

## L'escarre – sujet toujours explosif

L'escarre de décubitus frappe toujours – trop souvent. Toutefois, on ne peut espérer de changement tant que l'escarre ne sera pas reconnue comme un véritable problème médical et paramédical.

L'escarre est un fléau qui concerne tous les intervenants du soin et l'absence d'escarre est considérée comme un signe de qualité des soins. De fait la sensibilisation à la problématique de l'escarre a été considérablement renforcée durant ces dernières années. Sur le plan international des groupes d'experts de tous horizons ont travaillé sur la prévention et les protocoles de soins à développer et à valider. En effet même, si à en croire la littérature, les escarres de décubitus graves sont devenues plus rares, la prévention et le traitement restent de manière générale insatisfaisants. Les experts déplorent notamment l'application trop hésitante, au quotidien des nouvelles mesures préventives et curatives.

Le constat est souvent malheureusement le même partout ; ainsi s'exprime le Pr W O Seiler de l'hôpital gériatrique de Bâle, médecin expert, connu en Suisse pour ses travaux de recherche sur l'escarre. Il résume ainsi la situation : « nombres d'escarres de décubitus ne guérissent qu'après des mois ou des années de traitement. Pour le patient, c'est un très lourd fardeau : les mois d'immobilisation, la douleur, la menace de septicémie et les complications qui se succèdent dimi-



Charles Gupton / Corbis Stock Market

nent notablement la qualité de vie. En outre, on oublie souvent que les soignants sont eux aussi frustrés par l'absence d'un protocole transparent dans leur institution et le manque de ressources nécessaires pour sa réalisation. » Si la prise en charge de l'escarre devenait un chapitre incontournable de la formation médicale et paramédicale, patients et soignants seraient bénéficiaires. C'est dans cet esprit que ce numéro de Soins service cherche à contribuer à la remise à niveau des connaissances spécialisées relatives à l'escarre.

### La naissance d'une escarre

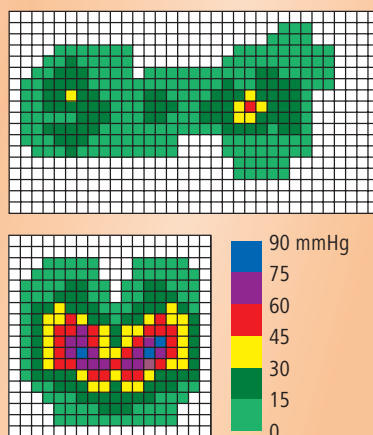
Assis ou allongé, l'homme appuie sur le support avec une force proportionnelle à son poids. A son tour, la surface d'appui exerce une contre-pression sur la région cutanée avec laquelle elle est en contact. Logiquement, cette contre-pression dépend considérablement de la dureté du support.

La peau peut supporter sans conséquences des pressions élevées, mais seulement pour une courte durée. Si la pression persiste, la peau comprimée n'est plus suffisamment irriguée (= ischémie) et manque d'oxygène (= hypoxie). Le corps réagit à ce début de dommage par une sensation de douleur, signal qui, chez l'homme capable de bouger, l'incite à changer sa position afin de soulager les zones comprimées. Des mouvements minimes suffisent pour interrompre l'action de la pression et rétablir la circulation. Puisqu'il est involontaire, ce mécanisme de pression-douleur fonctionne également pendant le sommeil : la personne capable de bouger ne développe pas d'escarre. L'homme jeune bouge quatre fois par heure pendant son sommeil.

En revanche, si le patient n'est plus en mesure de percevoir la douleur à la pression (perte de connaissance, anesthésie, démence sévère, etc.) ou s'il n'est plus capable de bouger en réaction à la douleur, la compression persiste. La déficience circulatoire s'accroît, entraînant l'accumulation de métabolites toxiques dans les tissus, l'augmentation de la perméabilité capillaire, la vasodilatation, l'infiltration cellulaire et, enfin la formation d'un œdème.

### Pression d'appui élevée : point critique à 25 mmHg

Les escarres de décubitus sont des lésions cutanées ischémiques, délimitées, causées par la pression. Elles apparaissent lorsqu'un matelas, une table d'opération ou un siège exerce une pression d'appui supérieure à 25 mmHg, pendant plus de deux heures. Cependant, il est difficile d'estimer précisément la pression créée par une surface d'appui. Des graphiques générés par ordinateur, aident à visualiser l'intensité de la pression sur les zones d'appui d'un volontaire de sexe masculin (70 kg, 175 cm). Le graphique en haut montre la distribution de la pression lorsque le sujet est allongé sur un matelas standard d'hôpital ; celui en bas, les forces de pression agissant quand il est assis sur une chaise en bois.



En raison de l'ischémie de plus en plus sévère, la dégradation irréversible et la mort de cellules cutanées sont inévitables : des nécroses apparaissent ; un ulcère est né.

D'après la littérature médicale, une pression supérieure à 25 mmHg est sans conséquence si elle est éliminée avant une durée critique d'environ deux heures. Toutefois, la tolérance des cellules de la peau à l'ischémie est extrêmement variable, ce qui doit être pris en compte pour la prévention. L'intensité de la pression, mais également l'état général de la peau sont deux facteurs essentiels affectant la tolérance. Une peau jeune, élastique et saine résiste mieux qu'une peau âgée, devenue fine et qui peut-être aura déjà subi des dommages. Les raisons de la prédisposition aux escarres d'une peau âgée sont expliquées pages 6/7.

### Zones d'apparition de l'escarre

Toute région exposée à une pression suffisante peut être le site d'une escarre de décubitus. Néanmoins, le risque est maximum lorsque la force agit perpendiculairement sur une région cutanée qui couvre des structures osseuses convexes, donc saillantes avec peu de tissu élastique (musculaire et adipeux sous-cutané) apte à répartir la pression. Par conséquent, les régions du sacrum, de l'ischion, du grand trochanter, du talon et des malléoles externes sont des sites classiques. C'est là qu'environ 95 % des escarres de décubitus naissent (80 % des escarres sont situés sur le sacrum et le talon).

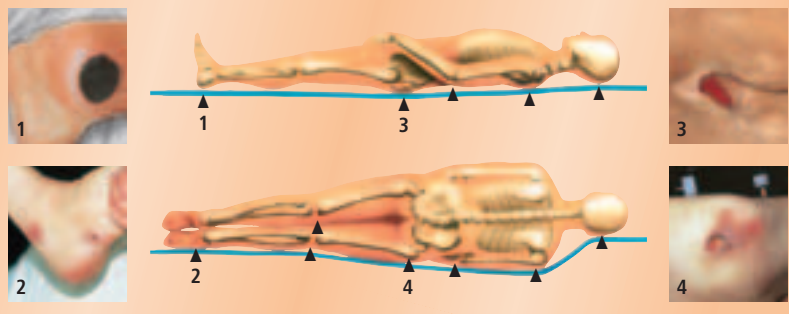
Lorsque le corps repose sur une éminence osseuse, la pression augmente typiquement de la périphérie vers la profondeur (l'os) car la surface sur laquelle elle agit diminue. Ainsi, les nécroses apparaissent souvent d'abord dans le tissu adipeux sous-cutané et le muscle, l'ulcère atteignant la peau avec un retard de quelques jours. La lésion visible peut être relative-

## L'escarre – régions des saillies osseuses en danger

**Couché sur le dos**, ce sont notamment les régions du sacrum, du coccyx, du talon et du tendon d'Achille, du coude, de l'omoplate et de l'occiput qui sont à risque. La **position latérale** expose

particulièrement celles du grand trochanter, des os temporal et zygomatique, de l'épaule, de la crête iliaque, des faces interne et externe du genou, du péroné et de la malléole externe et

les parties latérales du grill costal. En **position assise**, les régions de la tubérosité ischiatique, de l'occiput, de la colonne vertébrale et du talon sont en danger.



vement petite, ne reflétant pas toujours le dommage déjà étendu, caché en profondeur. Parfois, seules une rougeur de la peau et une atteinte légère de l'épiderme sont évidentes (= escarre fermée) ; il est impératif de prendre très au sérieux toute rougeur d'une zone cutanée couvrant des saillies osseuses. On impute également l'escarre de décubitus aux forces de « cisaillement ». Le terme cisaillement décrit les mouvements tangentiels des différentes couches cutanées les unes par rapport aux autres, comprimant les vaisseaux sanguins. Ces forces tangentielles sont surtout à redouter dans la région du siège. Elles sont générées, par exemple, lorsqu'on change la position d'un patient en le tirant et le poussant au lieu de le soulever ou quand une personne assise dans son lit « glisse » en raison d'un support insuffisant pour ses pieds.

### Formation d'une escarre et degrés de sévérité (d'après « National Pressure Ulcer Advisory Panel », 1989)

		<b>Stade I</b>			Rougeur cutanée bien circonscrite ne disparaissant pas à la pression ; peau intègre. Une hyperthermie cutanée, une induration ou un œdème sont indicatifs. Avec une suppression rigoureuse de la pression, la rougeur disparaît en quelques heures ou quelques jours.
		<b>Stade II</b>			Perte partielle de l'épiderme allant jusqu'au derme. Il s'agit d'un ulcère superficiel qui cliniquement apparaît comme une abrasion, un phlyctène ou une crevasse en forme de coupe.
		<b>Stade III</b>			Lésion intéressant toutes les couches de la peau (épiderme, derme et tissu sous-cutané) allant éventuellement jusqu'à l'aponévrose, sans néanmoins endommager cette dernière. On observe un ulcère profond et étendu.
		<b>Stade IV</b>			Perte cutanée sur toute son épaisseur, avec nécrose étendue et lésions musculaires, tendineuses et osseuses. La formation de cavités est également fréquente.

# Pas de prévention sans identification des risques d'escarre

Les mesures de prévention ne peuvent être efficaces que lorsqu'elles prennent en considération les risques d'escarre propres à chaque patient. D'où l'importance d'enseigner clairement les facteurs de risques à rechercher.



MAURITUS / Phototake

Pour le patient, le soignant doit impérativement être apte à estimer le risque de développement d'une escarre. Les nombreuses échelles d'évaluation à la disposition des soignants facilitent énormément cet aspect de leur travail. Par exemple, l'échelle de Norton – révisée et augmentée – est bien validée et d'utilisation facile ; elle est très répandue dans le domaine des soins. En outre, la référence à cette échelle devient un atout précieux quand il s'agit de justifier à la Sécurité sociale et aux mutuelles l'indication de mesures prophylactiques. Néanmoins, une appréciation précise de l'impact des différents facteurs de risque reste indispensable. Par exemple, il n'est pas acceptable de considérer l'incontinence comme cause principale d'une escarre tout

en ignorant l'ennemi n° 1 : l'action persistante de la pression. Savoir reconnaître les facteurs de risques primaires et secondaires décrits ci-dessous permet d'éviter de telles erreurs.

## L'immobilité, facteur de risque primaire

Puisque la durée d'exposition à la pression est le protagoniste dans la formation d'une escarre, le danger augmente avec le degré d'immobilité du patient.

**Immobilité complète :** Dès lors que les mouvements spontanés ne sont plus possibles – par exemple en cas de perte de connaissance, d'anesthésie ou de paralysie complète –, le patient est en danger. L'âge n'a ici aucune importance.

**Immobilité relative :** Le risque est potentiellement élevé, car les mouvements spontanés sont plus ou moins restreints. Sédation, fractures, fortes douleurs, sclérose en plaques, hémiplégie, perte de sensibilité (dont une polyneuropathie est une des origines possibles), etc. sont à prendre en compte.

Rappelons que les soins jouent sur l'immobilité ; ce facteur de risque est donc, par nécessité, sujet à des variations quotidiennes. Tandis qu'au cours de la journée les soins occasionnent des changements de position pour le patient immobilisé, une période de calme – dont la durée est critique – est « normale » pendant la nuit. Le risque est alors accru, notamment pour les personnes âgées, chez qui il n'est pas rare que la mobilité soit déjà compromise : l'escarre de décubitus naît essentiellement la nuit !

## L'échelle de Norton augmentée

	Condition physique	Incontinence	Activité	Mobilité	Etat mental	Coopération	Age	Condition de la peau	Maladies concomitantes
<b>4</b>	bonne	aucune	ambulant	totale	bon	totale	< 10	normale	aucune
<b>3</b>	moyenne	occasionnelle	avec aide à la marche	légèrement diminuée	apathique indifférent	diminuée	< 30	écailleuse sèche	déficit immunitaire, fièvre, diabète, anémie
<b>2</b>	mauvaise	urinaire	avec chaise roulante	très limitée	confus	très limitée	< 60	moite	S.E.P., Ca., hémoglobine élevée, obésité
<b>1</b>	très mauvaise	urinaire et fécale	alité	immobile	état de stupeur	aucune	> 60	allergie, plaies, crevasses	maladie artérielle-oblitérante

Avec l'échelle de Norton augmentée (élaborée par C. Bienstein et al.), qui permet une évaluation très différenciée de l'état du patient, un score inférieur ou égal à 25 indique une menace d'escarre de décubitus. Il faut alors immédiatement envisager et appliquer des mesures prophylactiques.

### Facteurs de risque secondaires

Les états pathologiques qui affectent le fonctionnement et la résistance de la peau font partie des autres facteurs de risque – les facteurs secondaires. La peau devient alors (encore) plus vulnérable à la pression qui, même si elle n'agit que brièvement, peut se traduire par l'apparition d'une lésion. Parmi ces facteurs de risque on note :

**Vascularisation insuffisante de la peau :** Lorsque la vascularisation sanguine diminue, l'apport en oxygène devient inadéquat, et le métabolisme est perturbé : la peau devient moins tolérante à la pression. Une tension artérielle basse, une déshydratation (!), une insuffisance cardiaque, un diabète, une artériosclérose, etc. peuvent être la source du problème.

**Fièvre :** En réponse à la fièvre, le métabolisme des cellules cutanées s'accélère : le besoin en oxygène augmente. La vascularisation est donc déjà insuffisante, même si l'intensité de la pression reste en dessous du seuil de développement d'une escarre. Du reste, l'état fébrile aggrave l'immobilité du patient âgé. La fièvre est donc considérée, à juste propos, comme le facteur de risque secondaire le plus sérieux.

**Incontinence :** L'humidité et les produits de décomposition agressifs de l'urine et / ou des selles irritent et ramollissent la peau. De surcroît, la présence de bactéries alourdit le fardeau. Il faut agir afin d'éviter la macération des couches superficielles de la peau qui diminuerait sa résistance à la pression. Des soins cutanés attentifs et la mise à disposition de produits d'incontinence sont ici essentiels.

**Mauvais état général :** De nombreuses affections limitent considérablement la mobilité du patient et perturbent le métabolisme cutané, augmentant le risque d'escarre : une maladie chronique ou dont l'évolution est grave ; une tumeur maligne ; une infection ; une malnutrition avec carence en protéines, vitamines et zinc ; une anémie ; une déshydratation ; une cachexie.

Il importe d'attirer l'attention sur le facteur de risque qu'est la malnutrition (ou carence alimentaire). Des études ont clairement démontré que le déficit protéique et l'apport énergétique insuffisant favorisent la genèse d'escarres. La carence en protéines provoque une accumulation d'eau dans les tissus (œdème) qui limite fortement la vascularisation sanguine et le métabolisme de la peau. Une lésion tissulaire peut alors apparaître très rapidement sous l'action de la pression.

Des enquêtes menées dans plusieurs établissements de longue durée aux U.S.A. ont révélé que jusqu'à 50 % des résidents souffrent de déficits protéique et énergétique ; la fréquence des escarres de décubitus varie entre 2,4 et 23 %. Etant donné que le rapport état nutritionnel / risque d'escarre ne reçoit que peu d'attention en France, ces données pourraient également s'appliquer à notre pays.

**Vieillesse physiologique de la peau :** Indépendamment du danger posé par certaines maladies, la peau âgée constitue en elle-même un risque d'escarre.



Exemples de méthodes de prévention et de traitement : En haut, le lit fait de coussins pour le patient couché sur le dos – des creux se forment aux zones de contact entre les coussins : les régions à risque, comme les omoplates, la colonne vertébrale, le sacrum, le coccyx et les talons, reposent presque en suspension. En bas, la position latérale à 30° – la position à préférer car, comme l'ont démontré des déterminations de la tension transcutanée d'oxygène (Seiler et al., 1986), elle décharge toutes les régions typiquement menacées d'escarres – à condition d'être scrupuleusement respectée.

En effet, la perte de cellules et de fibres de collagène, provoquée par le vieillissement, rend la peau plus fine et le tissu conjonctif cutané moins élastique. Le seuil de tolérance de la peau aux actions mécaniques est abaissé : une exposition à la pression, même de courte durée, peut évoluer vers une escarre de décubitus.

### Prévention ciblée et précoce de l'escarre !

Un contact étroit et quotidien avec le patient permet aux soignants et à l'entourage d'estimer les risques d'escarres – avec certitude et sans devoir donner plus de leur temps. L'important est de connaître ces risques. Ils sont à même d'évaluer la mobilité du patient, sa condition générale et son état nutritionnel, ou encore de déceler des problèmes cutanés en rapport avec une incontinence. Ce sont ces observations qui permettent une intervention précoce – avant l'apparition d'une rougeur cutanée – et la mise en place de mesures de prévention adéquates. Le travail supplémentaire occasionné par leur application est un bon investissement, car la guérison d'une escarre de décubitus demande certainement plus de temps et d'efforts.

Une prévention efficace s'attaque aux facteurs de risque primaires et secondaires. La prophylaxie s'appuie donc sur ces principes :

- réduction du temps d'exposition à la pression par un changement de position régulier, au minimum toutes les deux heures, avec préférence pour les positions latérale à 30° (alterner côté droit et gauche) et couché sur le dos ;
- diminution de la pression d'appui – si possible au-dessous de 25 mmHg – au niveau des cinq régions typiquement menacées d'escarre, par l'utilisation d'un matériel de repos à basse pression (matelas mous, protecteurs de talons, etc.) ;
- amélioration de l'état général par le combat de tout facteur de risque secondaire.

Influence des facteurs de risque secondaires sur la guérison de la plaie

N'oublions pas que, en ce qui concerne l'escarre de décubitus, les facteurs de risque secondaires sont aussi des facteurs perturbateurs de la cicatrisation. De ce point de vue également, leur évaluation est donc de la plus grande importance !