



PROCEDURE DE DEPISTAGE ET DE PREVENTION DES ESCARRES

Nb de pages : 12

Date de création
06/04/2013

Rédaction :
Dr R.ABADIE -Dr C.DOZE

Vérification :
Dr C.LAFONT

Validation :
Groupe FMC Gériatrie & Méd-Co

Références :
HAS 2001 & 2013

Date d'application

Version

Dates de révision

1- DEFINITION DE L'ESCARRE

L'escarre est une lésion cutanée d'origine **ischémique** liée à une **compression** des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (Définition établie en 1989 par le National PressureUlcer Advisory Panel (NPUAP).

2 - PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESCARRE ET ETIOLOGIE

2.1 - Les facteurs de risque mécaniques

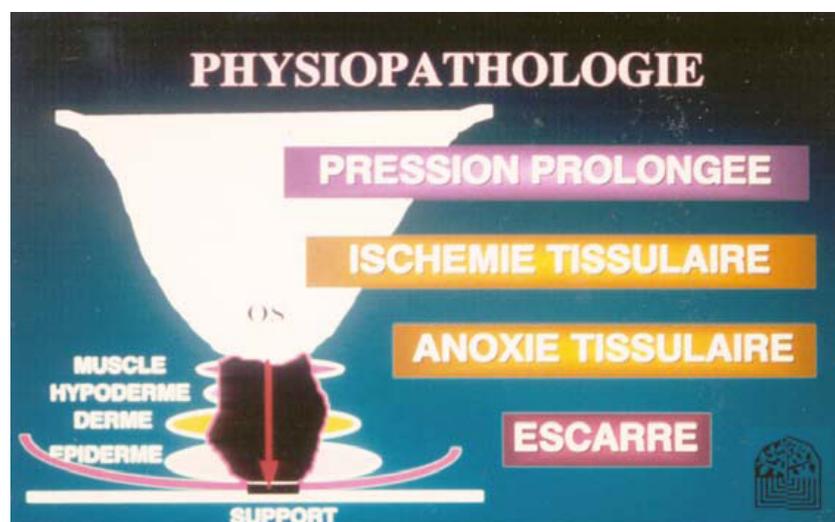
L'escarre reconnaît deux mécanismes principaux, et deux facteurs accessoires.
Les facteurs principaux sont la **pression prolongée** et les **forces de cisaillement**.
Les facteurs accessoires sont le **frottement** et la **macération**

- La pression prolongée

Il est possible de reproduire une escarre expérimentale chez l'animal en exerçant une pression prolongée sur une zone de tégument. L'escarre apparaît lorsque la pression exercée est supérieure à la pression de perfusion tissulaire. Plus l'intensité de la pression est importante et moins le temps d'application nécessaire pour produire une escarre est long. Ainsi une forte pression pendant une courte durée a les mêmes conséquences qu'une pression faible prolongée. Les muscles et les tissus sous-cutanés (graisse) sont plus sensibles à l'effet de la pression que les couches les plus superficielles de la peau (derme et l'épiderme). Ceci explique que les dégâts sont souvent plus importants en profondeur que ne laisse imaginer une simple rougeur superficielle (principe de « l'iceberg »).

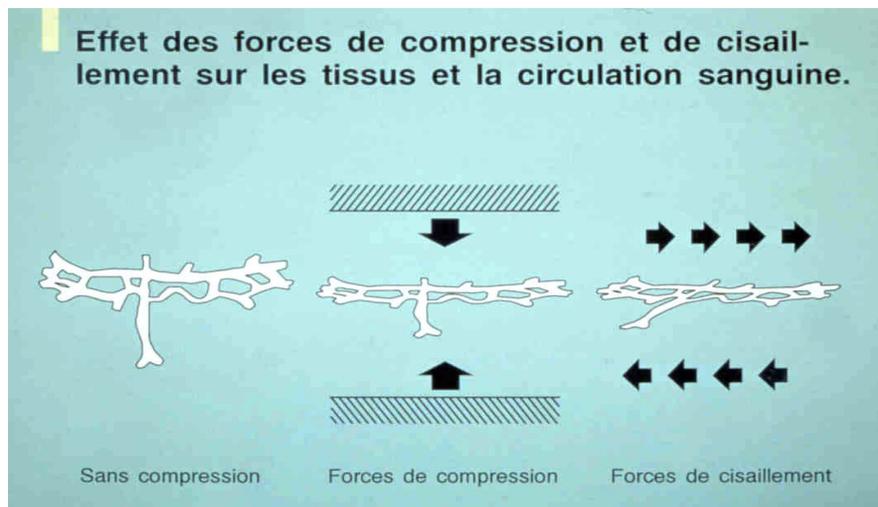
Que se passe-t-il en profondeur ?

La pression d'appui est supérieure à la pression de perfusion tissulaire. Cela entraîne une occlusion (fermeture) des petits vaisseaux, puis une ischémie, un oedème interstitiel et une nécrose anoxique des tissus cutanés et sous-cutanés (il n'y a plus d'oxygène qui alimente les tissus qui meurent). Un certain nombre de métabolites toxiques s'accumulent, favorisant la prolifération bactérienne. Ces deux derniers facteurs sont à la source de thromboses capillaires qui aggravent encore les phénomènes ischémiques locaux entraînant un véritable cercle vicieux.



- Les forces de cisaillement

Lorsque le patient est en position assise ou demi-assise, les tissus sous-cutanés sont soumis à des forces tangentielles de cisaillement résultant de l'opposition entre le poids du corps et la résistance opposée par la fixité de la peau. Le tissu graisseux glisse sur le plan profond des muscles et dilacère les vaisseaux situés à cet endroit (effet hamac). Ces forces s'observent surtout au niveau du sacrum et/ou des ischions



Deux autres facteurs viennent endommager la peau et la fragiliser : le frottement et la macération. Ils ne suffisent pas à eux seuls à être responsable de la formation d'escarres.

- **Le frottement** (forces de friction également tangentielles) est mis en jeu lors des brusques changements de position du patient. Il peut s'agir de mouvements spontanés du patient ou de mouvements mal adaptés lors des soins. Ces forces sont à l'origine de bulles et d'abrasion cutanée superficielle qui fragilise la peau et abaisse le seuil de tolérance de la pression.

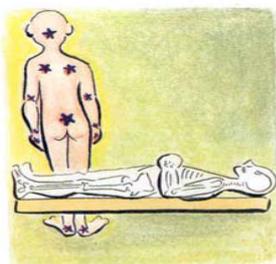
- **La macération** est la conséquence d'une humidité anormale de la peau lors de la transpiration et chez les malades souffrant d'incontinence urinaire et fécale. La macération favorise la pullulation microbienne et diminue la résistance des tissus.

2.2 - Les localisation des escarres

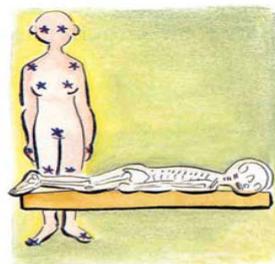
Les **principales localisations** sont par ordre de fréquence le **sacrum et les talons**.

Les localisations à risque sont celles où les proéminences osseuses sont apparentes.

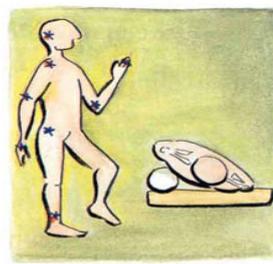
LES PRINCIPAUX POINTS D'APPUI



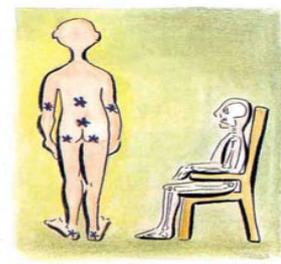
En position couchée
sacrum, talons, omoplates, occiput,
coudes, poignets, bord des mains



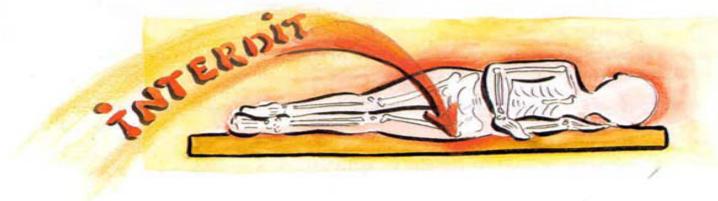
En position ventrale
pommettes, épaules, seins, pubis,
dos des mains, genoux, orteils



En décubitus latéral incliné à 30°
oreilles, épaules, coudes, trochanter,
malléoles, dos de la main



En position assise
coccyx, ischions, apophyses
épineuses, coudes, talons



La position latérale "sur la tranche" ou décubitus latéral "strict" risque de provoquer au niveau du trochanter une escarre très difficile à soigner.

2.3 - Les facteurs de risque liés aux pathologiques

Les escarres s'observent au cours de toutes les pathologies entraînant une immobilisation prolongée, souvent associées à des troubles de la sensibilité (qui empêchent de percevoir le signal d'alarme d'un appui trop prolongé : la douleur).

Certaines affections ont un risque élevé d'évolution vers la constitution d'escarres :

- **pathologies neurologiques** : comas prolongés, anesthésies prolongées, paraplégies, tétraplégies, hémiparalysies, neuropathies diabétique et éthylique...
- **pathologies vasculaires** : en particulier lors des états de choc, des décompensations cardiaques (syndrome de bas débit), ou au cours des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (talons, malléoles et bords du pied très exposés +++) ...
- **pathologies générales nécessitant un alitement** : infections sévères, pathologies articulaires inflammatoires ou orthopédiques (fractures) ...

Il existe un certain nombre de facteurs aggravants :

- des facteurs métaboliques : malnutrition, carences nutritionnelles et vitaminiques
- des facteurs de souffrance tissulaire : anémie, hypoxie
- cachexie (cancers, état terminal), ou obésité.

Enfin il existe des escarres « iatrogènes » :

- sous plâtre, liées à du matériel médical mal placé ou trop serré : attelles, gouttières, sondes urinaires, sondes à oxygène, sonde naso-gastrique...

2.4 – Cas particulier de la maladie d'Alzheimer

Dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé tous ces facteurs sont réunis :

- Déshydratation due à la perte de la soif, à la perte du geste de boire, aux troubles de déglutition, éventuellement associés à un diabète ou un traitement diurétique.
- Dénutrition secondaire aux altérations de la prise alimentaire, aux troubles de déglutition.
- L'immobilité est due à l'apraxie de marche, puis apraxie à se retourner dans le lit. Elle peut être aggravée par des fractures secondaires à des chutes, par une contention, par des médicaments destinés à calmer l'agitation ou l'agressivité.
- L'incontinence est également présente.
- Le patient ne prend plus soin correctement de son hygiène corporelle, ce qui favorise l'humidité et la macération.

3 – CLASSIFICATION DES ESCARRES

Classification clinique des escarres (APCPR)

Stade 0

Rougeur qui blanchit à la pression du doigt, que l'on appelle aussi hyperhémie réactionnelle. Cette rougeur disparaît en moins de 24 h, mais témoigne d'une réaction à la compression des tissus et doit entraîner la mise en place de mesures de prévention.

Stade 1 (Rougeur persistante)

Erythème ne blanchissant pas à la pression, sans effraction cutanée. En cas de peau plus pigmentée : modification de la couleur, œdème, induration

Stade 2 (Phlyctène/Ulcération superficielle/Désépidermisation)

Désépidermisation avec perte partielle ou dommage impliquant l'épiderme (phlyctène) et/ou le derme (Ulcération superficielle).

Stade 3 (Ulcération qui ne dépasse pas la fascia des muscles sous jacent)

Lésion cutanée intéressant toutes les couches de la peau, entraînant une souffrance ou une nécrose du tissu sous-cutané pouvant s'étendre au-dessous, mais ne dépassant pas le fascia des muscles sous-jacents.

Stade 4 (Nécrose avec atteinte profonde des muscles et des os sous jacents)

Destruction extensive, nécrose des tissus ou souffrance tissulaire au niveau du muscle, de l'os ou des structures sous-jacentes, avec ou sans perte de substance cutanée complète.

Notes :

- Aux stades 3 et 4, il peut exister de la **nécrose**, il faut préciser si elle est **sèche ou humide**
- Au stade 4, il faut préciser s'il existe des signes de gravité : **l'infection ou la fistule**

Classification de NPUAP

La classification des escarres la plus utilisée est celle de la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) de 1989. Les plaies y sont classées selon leur degré d'envahissement tissulaire sur une échelle qui varie du stade 1 au stade 4.

Stade 1	La peau intacte présente un érythème qui ne blanchit pas à la pression. La lésion peut aussi se manifester par une décoloration de la peau, de la chaleur ou une induration	
Stade 2	Altération superficielle de la peau touchant l'épiderme ou le derme. La plaie se présente comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération	
Stade 3	Atteinte complète de la peau touchant le tissu sous-cutané. La plaie se présente comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants	
Stade 4	Toute l'épaisseur de la peau est touchée avec destruction et nécrose importante atteignant les muscles, les os, les tendons ou les articulations. On retrouve souvent des fistules associées	

4- OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE

L'évaluation du risque d'escarres repose, d'une part sur l'**expérience clinique** des soignants, d'autre part sur des **échelles d'évaluation**. En institution, l'**échelle de NORTON** est la plus simple à employer comme échelle à risque.

Dans l'échelle de Norton, 5 variables sont utilisées :

- l'état général
- l'état mental
- l'activité-autonomie
- la mobilité
- l'incontinence.

ECHELLE D'ÉVALUATION DE NORTON

A Etat général	B Etat mental	C Activité Autonomie	D Mobilité	E Incontinence	Utilisation pratique : 1) Evaluer la condition du patient et noter de 1 à 4 sous chaque tête de chapitre de A à E. 2) Additionner les scores. 3) Un total de 16 ou au-dessous indique un patient à risque*. Des mesures préventives doivent être prises. Plus le total est faible, plus le risque est grand. 4) Réévaluer le patient régulièrement. Les cinq catégories de base sont : condition physique, condition mentale, activité, mobilité, continence. <i>De : Norton D. et coll. An investigation of geriatric nursing problems in hospital ; Edinburgh : Churchill Livingstone, 1962</i>
Bonne 4	Bon 4	Sans aide 4	Totale 4	Aucune 4	
Moyen 3	Apathique 3	Avec aide 3	Légèrement limitée 3	Incontinent occasionnel 3	
Mauvais 2	Confus 2	Mis au fauteuil 2	Très limitée 2	Incontinent urinaire 2	
Très mauvais 1	Inconscient 1	Totalement alité 1	Immobile 1	Incontinence urinaire et fécale 1	
A :	B :	C :	D :	E :	

Interprétation du résultat du score de Norton

Plus le score est bas, plus le risque est grand.

Trois catégories de risque peuvent être différenciées :

≤ 11 risque très élevé

12 à 14 risque élevé

≥ 15 risque faible

5 - PROTOCOLE GENERAL DE LA PREVENTION DES ESCARRES

5.1 Protocole de prévention en fonction du résultat du score de Norton

Score de Norton ≥ 15 (risque faible)	<p>→ Inspecter les points d'appui 1 fois par jour</p> <p>→ Encourager la mobilisation</p> <p>→ Maintenir une peau propre</p> <p>→ Faire un nouveau score de Norton si l'état de la personne âgée se modifie</p> <p>→ le malade peut être mis sur un matelas normal et pas forcément de coussin sur le fauteuil sauf pour le confort du malade</p>
Score de Norton entre 12 et 14 (risque élevé)	<p>→ Mettre un support matériel d'aide à la prévention :</p> <ul style="list-style-type: none">• pour le lit: Matelas anti-escarre statique• pour le fauteuil (coussin anti-escarre en gel ou en mousse) <p>→ Inspecter les points d'appui 2 fois par jour</p> <p>→ Réaliser les transferts sans force de frottement ou de cisaillement</p> <p>→ Posturer le malade toutes les 3 heures la journée, toutes les 4 heures la nuit (Mettre en place une <i>fiche de positionnement</i>)</p> <p>→ Activer la procédure de dépistage et de prévention de la dénutrition</p> <p>→ Faire un score de Norton toutes les semaines</p> <p>→ Encourager et faire participer la personne âgée</p>
Score Norton ≤ 11 (risque très élevé)	<p>→ Mettre un support matériel d'aide à la prévention :</p> <ul style="list-style-type: none">• pour le lit: Matelas anti-escarre dynamique• pour le fauteuil : Coussin anti-escarre à air statique à défaut en mousse. <i>Le gel ne doit pas être utilisé chez ce type de patient à risque</i> <p>→ Inspecter les points d'appui 3 fois par jour</p> <p>→ Réaliser les transferts sans force de frottement ou de cisaillement</p> <p>→ Posturer le malade toutes les 3 heures la journée, toutes les 4 heures la nuit (Mettre en place une <i>fiche de positionnement</i>)</p> <p>→ Activer la procédure de dépistage et de prévention de la dénutrition</p> <p>→ Faire un score de Norton 1 à 2 fois par semaine</p> <p>→ Encourager et faire participer la personne âgée</p>

Note : Ces recommandations seront toujours adaptées à l'état du malade et aux objectifs de soins (cas particuliers : malade en fin de vie, fracture instable)

5.2 Règles générales de la prévention des escarres

L'hygiène corporelle

-Objectifs :

Conserver la peau en parfait état d'intégrité et de propreté.

-Moyens :

- ▶ Toilette complète quotidienne : bien rincer, bien sécher.
- ▶ Toilette intime lors des changes.
- ▶ Faire des changes de couches plus fréquents afin d'éviter la macération.
- ▶ Eviter les plis des vêtements.
- ▶ Draps propres, sans plis, sans débris alimentaires.
- ▶ Si sonde urinaire, passer la sonde sur la cuisse.
- ▶ Si perfusion, passer la tubulure sur le membre.
- ▶ Effleurage de tous les points d'appui avec un produit restaurant le film protecteur hydro lipidique de la peau et accélérant le renouvellement des cellules de l'épiderme.
- ▶ Signaler aux infirmières toute rougeur ou plaie.

Mobilisation

-Objectifs :

Diminuer la durée des points de compression du corps et améliorer la vascularisation des tissus.

-Moyens :

- ▶ Faire des levers dès que possible ou auto soulèvements réguliers,
- ▶ Mettre en place les supports matériels d'aide à la prévention :
 - un coussin anti-escarre sur le fauteuil ou attelles de mousse,
 - un matelas anti-escarre adapté au cas,
 - un arceau protégé pour éviter le poids des couvertures et éviter l'équinisme.
 - les repose-pieds pour éviter l'équinisme,
 - un coussin entre les jambes pour éviter un point de compression,
- ▶ Faire des changements de position toutes les 3 h, même la nuit, et les noter sur la feuille de positionnement accrochée en chambre,
- ▶ Protéger le matériel pouvant présenter des risques d'altération de la peau tels que plâtres, barrières de lit, attaches diverses...

L'hygiène alimentaire (Activation du protocole Dénutrition)

-Objectifs :

Assurer une hydratation correcte et satisfaisante, ainsi qu'un apport hypercalorique et hyperprotidique.

-Moyens :

- ▶ Donner à boire lors de chaque passage en chambre.
- ▶ Si fausses routes, donner au moins 4 pots d'eau gélifiée de 125 gr par jour.
- ▶ Noter la quantité d'eau donnée sur la feuille d'alimentation et faire le bilan hydrique en fin de journée.
- ▶ Donner au moins un complément alimentaire hyperprotidique par jour si le repas n'a pas été correctement pris.
- ▶ Favoriser les produits laitiers.
- ▶ Transmettre aux infirmières la prise ou non du repas, ainsi que le bilan hydrique.

Principes des massages

Les massages trophiques avec pétrissage et décollement des plans cutanés **SONT A PROSCRIRE**.
Ils sont reconnus néfastes ainsi que le séchoir / glaçon.

-En préventif :

Le massage traditionnel doit laisser place à un massage nettement moins agressif à type d'effleurage des proéminences osseuses dans un but :

- . essentiellement de confort, de soins relationnels ;
- . d'inspection des zones à risques.

-Face à la rougeur persistante :

Au premier stade de l'escarre, tout massage est à proscrire, car la rougeur dissimule des dégâts tissulaires importants (résultants de la pression) au niveau des couches profondes de la peau.

PRESSION ⇒ fermeture capillaire réactionnelle : hypoxie



Dilatation maximale des capillaires pour essayer
d'augmenter le débit sanguin

=

ROUGEUR



La rougeur disparaît
à la suppression de l'appui

Massage superficiel non traumatisant
= geste de confort



La rougeur ne disparaît pas



Pas de massage car danger
Masser traumatise les vaisseaux
et entraîne une extravasation des
substances intra vasculaires
produites par l'ischémie

⇒ Aggravation supplémentaire

5.3 Critères du choix d'un support de lit anti-escarre

La classification en concepts permet de rassembler selon un même mode d'action tous les supports (matelas et sur-matelas) ayant les mêmes objectifs et globalement les mêmes performances :

- **Concept 1** : support statique en matériau qui se conforme au patient (mousse)
- **Concept 2** : support dynamique travaillant de façon discontinue (alternating)
- **Concept 3** : support dynamique travaillant de façon continue (matelas basse pression)

Le choix d'un support relève de l'équipe soignante qui doit s'appuyer sur des critères de choix explicites. La stratégie de choix d'un support repose sur les facteurs de risques et les caractéristiques du patient, les ressources humaines et matérielles disponibles, les contraintes d'organisation.

- Les critères de choix d'un matelas ou d'un sur-matelas sont les suivants :
 - niveau de risque
 - nombre d'heures passées au lit
 - degré de mobilité du patient
 - fréquence des changements de position
 - possibilité de les réaliser (effectifs en personnel)
 - transfert lit-fauteuil possible ou non, nécessaire ou non

SUPPORT PROPOSÉ	CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT
Sur matelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 heures par jour au lit.
Sur matelas dynamique (système alterné)	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque d'escarre 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 (> stade II) et ne pouvant bouger seul au lit et qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour, avec une aggravation de son état.

Note : En cas d'utilisation d'un matériel dynamique, il est nécessaire de respecter les consignes d'utilisation (temps de gonflage du support, fonctionnement de l'alarme) (consulter les fiches techniques).

6 – ORGANISATION DU DEPISTAGE DU RISQUE D'ESCARRE

Quand réaliser le test ?

- Systématiquement à l'**admission**
- Après un **retour d'hospitalisation**
- **Bi-annuellement lors du PVI**
- **Mensuellement pour les résidents déjà testés à risque ou présentant une escarre en cours de traitement ou après modification de la prise en charge**
- **Contextuellement** lors de toute **modification de l'état de santé** de la personne (notamment en cas de fièvre, infection, affection pulmonaire, hypotension, incontinence, troubles circulatoires artériels ou veineux)

Qui doit le réaliser ?

- Les aides-soignantes et les infirmières car ce sont eux qui vont mettre en place les principales actions de prévention.

Où cela doit-il figurer ?

- Dans le dossier de soins.

Quelles conséquences ?

- Le **médecin traitant sera informé** du résultat de cette évaluation pour les situations à risque.
- L'infirmière coordinatrice établit la **liste des résidents à risque d'escarre** ainsi que les **mesures préventives appropriées préconisées** en collaboration avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Il faut se servir du protocole général pour réaliser **un plan de soin individualisé**.
- A chaque évaluation du risque d'escarre chez un patient, l'équipe doit réfléchir à la meilleure stratégie de soins préventive.

Note : l'absence d'identification des patients à risque et l'absence de mise en œuvre d'actions préventives sont considérées comme une négligence des professionnels.

