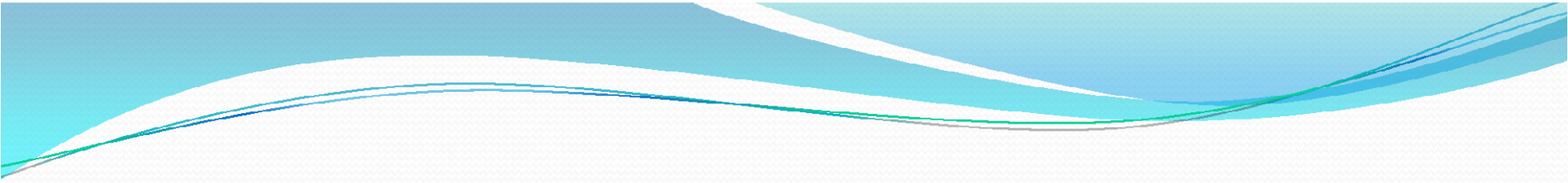


EPU LA RABTA 26 NOVEMBRE 2010

LES TROUBLES TROPHIQUES EN REANIMATION

Dr Mokline Amel
Service Réa Brulés. CHU Ben Arous



Plan

1. Epidémiologie
2. Définition
3. Physiopathologie et facteurs de risque
4. Répartition des escarres § Mesure de risque
5. Classification
6. Prise en charge thérapeutique
7. Conclusion

-

Epidémiologie

- 22,4% des patients ont des escarres
- 54% des patients ont des escarres superficielles
- ↗ Age

● *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et de sujet âgé. Conf de Consensus Nov 2001. SFFPC *et PERSE**
SFFPC/ société française et francophone des plaies et cicatrisation
*PERSE: société d'éducation, de recherche et de soins d'escarre

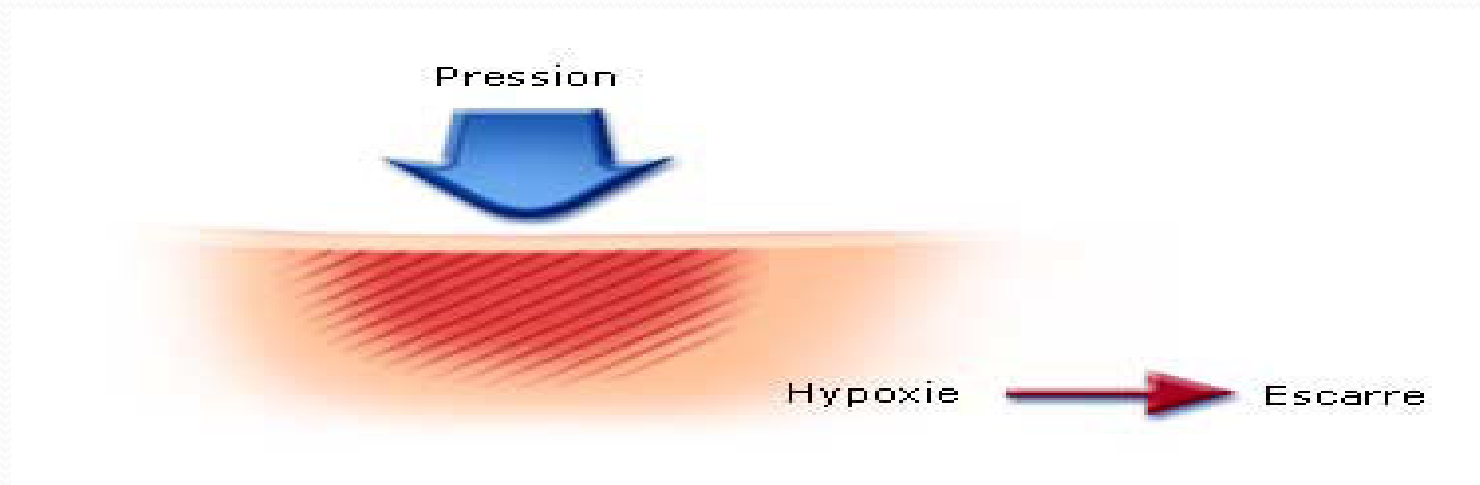


Incidence économique

- Poids économique considérable
- Augmentation de la durée d'hospitalisation
- Coût humain: nursing et soins
- Coût matériel: dispositifs médicaux

Définition

- Zone localisée de nécrose tissulaire
- Liée à:
 - Compression des parties molles entre les proéminences osseuses et un plan dur
 - Anoxie tissulaire



Physiopathologie de formation (1)

Facteurs de risque extrinsèques:

- Pression
- Friction
- Cisaillement

Facteurs de risque intrinsèques:

- L'immobilisation,
- Les troubles moteurs et sensitifs des maladies neurologiques
- Dénutrition protéino-énergétique
- Une atteinte vasculaire....



Physiopathologie de formation (2)

La compression peut être soit:

transitoire:

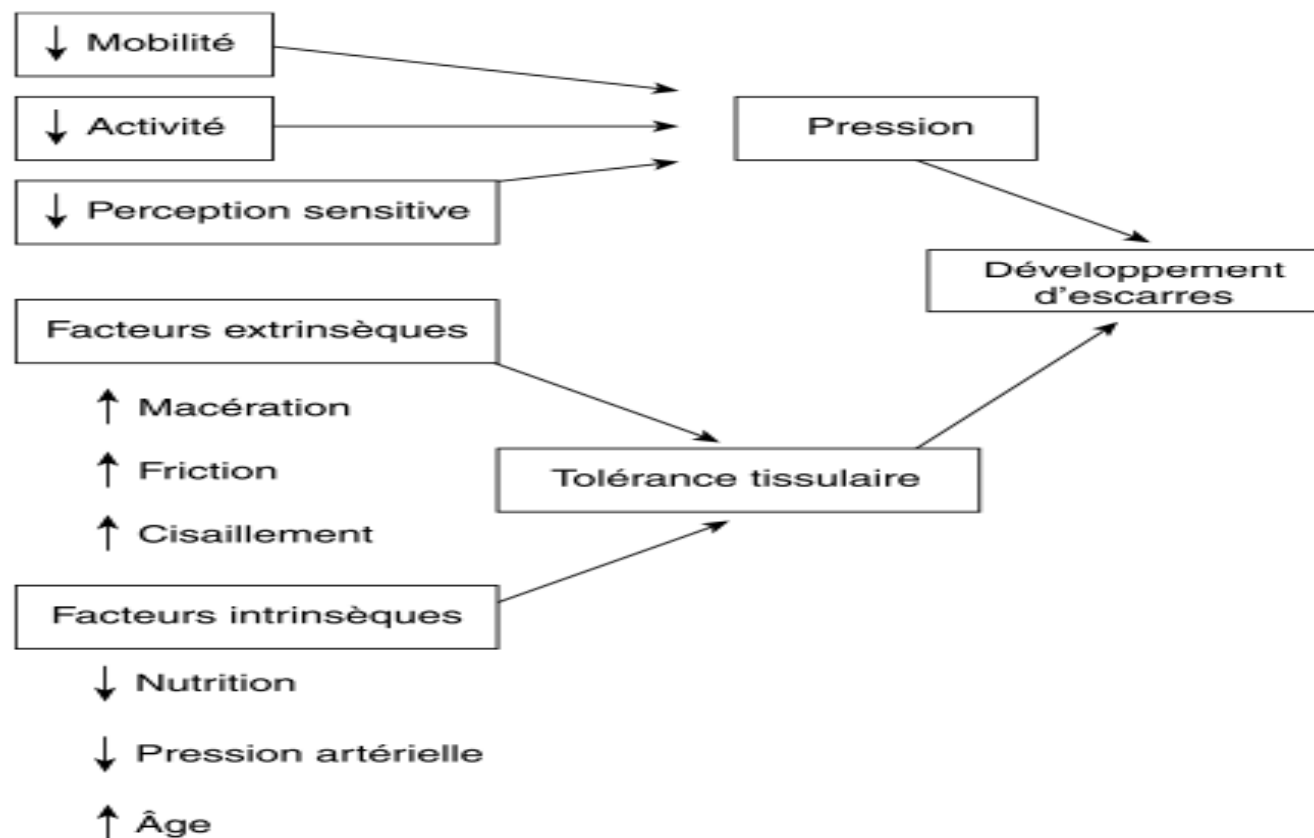
- Reperfusion rapide de la zone
- Afflux du sang important
- Phénomène local d'hyperhémie transitoire et proportionnel à la durée de compression

prolongée:

- Hypoxie puis anoxie cellulaire
- Libération des métabolites toxiques (radicaux libres, facteurs endothéliaux)
- Extravasation tissulaire (œdème, dégâts...)

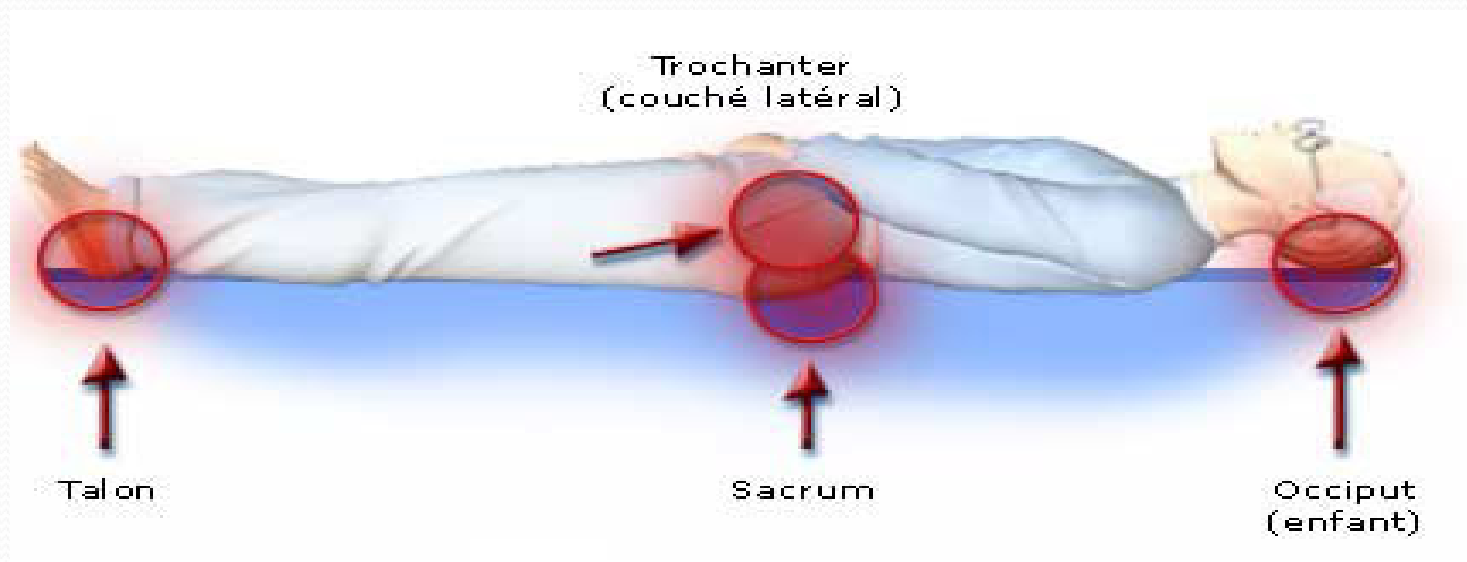
Facteurs de développement des escarres

Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure score. *Rehabil Nurs* 1987 : 8-12.



Répartition des escarres

- **Sacrum:** 40 %
- **Talons:** 40%
- Les autres localisations les plus fréquentes sont les ischions et le trochanter, ainsi que l'**occiput** en pédiatrie





Mesure de risque

- Primordial: expérience du clinicien mais il faut utiliser des échelles validées (Norton, Waterlow, Braden ...)
- Dépister les patients à risque
- Appréhender les facteurs de risque
- Mise en place d'une stratégie de prévention

Echelle de Norton

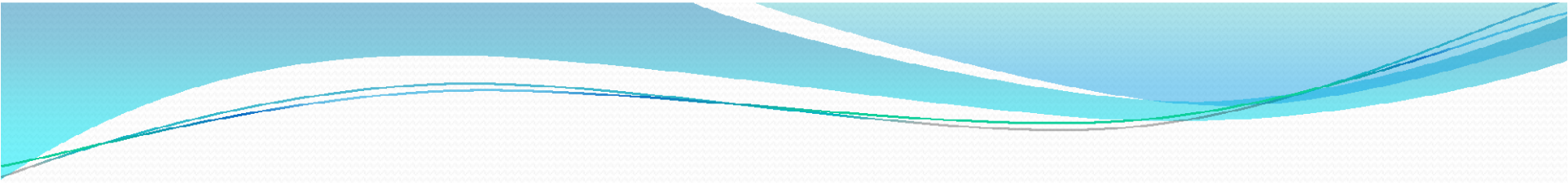
Norton D, Mc Laren RS, Exton-Smith AN. The Norton Scale and pressure sore prevention. *J Wound Care* 1996 : 93-99.

Condition physique		État mental		Activité		Mobilité		Incontinence		Score total
Bonne	4	Bon, alerte	4	Ambulant	4	Totale	4	Aucune	4	
Moyenne	3	Apathique	3	Avec aide/marche	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3	
Pauvre	2	Confus	2	Assis	2	Très limitée	2	Urinaire	2	
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Totalement alité	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	

Score de Braden

Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus* 1989, 2 (3) : 44-51.

SCORE DE BRADEN		
PERCEPTION SENSORIELLE		
Complètement limitée		1
Très limitée		2
Légèrement limitée		3
Intacte		4
HUMIDITE		
Constante		1
Souvent humide		2
Occasionnellement humide		3
Rarement humide		4
ACTIVITE PHYSIQUE		
Au lit		1
Au fauteuil		2
Marche occasionnelle		3
Marche régulière		4
MOBILITE		
Complètement immobile		1
Mobilité très limitée		2
Mobilité légèrement limitée		3
Aucune limitation		4
NUTRITION		
Mauvaise		1
Probablement insuffisante		2
Suffisante		3
Excellente		4
FRICTION ET CISAILLEMENT		
Souvent		1
Occasionnellement		2
Pas de problème		3
FACTEURS AGGRAVANTS		
Fréquence des collapsus et/ou utilisation de cathécolamines		1
Incontinence fécale		1
Anémie		1
Antécédant d'escarre		0,5
Hospitalisation avant la réanimation		0,5
SCORE 1		
SCORE 2		
SCORE DE BRADEN = score1 - score2		



❖ L'échelle **de Braden**, comporte 6 items: perception des sens, activité, mobilité, humidité, alimentation et friction/cisaillement (cf. tableau).

❖ Meilleur score possible = 23

Plus le score est bas, plus le risque est élevé: ≥ 18 risque bas

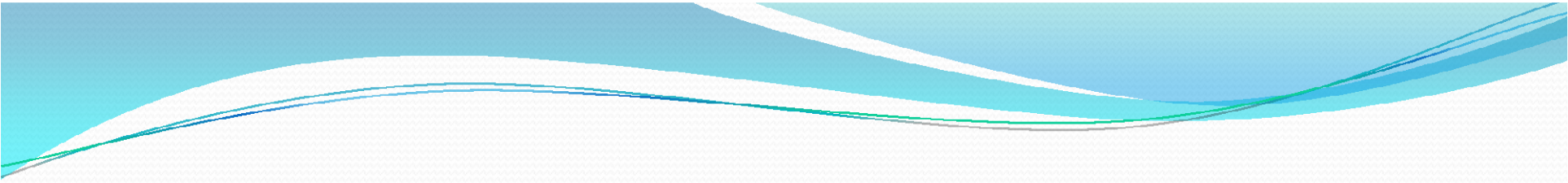
13-17: risque modéré

8- 12: risque élevé

≤ 7 risque élevé

Classification des escarres

- De nombreuses classifications existent dans le domaine de l'escarre.
- On différencie les classifications :
 - ✓ anatomiques : SHEA (1975), I.A.E.T. (1988), Yarkony-Kirk (1991)
 - ✓ anatomo-cliniques : N.P.U.A.P. (1989), A.H.C.P.R. (1994)
 - ✓ cliniques : Colin et col (1989), Garches (1991), E.PU.A.P. (...).



National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989

- I: érythème persistant sur peau intact
- II: ulcération cutanée superficielle ne dépassant pas le derme
- III: ulcération profonde de toute la peau jusqu'au fascia
- IV: ulcération profonde avec destruction extensive (muscle, os)

Escarre du talon (stade 1)



Escarre du genou (stade 2)



Escarre du talon (stade 3)



Escarre du sacrum (stade 4)



Escarre du dos (stade 4)





Traitement des escarres (1)

Traitement général

- ❖ Responsabilité multidisciplinaire +++
- ❖ Maintenir les gestes préventifs
 - Surveillance quotidienne des zones à risque
 - Evaluation du risque en fonction de l'état nutritionnel, de l'état mental, de l'activité, de la mobilité au lit et du contrôle des sphincters
- ❖ Assurer les apports hydro-énergétiques (protéines+ vitamines)

Quelles mesures générales de prévention?

- ❖ Identifier les facteurs de risque
- ❖ Observer l'état cutané
- ❖ Diminuer la pression
- ❖ Utiliser des supports
- ❖ Maintenir l'hygiène de la peau
- ❖ Assurer l'équilibre nutritionnel++
- ❖ Traiter la douleur
- ❖ Kinésithérapie
- ❖ Traiter les facteurs de risque

- *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et de sujet âgé. Conf de Consensus Nov 2001. SFFPC *et PERSE**
SFFPC/ société française et francophone des plaies et cicatrisation
**PERSE: société d'éducation, de recherche et de soins d'escarre*

Utiliser des supports au lit

- Utiliser des supports dynamiques à air alterné et/ou basse pression

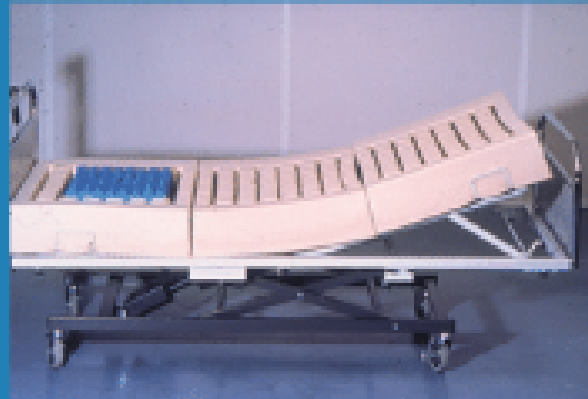
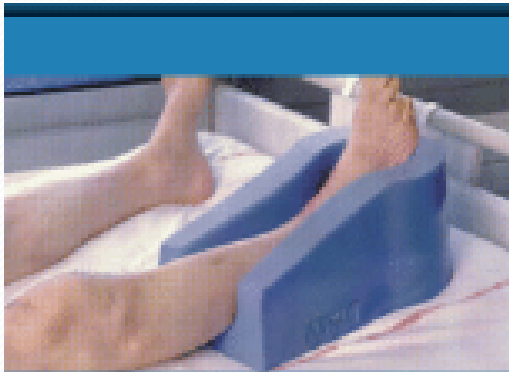


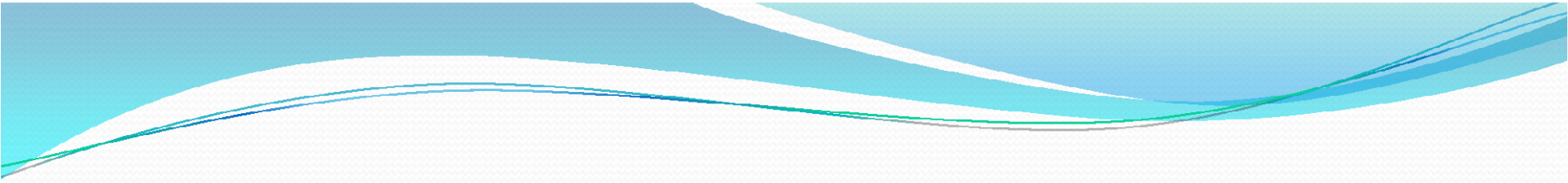


Lits à air dynamique

- Matelas à air avec possibilité de mobilisation, thérapie respiratoire, pesée
- Lit efficace en toute position: cisaillement, friction, réduction
- Confortable
- Achat: 40 000€

Renforcer la prévention des talons





Assurer un apport protéino-calorique adéquat

La malnutrition protéino-calorique:

- Retard de cicatrisation
- Majoration de l'infection
- **Augmentation des complications de décubitus**
- Allongement de la durée d'hospitalisation
- Augmentation de la morbidité

Table 5 Independent predictors of mortality by logistic regression analysis

Independent variables	<i>P</i> value	OR (95%CI)
BMI		
18.5–24.9		1
<u><18.5</u>	0.01	1.63 (1.11–2.39)
25–29.9	0.053	0.75 (0.56–1.004)
>30	0.01	0.60 (0.40–0.88)
Admission diagnosis COPD	0.005	0.51 (0.32–0.82)

Body mass index

An additional prognostic factor in ICU patients

Intensive Care Med (2004) 30:437–443

A1. Traditional nutrition assessment tools (albumin, prealbumin, and anthropometry) are not validated in critical care. Before initiation of feedings, assessment should include evaluation of weight loss and previous nutrient intake prior to admission, level of disease severity, comorbid conditions, and function of the gastrointestinal (GI) tract. (Grade: E)

Albumine, préalb, anthropometrie ➡ Non validées en réa

Evaluer : perte de poids, gravité, comorbidités et fonction
gastrointestinale



Traitement des escarres (2)

Traitement local:

- Nettoyer la plaie
- Identifier le stade de l'escarre
- Favoriser:
 - la détersion
 - rétablissement ou maintien de l'équilibre bactérien
 - maintien d'hygrométrie favorable dans l'environnement de la plaie

Traitement local **(Moyens de détersion)**

- ☐ Enzymatique
- ☐ Autolytique (pansement humide)
- ☐ mécanique
- ☐ Chirurgicale (parage)





Traitement local (La charge bactérienne)

- La charge bactérienne est normal
- La classification: contamination
colonisation
infection
- L'usage du sérum physiologique comme meilleur solution antiseptique



Traitement local (Les pansements)

- Les hydrogels
- Les pansements au charbon
- Les alginates
- Les hydrofibres
- Les hydro cellulaires
- Les hydro colloïdes
- Les pansements à l'argent

Les pansements:

Les hydrogels:

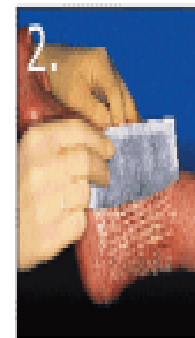
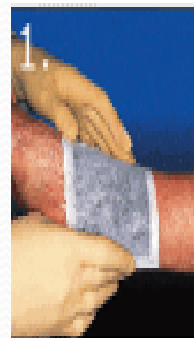
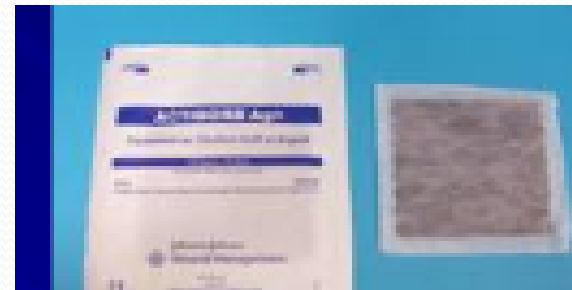
- Indication: détersion
- Gel hydratant pour les pansements fibrineux et nécrotiques
- Ex: Urgo hydrogel (Urgo)
Néo gel (Jonhson et Jonhson)



Les pansements:

Les pansements au charbon:

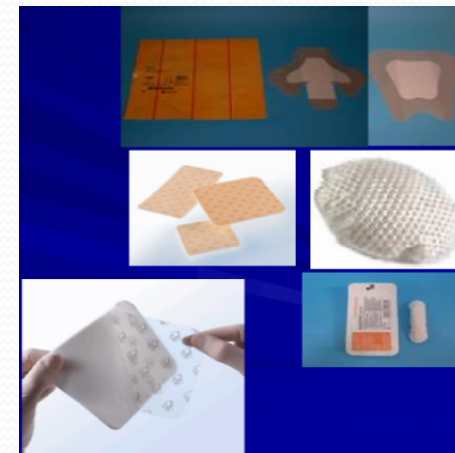
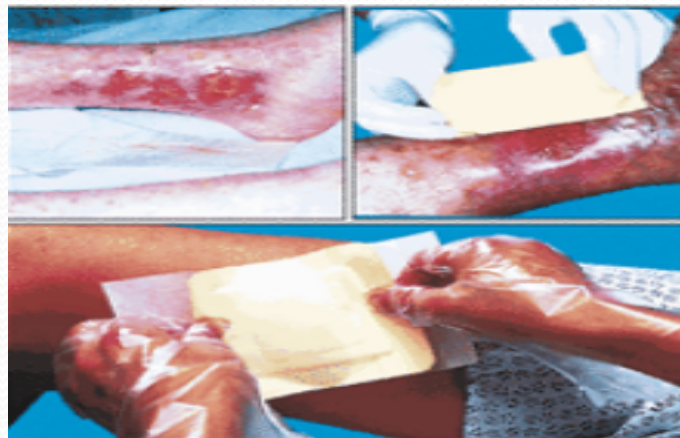
- Indication: plaie malodérante
- Tricot de charbon actif
- Ex: Actisorb (Jonhson et Jonhson)
Carbonnet (Smith and Nephew)



Les pansements:

Les hydrocellulaires:

- Indication: phase de bourgeonnement
- Couche de mousse de polyuréthane
- Ex: Biatain(Coloplast)
Cellosorb (Urgo)



Les pansements:

Les hydrocolloïdes:

- Indication: sans phase de distinction
- Carboxyméthylcellulose sodique réticulée insérée dans un réseau d'élastomère adhésif et recouvert d'un film de polyuréthane élastique
- Ex: Duoderm (Convatec)
Algoplaque (Urgo)





Les pansements:

Les pansements à l'argent:

- Indication: plaie bourgeonnante non souillée
- Présentation:
 - Argent métallique (nano-cristaux)
 - Acticoat (Smith et Nephew)
 - Sulfadiazine argentique
 - Flamazine (Solvay Pharma)

Les pansements:

Les Tulles:

- Indication: phase de bourgeonnement et d'épidermidisation
- Ex: Jelonet (Smith et Nephew)
Tull gras (Solvay Pharma)



Les pansements:

La cicatrisation par pression négative

VAC (Vacum Assisted Closure)

- La mousse diffuse la force d'aspiration
- Les exudats sont drainés, la peau péri lésionnelle est protégée
- Les fibroblastes sont stimulés





Escarre et Analgésie

- Détecter et évaluer la douleur
- Les escarres les plus douloureuses sont:

Les désépidermisations et les plaies infectées

Escarre et Analgésie

❖ Douleur aigue lors des pansements:

- Programmation pour anticiper
- Position confortable patient
- Déterision: pommade EMLA,
Chlorydrate de morphine per os ou sous-cutanée
Sulfate de morphine: Actiskénan
- Pour douleur modérée: MEOPA (mélange protoxyde d'azote et oxygène)

Récapitulatif: pansements (1)

Stade 1	Rougeur persistante	Film adhésif transparent
	Erythème avec oedème	Hydrocolloïdes transparents
Stade 2	Désépidermisation	Hydrocolloïdes
	Phlyctène séreuse ou hématiche	Pansements gras
		Interface
Stade 3	Nécrose noire et sèche ou ulcérée	Hydrogels
		Pansements gras
		Pansement au charbon (si malodorante)

Récapitulatif: pansements (2)

Stade 4	Ulcération (détersion, bourgeonnement, réépidermisation)	Fin de détersion	Plaie exsude:
			⇒ Alginate
			⇒ Hydrocellulaires
			⇒ hydrofibres
		bourgeonnement	Plaie n'exsude pas
			⇒ pansement gras
			⇒ hydrocellulaires
			Plaie malodorante
			⇒ pansement charbon actif
		réépidermisation	⇒ Alginate
			⇒ Hydrocellulaires
			⇒ Hydrocolloïdes (si plaie peu profonde)
			⇒ Pansement gras
			⇒ Hydrocolloïdes
			⇒ Interfaces
			⇒ Pansement gras
			⇒ Hydrocellulaires
			⇒ Films transparents

Traitement des escarres (2)

Traitement chirurgical

- ❖ La chirurgie est nécessaire en cas de:
 - Nécrose importante
 - Exposition des axes vasculo-nerveux, des tendons et des articulations, et en cas de l'infection de l'os.
- ❖ La chirurgie doit être encadrée d'une préparation médicale et des soins postopératoires rigoureux

Prise en charge des escarres

Evaluation de la plaie

Localisation, description,
état de proximité, infection.....

Evaluation du patient

Facteurs de risques, score d'une échelle de risque,
durée d'immobilisation, État nutritionnel

Traitement local adapté

Rougeur fixée, phlycthène, désépidermisation

Ulcération bourgeonnante,
nécrose humide

Nécrose sèche

Traitement étiologique

Choix du pansement:

Film semi perméable,
hydrocolloïde mince

Choix du pansement:

Détersion chimique
Alginate, Hydrogel

Choix du pansement:

Hydrogel, détersion mécanique,
détersion chirurgicale

Conclusion

- ❖ Escarre : coût humain, économique et fonctionnel important.
- ❖ Prévention: responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire ++++
- ❖ Escarre: - n'est pas un simple problème de "nursing"
- reflet de la qualité des soins dont toute l'équipe paramédicale et médicale est responsable.

Merci...

