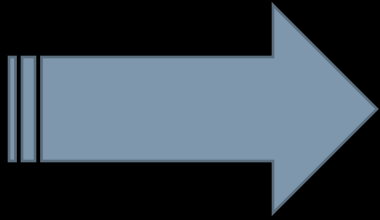








→ BIOPSIE +++++



**Donner prescription et conseils
pour escarre stade III**

CONCLUSION



Je vous remercie

Penser en
pansant