



20^e CONGRES NATIONAL DE REANIMATION

20 - 21 Novembre 2015 - Hôtel Le Royal Hammamet

Prise en charge des escarres en réanimation

Dr Rahmani.I, Pr Messadi.A
Service de Réanimation des Brûlés

**Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben
Arous**

plan

- Définition
- Epidémiologie
- Physiopathologie: Mécanismes d'apparitions
- Classification
- La prise en charge
 - Prévention
 - L'équilibre nutritionnel
 - Traitement de l'escarre
- Conclusion



définition

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

National Pressure Ulcer Advisory Panel (1989)

- ❖ Un nombre de facteurs favorisant ou aggravant sont souvent associés :
 - ❖ Facteurs extrinsèques : humidité, corps étrangers, adhésifs, pansements
 - ❖ facteurs intrinsèques : dénutrition, déshydratation,
 - ❖ La négligence
- ❖ Prise en charge multidisciplinaire: médecin, chirurgien, kinésithérapeute, infirmiers, aide-soignant

■ 3 types d'escarres :

- « **accidentelle** » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience
- « **neurologique** » :
 - conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ou sensitive
 - Topographie surtout sacrée ou trochantérienne
 - Risque de récurrence élevée
- « **plurifactorielle** » :
 - Confinement lit/fauteuil
 - Polypathologie
 - Réanimation
 - Gériatrie
 - Soins palliatifs

➔ **Localisations multiples, pronostic vital**

épidémiologie

• **En France :** la prévalence chez les hospitalisés : 8,6 %

l'incidence est de 4,3%

L'age moyen : 75 ans

	prévalence	incidence
court séjour hors réanimation	7%	3,2%
réanimation	-	22,6%
soins de suites	7%	2,5%
long séjour	10,1%	5,8%
maison de retraite	4,3%	2,8%

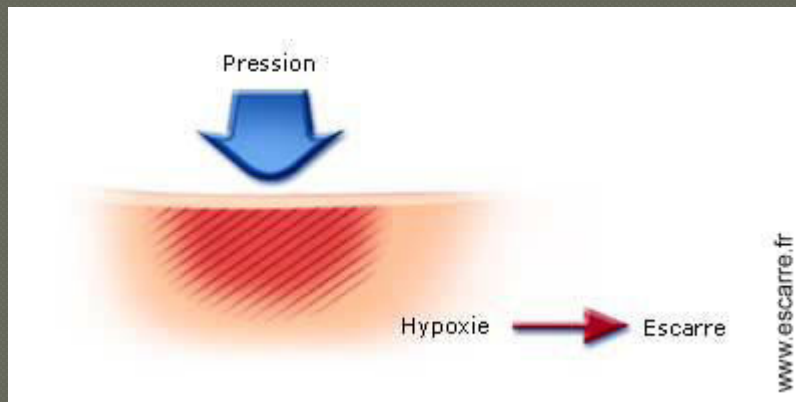
80,7 PERSE 2004

épidémiologie

- **LES CONSEQUENCES SOCIO ECONOMIQUES ++++**
- Elle alourdit la prise en charge et le cout
- En France : 4500€ de surcout
 - ◉ **escarre au stade II : entre 10 et 30 Jours de soins.**
 - ◉ **au stade III : entre 30 et 180 jours,**
 - ◉ **au stade IV : peut atteindre un an**
 - ◉ **Toute escarre constituée prolonge en moyenne la durée d'hospitalisation de quatre mois et demi.**
- . *[80,7 PERSE 2004]*

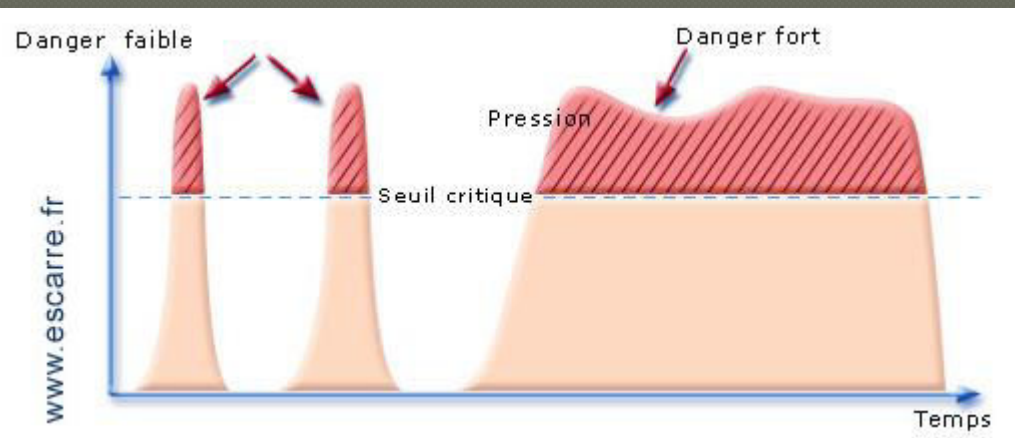
physiopathologie

Le premier mécanisme : la pression



Une hypoxie tissulaire résulte de l'ischémie des vaisseaux sanguins soumis à **une pression** entretenue ou répétée .

Seuil de pression?



Le Facteur Temps ++++

1 heure pour la racine nerveuse

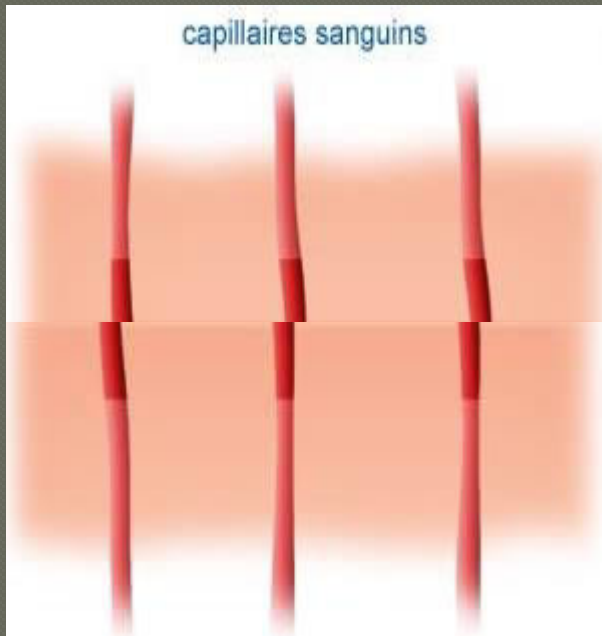
2 heures pour le muscle

30 heures pour les os

physiopathologie

Le deuxième mécanisme:

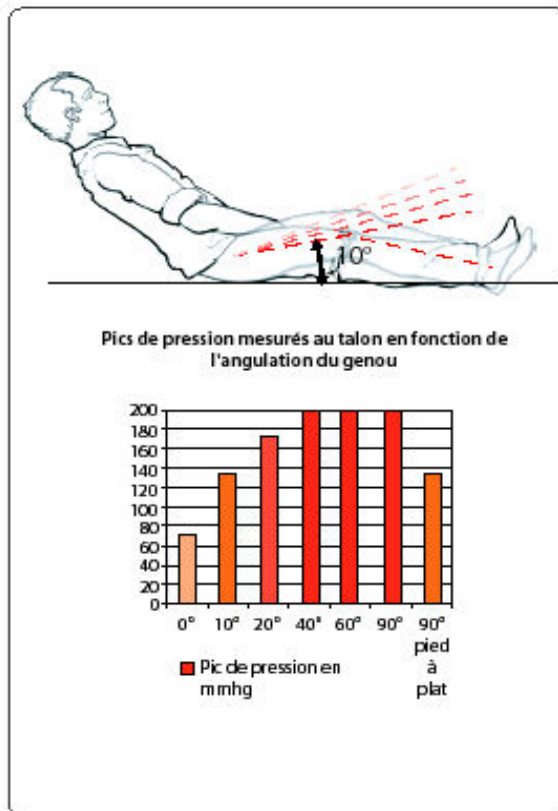
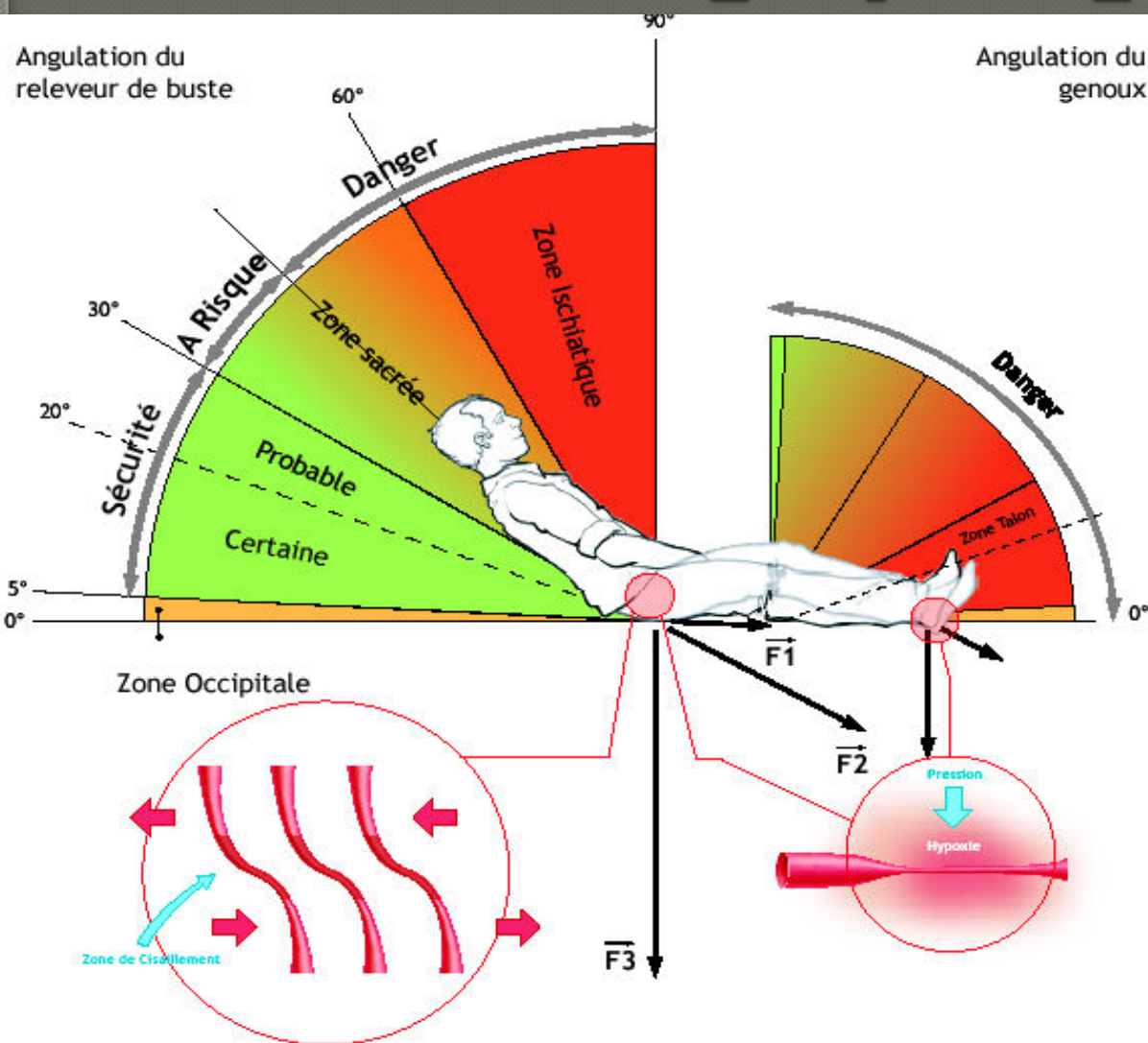
Le cisaillement



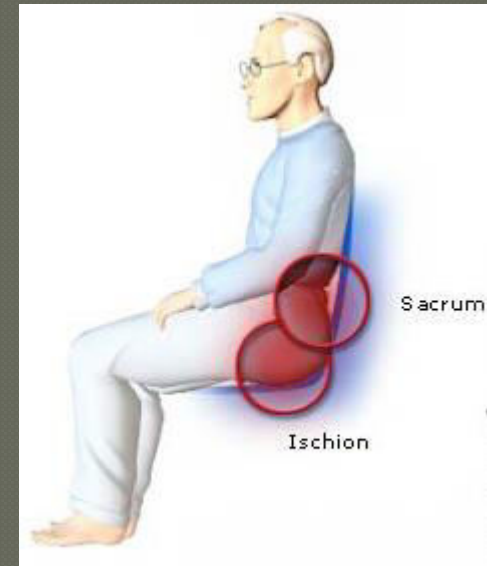
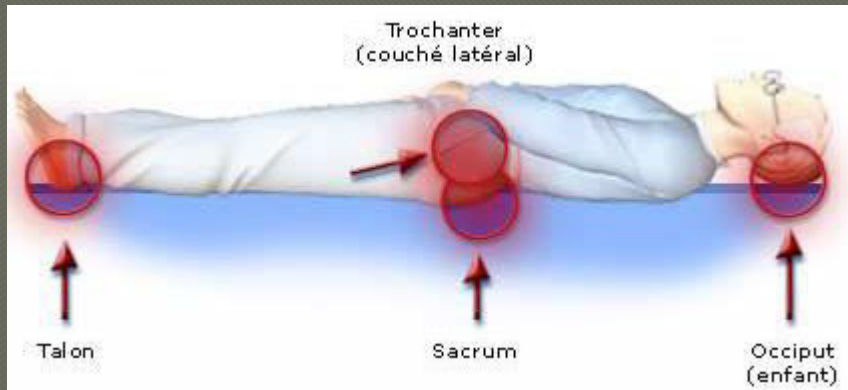
Le cisaillement correspond à la conjonction de deux forces de surface opposées parallèles à la peau.

Ces deux forces résultent en général du frottement de la peau lorsque le patient glisse sur un support.

physiopathologie



localisations



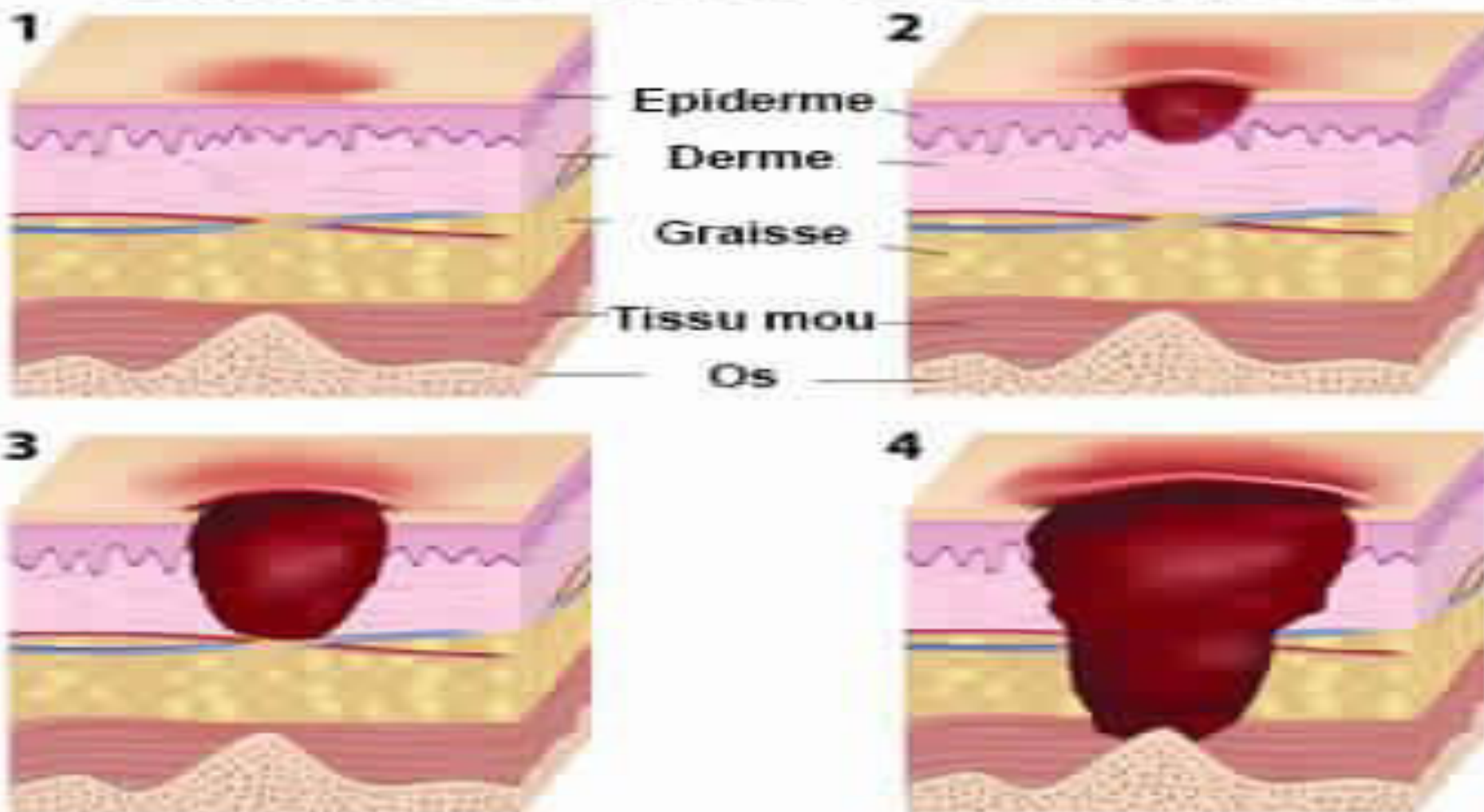
40 % au sacrum

40% aux talons.

20% autres localisations / les ischions ,le trochanter, l'occiput , coudes, oreilles...

classification

Stades des escarres



Le stade 1



Erythème sur une peau intacte qui ne blanchit pas à la pression.

Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration, sont aussi des indicateurs cliniques particulièrement sur des personnes de race noire.

Ce stade est réversible à la condition d'

Le stade 2

Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie (mais pas sur toute son épaisseur) le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.



Le stade 2 comme le stade 1, est caractérisé par la réversibilité rapide des lésions avec des techniques de prévention ou des soins adaptés.

Le stade 3

Perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique.

La description de la lésion doit préciser le type de nécrose, sèche ou humide.



Le stade 4

Perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons.

Une attention particulière sera nécessaire à la recherche de



LA PRISE EN CHARGE

CONFÉRENCE
DE
CONSENSUS

**PRÉVENTION ET
TRAITEMENT DES
ESCARRES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGÉ**

**Les recommandations 2012
pour une bonne prise en charge
Actualisation des recommandations de 2001**

P E R S E

PREVENTION EDUCATION RESEARCHING SENIOR ESCARRES

La prise en charge

❑ La prévention:

- Facteurs de risques
- Les mesures de prévention

❑ Le traitement de l'escarre

La prévention

- 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, souvent, **un défaut de vigilance**

La prévention

- Étude américaine
- 49 plaintes à propos d 'escarres ayant donné lieu à des compensations financières.
- Le respect des guidelines est utile pour les patients mais aussi pour les soignants

Goebel. Wound Ostomy Continence 1999; 26(4) : 175-84
www.nice.org.uk/CG029
www.has.fr

Les facteurs de risque

**Facteurs explicatifs locaux
(risque extrinsèque)**

**Immobilité,
Raideurs articulaires
Hyperpression
Cisaillement, Frottement
Macération**

**Facteurs explicatifs généraux
(risque intrinsèque)**

**Age
Etat nutritionnel
Etat physiologique général,
Incontinence urinaire et/ou fécale
Etat cutané
Pathologie neurologique sensitive ou
motrice (paralysies, parésies)
Troubles de la conscience
Pathologies vasculaires
Pathologie métabolique et nutritionnelle
(diabète,**

Facteurs prédictif

Immobilité , Dénutrition

BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK

Patient's Name _____

Evaluator's Name _____

Date of Assessment _____

SENSORY PERCEPTION ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort	1. Completely Limited Unresponsive (does not moan, flinch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation OR limited ability to feel pain over most of body.	2. Very Limited Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness OR has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over ½ of body.	3. Slightly Limited Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or the need to be turned OR has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	4. No Impairment Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort.				
MOISTURE degree to which skin is exposed to moisture	1. Constantly Moist Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.	2. Very Moist Skin is often, but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. Occasionally Moist Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. Rarely Moist Skin is usually dry, linen only requires changing at routine intervals.				
ACTIVITY degree of physical activity	1. Bedfast Confined to bed.	2. Chairfast Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	3. Walks Occasionally Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. Walks Frequently Walks outside room at least twice a day and inside room at least once every two hours during waking hours.				
MOBILITY ability to change and control body position	1. Completely Immobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. Very Limited Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	3. Slightly Limited Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. No Limitation Makes major and frequent changes in position without assistance.				
NUTRITION usual food intake pattern	1. Very Poor Never eats a complete meal. Rarely eats more than ½ of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement OR is NPO and/or maintained on clear liquids or IVs for more than 5 days.	2. Probably Inadequate Rarely eats a complete meal and generally eats only about ½ of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement OR receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding.	3. Adequate Eats over half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products) per day. Occasionally will refuse a meal, but will usually take a supplement when offered OR is on a tube feeding or TPN regimen which probably meets most of nutritional needs.	4. Excellent Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation.				
FRICTION & SHEAR	1. Problem Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures or agitation leads to almost constant friction.	2. Potential Problem Moves feebly or requires minimum assistance. During a move skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. No Apparent Problem Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. Maintains good position in bed or chair.					
					Total Score			

Les facteurs de risque

perception sensorielle	complètement limité 1	très limité 2	légèrement diminué 3	aucune diminution 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 limité 2	légèrement limité 3	aucune limitation 4
nutrition	très pauvre 1	probablement inadéquat 2	adéquat 3	excellente 4
friction et cisaillement	problème 1	problème potentiel 2	aucun problème apparent 3	

L'échelle de **BRADEN**: évaluation clinique + échelle de risque.

Claire et simple Total de 23.

Plus le score est bas < 15 un grand risque de développer une escarre.

Les mesures de la prévention

- **Réduction de la pression:**

- Kinésithérapie(facteur temps)
- Les supports(la surface)

- **Mesures d'hygiène**

- **Assurer l'équilibre nutritionnel et hydratation**

Réduction du temps de l'appui

- ✓ Réduire le temps d'appui par le positionnement 3h-4h
- ✓ Mobilisation passive du malade au lit
- ✓ Privilégier: position semi-latérale gauche ou droite , position assise , la verticalisation au lit, la déambulation



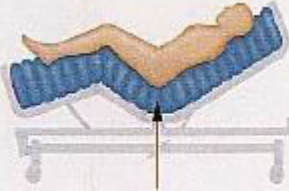
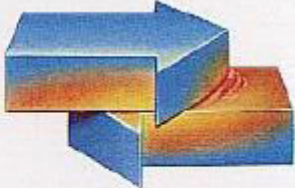
calle



coussin

Diminution des pressions

- Les supports: les matelas
- Objectif:

	PRESSION $P = \frac{\text{POIDS}}{\text{SURFACE}}$	
Surface portante faible ⇒ pressions élevées		Si la surface augmente ⇒ les pressions diminuent
	CISAILLEMENT FRICTION	
Adaptation du support à la morphologie		Gore Tex™ ⇒ Coefficient de friction très faible

Le support

Redistribution des pressions

Réduction des pressions

Diminution des pics de pression

Surface de contact plus importante



Ex: mousse, gel, air statique, faible perte d'air, air fluidisé

Soulagement des pressions

Libération totale ou partielle des pressions d'interface

Alternance Pression/Déflation du support



Ex: matelas à air à pressions alternées

Le support

- ◉ Deux types de matelas: statique et dynamique
- ◉ Le support statique:
 - ❖ Gel
 - ❖ Mousse
 - ❖ Eau
 - ❖ Fibres de silicone
 - ❖ air



Mousse tendre en gaufrier



Matelas à air à alvéoles tétines

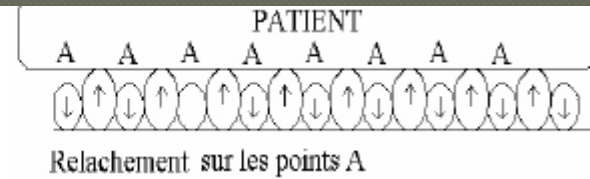
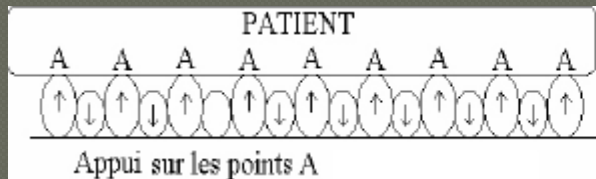


matelas à air gonflable
Mono-compartment

Le support

- ◉ Les supports dynamiques électrifiés:
 - Mode alterné(réglage manuel ou automatique)
 - Basse pression continue





Des sur matelas à air dynamique

Le choix du support

Support proposé	Caractéristiques du patient
Matelas statique à air , eau , gel	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 statiques en mousse découpé	Pas d'escarre et risque d'escarre moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 h/ jour au lit
Surmatelas dynamique alterné	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde ou risque d'escarre élevé et passant plus de 15 heures/ jour au lit et incapable de bouger seul.
Matelas dynamiques(continue/discontinue)	des escarres de stade élevé (> stade II) et ne pouvant bouger seul au lit et qui n'ayant pas change de position quand il est au lit ou il reste plus de 20 h/j jour

Recommandations Grade A :

- ☐ Le matelas en mousse est supérieur au matelas standard.
- ☐ Le lit fluidisé accélère la cicatrisation des escarres
- ☐ Un des matelas à air alterné réduit l'incidence des escarres talonnières par rapport à un support viscoélastique mais les escarres qui surviennent sont plus sévères sur les matelas à air alterné.
- ☐ Un des lits à perte d'air est plus efficace qu'un matelas mixte (basse P et/ou alternance P) sur l'incidence des escarres talonnières
- ☐ L'utilisation d'un surmatelas sur une table d'opération réduit l'incidence des escarres en per et post opératoire.



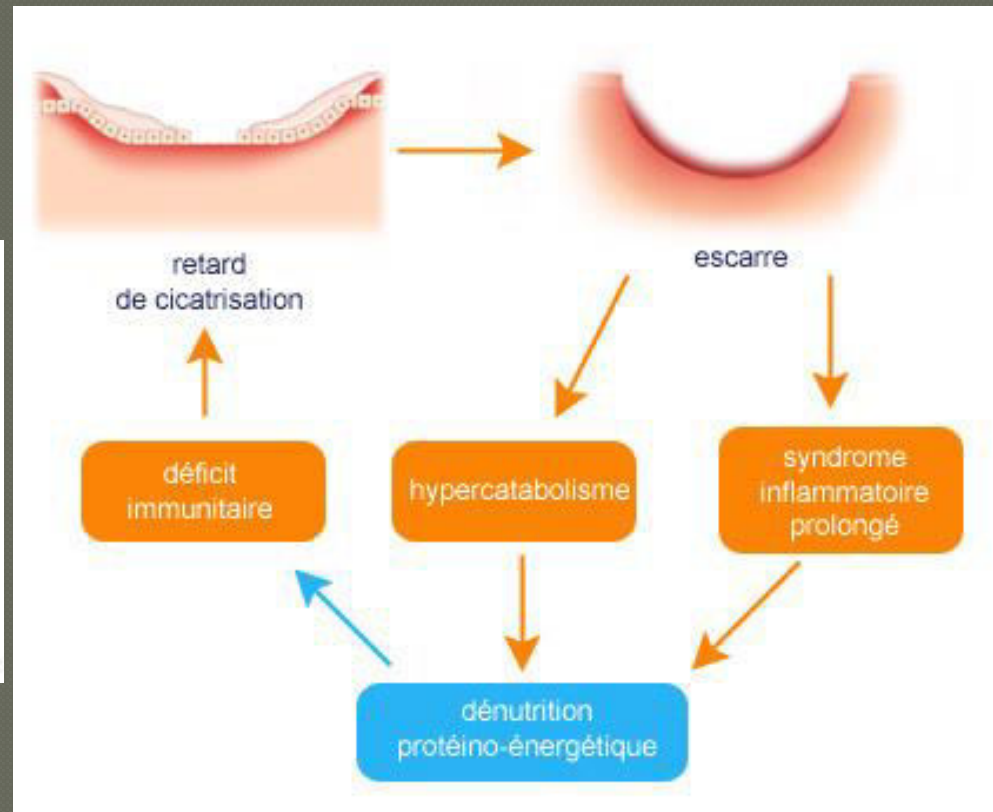
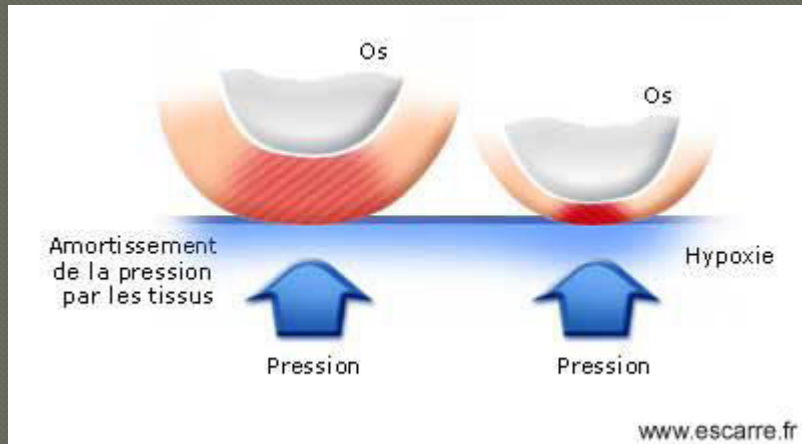
Mesures d'hygiène

- ✓ la propreté minutieuse du lit et l'hygiène rigoureuse du patient pour éviter macération et pullulation microbienne.
- ✓ Des soins spécifiques pour isoler les urines et les matières fécales(sonde vésicale , sonde rectale



L'apport nutritionnel

● La nutrition :



1. Breslow, R. et al. (1991). Malnutrition in tubefed home patients with pressure ulcers. JPEN 15(6) : 663-668.
2. Bergstrom N. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly (1992). JAGS.40:747-758.

L'apport nutritionnel

- ◎ **Besoin énergétique** : 30 à 40 kcal/kg/ jour
- ◎ **Besoin protéique** : 1,2 à 1,5g/kg/jour **Arginine** et **ornithine**, effet positif sur la cicatrisation
- ◎ **Les vitamines** : A, D et C
- ◎ **les minéraux** : Zinc si carence cuivre, chrome et sélénium
- ◎ **Besoin hydrique** : 1L/ jour par les aliments
1,5 L/ jour par les boissons

Dénutrition = ↓ ↓ synthèse du collagène

- ⊙ **1mg de collagène synthétisé = 900 cal**
- ⊙ **lésion de 3 cm² X 1mm = 10 mg de collagène = 9 kcal**

L'apport nutritionnel

Ann Intern Med. 2015;162:167-174. doi:10.7326/M14-0696 www.annals.org

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

A Nutritional Formula Enriched With Arginine, Zinc, and Antioxidants for the Healing of Pressure Ulcers

A Randomized Trial

Emanuele Cereda, MD, PhD; Catherine Klersy, MD, MSc; Marcella Seriola, RD; Aldo Crespi, MD; and Federico D'Andrea, MD, for the OligoElement Sore Trial Study Group*

Objective: To evaluate whether supplementation with arginine, zinc, and antioxidants within a high-calorie, high-protein formula improves PU healing.

Design: Multicenter, randomized, controlled, blinded trial. (ClinicalTrials.gov: NCT01107197)

Setting: Long-term care and home care services.

Patients: 200 adult malnourished patients with stage II, III, and IV PUs.

Interventions: An energy-dense, protein-rich oral formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants (400 mL/d) or an equal volume of an isocaloric, isonitrogenous formula for 8 weeks.

Results: Supplementation with the enriched formula ($n = 101$) resulted in a greater reduction in PU area (mean reduction, 60.9% [95% CI, 54.3% to 67.5%]) than with the control formula ($n = 99$) (45.2% [CI, 38.4% to 52.0%]) (adjusted mean difference, 18.7% [CI, 5.7% to 31.8%]; $P = 0.017$). A more frequent reduction in area of 40% or greater at 8 weeks was also seen (odds ratio, 1.98 [CI, 1.12 to 3.48]; $P = 0.018$). No difference was found in terms of the other secondary end points.

Table 1. Nutrient Contents for 100 mL of the Intervention Formula

Variable	Experimental Formula	Control Formula
Macronutrients		
Proteins, g	10.0	10.0
Milk proteins	8.5	10.0
Arginine	1.5*	-
Carbohydrates, g	14.2	17.7
Fats, g	3.5	2.1
Energy		
Total, kcal	125.8	127.2
Percentage from proteins	29.8	29.5
Percentage from carbohydrates	45.2	55.6
Percentage from fats	25.0	14.9
Minerals		
Sodium, mg	50	50
Potassium, mg	150	200
Chloride, mg	80	90
Calcium, mg	225	280
Phosphorus, mg	182	200
Magnesium, mg	42	42
Iron, mg	3	3
Zinc, mg	4.5*	2.3
Copper, mcg	675	338
Manganese, mg	1.30*	0.63
Fluoride, mg	0.19	0.19
Molybdenum, mcg	19	19
Selenium, mcg	32*	11
Chromium, mcg	13	13
Iodine, mcg	25	25
Vitamins		
Vitamin A, mcg	119	188
Vitamin D, mcg	1.3	1.3
Vitamin E (α-tocopherol), mg	19.0*	2.3
Vitamin K, mcg	10	10
Thiamin, mg	0.28	0.28
Riboflavin, mg	0.63	0.31
Niacin, mg	3.4	3.4
Pantothenic acid, mg	1.0	1.0
Vitamin B ₆ , mg	0.65	0.33
Folic acid, mcg	100	50
Vitamin B ₁₂ , mcg	0.79	0.70
Biotin, mcg	7.5	7.5
Vitamin C, mg	125*	19
Choline, mg	69	69

Table 4. Analysis of the Primary and Secondary End Points in the Randomized Population*

End Point	Experimental Formula Group (n = 101)	Control Formula Group (n = 99)	Crude Treatment Effect	P Value	Adjusted Treatment Effect†	P Value
Primary						
Mean reduction in PU area at 8 wk, %	60.9 (54.3 to 67.5)	45.2 (38.4 to 52.0)	15.7 (3.2 to 28.1)‡	0.026§	18.7 (5.7 to 31.8)‡	0.017§
Secondary						
>40% reduction in PU area at 8 wk, %	69.9 (59.5 to 79.9)	54.1 (42.7 to 65.5)	1.97 (1.11 to 3.50)	0.020§	1.98 (1.12 to 3.48)	0.018§
Complete healing, %	16.9 (8.2 to 25.6)	9.7 (2.1 to 17.3)	1.94 (0.88 to 4.28)	0.100	2.16 (0.88 to 5.39)	0.097
Mean reduction in PU area at 4 wk, %	37.2 (28.7 to 45.8)	29.3 (21.9 to 36.7)	7.9 (-9.5 to 25.4)‡	0.25	10.2 (-6.5 to 27.0)‡	0.149
Wound infections, %	22.6 (11.8 to 33.2)	21.6 (12.0 to 31.1)	1.05 (0.48 to 2.32)	0.88	1.08 (0.52 to 2.24)§	0.83
Mean dressings, n	34 (30 to 38)	37 (34 to 41)	-3 (-11 to 5)‡	0.32	3 (-10 to 4)‡	0.28

Traitement de l'escarre

La détersion

grade C

Pansement des familles alginates, hydrogel
Hydrocolloïdes **grade C**

Innovations

Le pansement à l'argent, la pression
négative **Grade C**



**Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée
appui proscrit sur la lésion**

Quels pansements?

- Objectif du pansement:

 - Maintenir la plaie humide

 - Protéger contre l'infection

- Le niveau d'évaluation est insuffisant:

 - Pas de pansement idéal

 - Choisir en fonction de la plaie

 - Choisir un produit remboursé

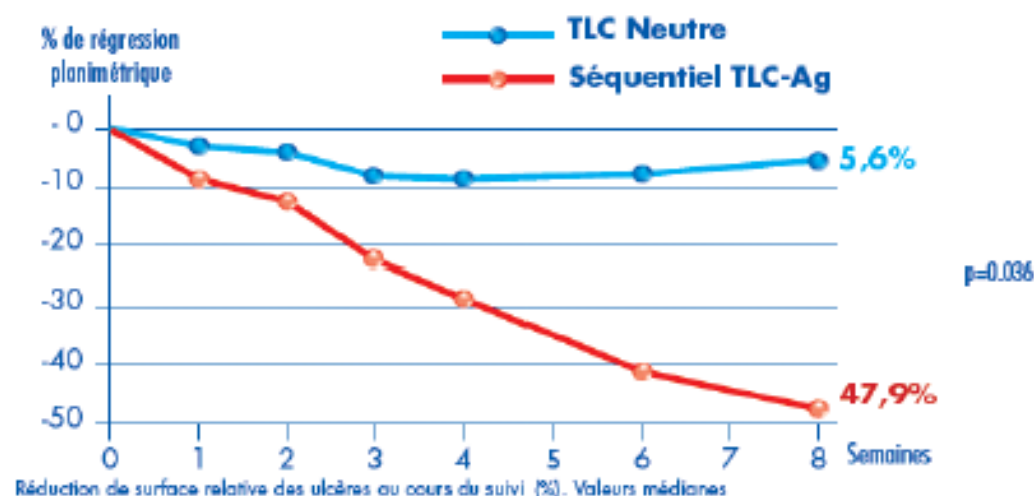
Les pansements à l'argent, sont en pleine expansion : indiqués dans les plaies infectées ou à risque d'infection, les brûlures....

composé d'argent pur : Acticoat®,
Argent + charbon : Actisorb® Ag⁺ ;
Argent et hydrofibre : Aquacel® Ag ;

L'argent a une activité anti-bactérienne à large spectre,

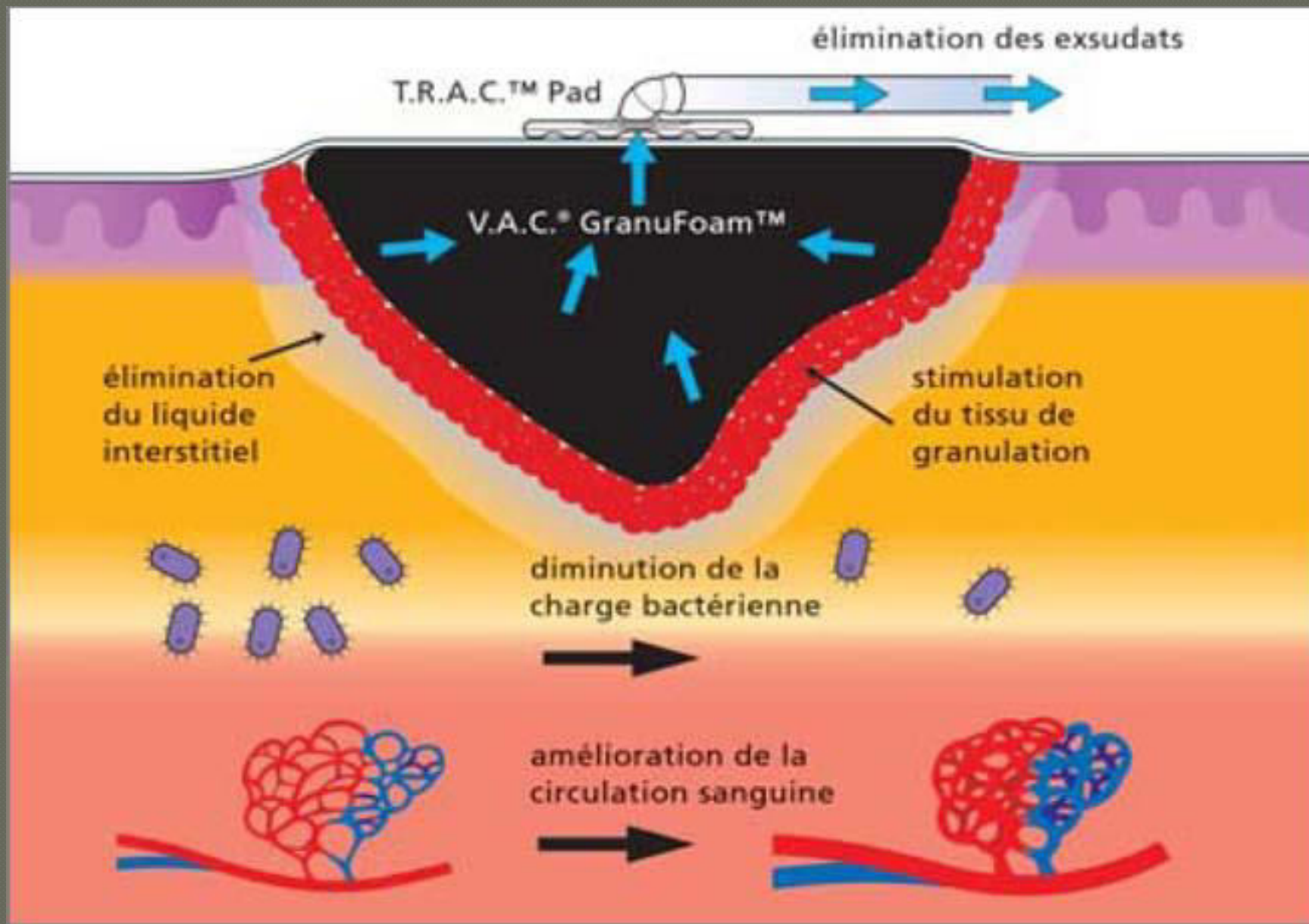
Étude clinique

- 102 patients, **TLC Ag 4 sem + TLC neutre 4 sem** **versus TLC neutre 8 sem**
- Réduction de surface des plaies **significativement supérieure** dans le groupe **TLC-Ag: 47,9%** versus 5,6% dans le groupe TLC-neutre ($p=0,036$)





ALTERNATIVES ou compléments thérapeutiques





V.A.C

- **Système constitué d'une pompe et d'une éponge synthétique inerte reliée à un ou plusieurs drains**
- **La pompe exerce une pression négative constante sur la plaie à travers l'éponge (aspiration non compressive)**
 - **Drainer l'exsudat**
 - **Favoriser la détersion**
 - **Stimuler le tissu de granulation**



Application de la mousse sur la plaie avant mise en route de la TPN



Il est impératif de s'assurer de la bonne étanchéité du dispositif

La thérapie à pression négative

- Escarre stade 3 et 4 cavitaire
- Plaies ouvertes
- Aide au bourgeonnement



ECHELLE VISUELLE	OBSERVATIONS	BUT DU TRAITEMENT	ACTIONS PROPOSEES : douche à l'eau tiède ou rinçage au NaCl
EPITHELIALISEE 	Plaie recouverte d'un épithélium fragile Aspect lisse rosé et nacré	➤ Protéger l'épithélium fin ➤ Finaliser la cicatrisation	Soit : - Recouvrir d'un pansement si frottements sinon laisser à l'air et hydrater avec une crème - Crème/pommade + tulle de paraffine/vaseline + compresses - changement tous les 3 à 4 jours - Hydrocolloïde fin - changement entre 7 et 10 jours
GRANULEUSE 	Plaie rouge, bien vascularisée d'apparence granuleuse – signe d'angiogenèse active	➤ Favoriser la croissance du tissu de granulation ➤ Protéger le tissu de granulation par un environnement humide de la plaie sans infection pour stimuler l'épithélialisation	Soit : - Douche à l'eau tiède - Crème/pommade et/ou tulle de paraffine/vaseline + compresses - changement tous les 3 à 4 jours - Hydrocellulaire ou hydrocolloïde - changement entre 3 et 7 jours
FIBRINEUSE 	Plaie recouverte de tissu jaunâtre, plus ou moins adhérent au lit de la plaie	➤ Favoriser la détersion spontanée en maintenant un environnement humide dans la plaie ➤ Prévenir ou traiter l'infection ou la charge microbienne importante (colonisation critique)	- Débridement mécanique - : douche - Débridement autolytique : Hydrogel ou Alginate humidifié avec NaCl 0.9%et pommade iodée ou Pansement à l'argent - Pansement secondaire : Tulle paraffine/vaseline, recouvrir de compresses ou hydrocellulaire
FIBREUSE 	Plaie recouverte de tissu blanchâtre adhérent correspondant à du tissu fibreux dévascularisé, atone	➤ Eliminer le tissu dévitalisé ➤ Favoriser la granulation ➤ Prévenir ou traiter l'infection	▲ Selon avis consultation spécialisée plaies et cicatrisation - débridement manuel ou utilisation d'un produit favorisant le débridement et/ou la granulation ▲ Si zone articulaire, présence de tendons = demander consultation spécialisée plaies et cicatrisation, chirurgie plastique, dermatologie et/ou OHB (oxygénothérapie hyperbare)

ECHELLE VISUELLE	OBSERVATIONS	BUT DU TRAITEMENT	ACTIONS PROPOSEES
NECROTIQUE	Sèche croute noire, cartonnée, « momifiée » Humide : nécrose brune, verdâtre, luisante, molle pourtours inflammatoires	➤ Délimiter la nécrose ➤ Eliminer le tissu dévitalisé pour favoriser la granulation ➤ Prévenir ou traiter l'infection	Déterminer si traitement curatif ou palliatif - Nécrose sèche - tulle de Betadine®* - Nécrose humide - Alginate et Betadine®* onguent - Débridement chirurgical Consultation chirurgie plastique et/ou OHB (oxygénothérapie hyperbare) * Attention aux patients allergiques à l'iode
PARTICULARITES	Sèche : plaie peu productive ayant tendance à sécher Exsudative : plaie recouverte de sérosités claires, +/- épaisses selon s'il s'agit de sérum, lymph ou fibrine Infectée : plaie recouverte de sécrétions purulentes, parfois entourée d'un halo inflammatoire Hypergranulation : plaie dont le tissu de granulation dépasse la surface de la peau, signe d'une colonisation ou infection locale Pourtourhyperkératosique, eczématiforme désépidermisé inflammatoire macéré Lésion sous minée	➤ Humidifier ➤ Chercher l'infection ➤ Absorber l'excès de sécrétions ➤ Eviter la macération ➤ Traiter l'infection locale ➤ Confirmer l'infection ➤ Diminuer, réguler l'hypergranulation ➤ Traiter les symptômes	- Hydrogel et/ou tulle de paraffine/vaseline - Frottis diagnostic sur OM - cf technique - Alginate ou Hydrofibre changement 1 x/j ou plus dès saturation et réévaluer après 4 jours - Recouvrir d'un pansement absorbant - Frottis sur OM cf technique - Douche ou rinçage au NaCl 0,9%, Antiseptique topique selon recommandations – cf pharmacie - Pansement absorbant type alginate, hydrofibre - arqenté/iodé 1x/j. - Douche ou rinçage au NaCl 0,9%, - Frottis sur OM - Antiseptique topique selon recommandations - Pansement absorbant type alginate sec - Bâtonnet de Nitrate d'Argent sur OM - Demander consultation spécialisée - dermatologie...

Les points clés

l'escarre est une nécrose ischémique par compression de la peau et des tissus sous cutanés.

Elle suppose deux facteurs pathogènes : immobilité et non perception de la douleur.

Des échelles de prédiction permettent le repérage des malades à risque de développer une escarre.

Sa prévention est une urgence de la vigilance des soignants.

Le traitement préventif comporte 3 mesures bien codifiées :
changements de position, mesures d'hygiène, adaptation des supports

Dans l'escarre constituée le traitement curatif est
indissociable de la poursuite des mesures préventives

Conclusion

- ◉ L'escarre est iatrogène
- ◉ Cout élevé
- ◉ Prise en charge multidisciplinaire
- ◉ La prise en charge globale
- ◉ Une pathologie évitable: la prévention++

merci