

Item 50 : Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge : escarre

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	3
I Étiologie.....	4
I.1 Escarre de décubitus.....	4
I.2 Escarre : complication.....	4
II Clinique.....	4
II.1 Siège.....	4
II.2 Stades évolutifs	5
II.3 Complications	6
III Prévention.....	7
III.1 Facteurs de risque	7
III.2 Mesures de prévention.....	8
III.2.1 Réduction des durées d'appui.....	8
III.2.2 Mesures d'hygiène	8
III.2.3 Diminution des phénomènes compressifs par un support adapté.....	9
IV Traitement.....	10
IV.1 Traitement de l'escarre proprement dite.....	10
IV.2 Traitements des facteurs associés	11
IV.3 Planification des soins posthospitaliers	11
Points Essentiels	12

OBJECTIFS

ENC :

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Une *conférence de consensus* sur ce sujet a eu lieu en 2001. Elle est disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>.

Une *escarre* est une nécrose ischémique des tissus compris entre le plan du support sur lequel repose le sujet et le plan osseux. D'autres facteurs complètent l'action nocive de la compression.

L'escarre est plus fréquente chez la personne âgée.

Selon sa gravité, elle met en jeu la fonctionnalité, le maintien à domicile et le pronostic vital.

Il existe 240 000 personnes porteuses d'escarres par an en France, soit 3 % des malades hospitalisés (mais 22 % au-delà de 65 ans). Le coût direct en soins a été évalué à 350 euros par mois et le coût indirect à 15 000 euros par escarre en 1994.

L'escarre peut être prévenue dans une grande majorité de cas.

Physiopathologie

ISCHÉMIE DES TISSUS CUTANÉS

L'escarre est provoquée par une compression forte et/ou prolongée des parties molles sur le plan osseux sous-jacent.

La compression prolongée des tissus mous, supérieure à la pression de perfusion capillaire, entraîne une ischémie tissulaire superficielle et profonde rapidement irréversible.

Des forces de cisaillement peuvent s'associer en particulier lors de position assise instable. Les frottements et la macération rendent la peau plus sensible.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Le sujet qui ne ressent plus la gêne, l'inconfort de la position couchée prolongée, ne mobilise plus spontanément ses points d'appui (rachis, os iliaques, calcanéums). La pression entre les os et la surface cutanée détermine une stase vasculaire et la constitution de thromboses, d'où la nécrose cutanée et le sphacèle.

I ÉTIOLOGIE

I.1 ESCARRE DE DECUBITUS

L'escarre de décubitus est la plus fréquente. Elle est liée à l'immobilisation prolongée. Ainsi un accident aigu, un accident vasculaire cérébral ou une fracture du col fémoral sont responsables de la moitié des escarres du sujet âgé.

À tout âge, une immobilisation prolongée peut être responsable d'escarres, en particulier chez les comateux, les paraplégies post-traumatiques (accidents de la voie publique, traumatismes sportifs, chutes...), les malades souffrant d'affections internes graves (soins intensifs, réanimation, gériatrie).

I.2 ESCARRE : COMPLICATION

L'escarre peut aussi faire figure de complication des atteintes sensitives lors d'affections neurologiques non traumatiques (diabète, éthyliste, autre neuropathie). Elles peuvent être iatrogènes (sous plâtre, postopératoire).

Toute maladie entraînant une phase d'immobilisation prolongée ou responsable d'une altération grave de l'état général est à considérer à risque.

II CLINIQUE

II.1 SIEGE

Les zones de prédilection sont représentées par les zones d'appui avec une faible épaisseur de revêtement cutané. Par ordre de fréquence décroissante :

- les talons ;
- la région sacrée ;
- les régions trochantériennes et ischiatiques ;
- les malléoles ;
- plus rarement atteintes scapulaires, des coudes, de la nuque...

II.2 STADES EVOLUTIFS

L'escarre évolue en plusieurs phases :

- *stade 0* : peau intacte mais risque d'escarre ;
- *stade I* : érythème avec œdème périphérique persistant à la levée de l'appui ;
- *stade II* : apparition de phlyctènes sur fond érythémateux (surtout observé sur les régions talonnières). Leur contenu peut être séreux ou hémorragique (Figure 1). Elles correspondent à une atteinte de l'épiderme et du derme. *Ces deux stades sont encore réversibles avec les techniques de soins et de prévention ;*
- *stade III* : stade de l'escarre proprement dite, avec un aspect noirâtre, cartonné du tégument entouré d'une bordure érythémateuse et œdémateuse (Figure 2). Il correspond à une atteinte de toute l'épaisseur de la peau. La lésion n'est pas douloureuse. On distingue parfois un écoulement séropurulent ;
- *stade IV* : l'escarre atteint les tissus profonds. Après élimination ou nettoyage des zones nécrosées, la lésion est une ulcération à bords irréguliers, très profonde, au fond de laquelle on peut apercevoir la surface osseuse sous-jacente.

Figure 1 : Escarre du talon, avec une bulle hémorragique (stade II)

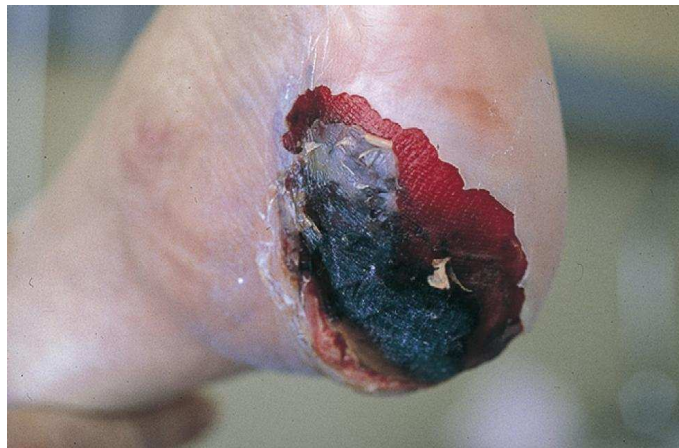


Figure 2 : Escarre sacrée (stade III)



II.3 COMPLICATIONS

Les *complications à court terme*, sont surtout infectieuses, en fonction de la proximité d'émonctoires naturels, de l'état des défenses du malade, du type des soins antérieurs.

Comme sur toute plaie chronique, la colonisation par des germes bactériens est constante, sans conséquence obligatoire pour la cicatrisation.

Pour le diagnostic d'infection, il faut tenir compte des signes inflammatoires locaux, de la fièvre, de la nature et de la densité des bactéries rencontrées.

La biologie (numération-formule sanguine, protéine C réactive) est un argument supplémentaire.

La présence de l'os au fond de la plaie ou d'une articulation fait suspecter une ostéite ou une arthrite dont la preuve peut être difficile à établir (radiographies, IRM, biopsie chirurgicale). Des *septicémies* à point de départ de l'escarre ne sont pas rares.

Les *complications à moyen terme* sont celles de l'hospitalisation prolongée des sujets âgés, avec augmentation de la perte d'autonomie, aggravation de troubles psychiques, en particulier syndrome dépressif, complications iatrogènes, difficulté du retour à domicile et donc augmentation du risque de dépendance, décompensation de « tares » en particulier d'un diabète, décès.

À *plus long terme*, les escarres, selon leur siège, peuvent créer des troubles orthopédiques ou fonctionnels.

III PREVENTION

On ne peut parler de traitement de l'escarre de décubitus sans insister sur l'importance de la prévention et des mesures prophylactiques. Toute personne s'occupant de malade à risque a un devoir d'alerte. La prévention de l'escarre est une urgence, sa présence indiquant un défaut de vigilance.

III.1 FACTEURS DE RISQUE

À côté des deux facteurs majeurs que sont une mobilité réduite et des troubles sensitifs, de nombreux autres facteurs favorisent l'apparition des escarres (Tableau 1).

Tableau 1 : Facteurs de risques pour la survenue d'escarres

Facteurs explicatifs locaux (risque extrinsèque)	Immobilité Hyperpression Cisaillement Frottement Macération
Facteurs explicatifs généraux (risque intrinsèque)	Âge État nutritionnel État physiologique général Incontinence urinaire et/ou fécale État cutané Pathologie neurologique Pathologies vasculaire et circulatoire Pathologies métabolique et nutritionnelle (diabète, obésité)
Facteurs prédictifs	Immobilité Dénutrition

Les facteurs de risque peuvent être évalués selon des échelles. La plus simple est l'échelle de Norton (Tableau 2).

Tableau 2 : Échelle de Norton

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence	Score
Excellente	Alerte	Ambulant	Complète	Continent	4
Bonne	Apathique	Aide à la marche	Légèrement limitée	Occasionnelle	3
Passable	Confusion	Confiné(e) au fauteuil	Très limitée	Urinaire	2
Mauvaise	Stupeur	Alité(e)	Immobile	Urinaire et fécale	1

Échelle de Norton. Appliquer le score correspondant à chaque case. Un score < 16 indique un patient à risque de développer une escarre.

III.2 MESURES DE PREVENTION

Les mesures prophylactiques doivent être systématiquement envisagées dès que l'état de santé d'un malade nécessite un décubitus prolongé. Elles doivent tenir compte du pronostic fonctionnel chez le malade, de ses perspectives de verticalisation, de son état de déchéance éventuel. Le personnel infirmier doit être prévenu de ces mesures et de leur importance ; c'est lui qui aura l'essentiel de la responsabilité de la prophylaxie.

Trois mesures apparaissent nécessaires.

III.2.1 Réduction des durées d'appui

Il ne faut pas tolérer une immobilité totale de plus de 3 heures au lit, 2 heures en fauteuil, et donc faire procéder à une mobilisation passive du patient par le personnel de soins de façon très régulière. Les positions de références sont : décubitus dorsal, décubitus semi-latéral gauche et droit, position assise. Les positions de décubitus semi-latéral doivent être stabilisées par des coussins de mousse. La position assise doit être stabilisée et faire que l'appui concerne aussi les faces postérieures des cuisses.

III.2.2 Mesures d'hygiène

Il faut assurer la propreté minutieuse du lit et l'hygiène rigoureuse du patient, le changer dès qu'il se souille, pour éviter macération et pullulation microbienne. Les massages des zones d'appui à type d'effleurage, longtemps préconisés en prévention sur peau saine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les massages « effleurés » ou appuyés sont plus dangereux qu'utiles dès que la peau est altérée (stade I et au-delà).

III.2.3 Diminution des phénomènes compressifs par un support adapté

Tableau 3 : Matériel de prévention des escarres

Type de support	Avantages	Inconvénients
Matelas gonflement alterné air	Coût, utilisation facile	Inconfort (enveloppe, bruit moteur)
Matelas et surmatelas eau	Sensation instabilité	Température eau
Matelas mousse découpée	Répartition des appuis	Housse adaptée
Surmatelas air statique	Répartition des appuis	Instabilité
Surmatelas fibres siliconées	Répartition des appuis	Instabilité
Matelas d'air	Répartition des appuis	Coût

Tableau 4 : Critères de choix d'un support de lit (Conférence de consensus 2001)

Support proposé	Caractéristiques du patient
Surmatelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 h/j 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 h/j au lit
Surmatelas 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 h/j 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 n'ayant pas changé de position quand il est au lit où il reste plus de 20 h/j ; son état s'aggravant

Les surmatelas à eau, à gonflement alterné d'air ou à air statique sont utilisés. Ils sont à réserver aux malades ayant un risque important d'escarre (score de Norton < 10). Ils ont chacun des inconvénients et leur mauvais emploi peut être préjudiciable. Les mousses découpées sont confortables, d'installation facile et assurent une bonne répartition des pressions. Les coussins en mousse sont utiles chez les patients assis au fauteuil.

IV TRAITEMENT

IV.1 TRAITEMENT DE L'ESCARRE PROPREMENT DITE

Les mesures de prévention continuent à s'appliquer, un support adapté doit être systématiquement utilisé (cf. Tableau 4). Il peut s'agir d'un support statique ou dynamique (lit à coussins d'air, lit fluidisé).

Le *lit fluidisé* est utile chez des patients avec escarre constituée ou après chirurgie. Il s'agit d'une cuve remplie de microsphères de céramique qui sont sans cesse brassées par un courant d'air chaud permettant, ainsi, une répartition harmonieuse et utile de l'appui. L'air chaud assèche les lésions suintantes et a aussi un effet antiseptique. Ce lit fluidisé est difficilement adaptable à la prévention de l'escarre à domicile, mais sa location permet une utilisation plus large.

Le *traitement local* est celui d'une plaie profonde. Les soins d'hygiène sont pratiqués au mieux sur des lit-douches qui permettent une meilleure préhension du malade et une ergonomie adaptée pour les soignants. La détersion utilise des alginates, des hydrogels ou des hydrofibres en complément d'une détersion au bistouri ou au ciseau des tissus nécrotiques. Les autres pansements sont utilisés en fonction de l'état de la plaie (Tableau 5). Ils ont été validés par des études comparatives. Les berges saines doivent être protégées.

La *chirurgie* permet de combler partiellement ou totalement l'escarre par des lambeaux. Elle nécessite une structure de suivi adaptée. Des greffes sont utiles pour diminuer le temps d'épidermisation.

Après cicatrisation, il faut rester vigilant chez ces malades exposés au risque de récurrence, en raison de la diminution d'épaisseur de la zone cicatrisée et de la sensibilité aux traumatismes.

Tableau 5 : Types de pansements disponibles en fonction de l'état de la plaie

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

IV.2 TRAITEMENTS DES FACTEURS ASSOCIES

Il faut surveiller les troubles hydroélectrolytiques et corriger les états de dénutrition. Ceci nécessite un apport alimentaire d'au moins 2 000 cal/j chez l'homme, de 1 600 cal/j chez la femme, enrichi en protéines (au moins 1g/kg/j). Elle est faite par l'alimentation normale, avec éventuellement des compléments nutritifs, voire par sonde gastrique.

IV.3 PLANIFICATION DES SOINS POSTHOSPITALIERS

L'éventuel retour à domicile est préparé en concertation entre les acteurs de santé de l'hôpital et du domicile, et la famille.

Il faut favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres par une information et des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre (autosurveillance, autosoulèvement).

POINTS ESSENTIELS

- **L'escarre est une nécrose ischémique par compression de la peau et des tissus mous sous-cutanés.**
- **Elle suppose deux facteurs pathogènes : immobilité et non perception de la douleur.**
- **C'est le plus souvent une complication du décubitus chez une personne âgée alitée pour une maladie aiguë.**
- **Des échelles de prédiction (échelle de Norton) permettent le repérage des malades à risque de développer une escarre.**
- **Sa prévention est une urgence de la vigilance du personnel soignant.**
- **Le traitement préventif comporte 3 mesures bien codifiées : changements de position, mesures d'hygiène, adaptation des supports.**
- **L'infection (fréquente) doit être différenciée de la colonisation bactérienne (constante).**
- **Dans l'escarre constituée le traitement curatif est indissociable de la poursuite des mesures préventives.**