

L'ESCARRE N'EST-ELLE QU'UN PROBLEME DE CICATRISATION ?

<http://www.anmsr.asso.fr/anmsr00/36Cica/cicacol.html>

Dr D. COLIN(1), Dr B. BARROIS(2), Dr P. RIBINIK(2), Dr N. LEBASTARD(3).

L'escarre est une pathologie apparemment aussi redoutée par les patients que par les équipes soignantes. Néanmoins, ses mécanismes de constitution ne sont pas toujours appréhendés, sa gravité est souvent estimée avec un retard qui rend son traitement plus difficile et aléatoire.

L'escarre ne doit pas être regardée comme une plaie ordinaire, ni dans son mode de formation, ni dans sa prise en charge. L'escarre est une plaie qui s'inscrit toujours dans un contexte général, c'est la face visible de l'iceberg, ou l'expression localisée d'un contexte clinique que l'on doit absolument apprécier en tant que tel. Cette vision s'applique autant à sa raison de survenue qu'à son traitement.

COMMENT SE CONSTITUE UNE ESCARRE ?

Le mécanisme de formation de l'escarre le plus couramment admis est la pression exercée sur les tissus mous interposés entre une saillie osseuse et le plan de référence, lit ou fauteuil. La pression entraîne rapidement une occlusion vasculaire puis une ischémie loco-régionale et enfin une nécrose tissulaire irréversible.

La graisse et le muscle sont mal vascularisés et donc peu résistants à la compression, par contre la peau est mieux vascularisée et son métabolisme moins dépendant de l'oxygène, d'où la difficulté d'un diagnostic précoce de l'escarre qui est souvent formée bien avant d'être visible. Il ne faut pas réduire la survenue de l'escarre aux seuls facteurs mécaniques. Des éléments cliniques péjoratifs se conjuguent pour constituer un terrain de risque : l'immobilisation liée à une pathologie traumatique ou médicale, les troubles moteurs et sensitifs des maladies neurologiques, une dénutrition, une altération de l'état général, une atteinte vasculaire, les désordres psychologiques sont autant de composantes de la formation de l'escarre.

Il faut aussi tenir compte des facteurs propres à l'équipe soignante tels que le défaut d'évaluation du risque ou le retard de mise en oeuvre des moyens de prévention.

La mesure du risque peut faire appel à l'expérience mais il faut préférer l'utilisation d'échelles validées (Norton, Waterlow, Braden ...) qui permettent de qualifier et de quantifier objectivement ce risque et de mettre en place des programmes adaptés de prévention.

LA CICATRISATION DE L'ESCARRE CONSTITUEE

Elle repose sur deux éléments :

- 1 - les facteurs propres au patient : le traitement général
- 2 - les facteurs locaux d'atteinte des tissus : le traitement local

Un des premiers principes est le dépistage précoce de l'escarre. Son traitement est d'autant moins difficile que la lésion est débutante.

1 · Le traitement général

On n'insistera jamais assez sur le traitement général. Lorsque l'escarre est constituée des mesures urgentes s'imposent. Il est important de solliciter immédiatement un avis spécialisé car il faut dans tous les cas revoir l'ensemble de la prise en charge, il ne s'agit pas d'une plaie ordinaire. On doit donc traiter le patient dans sa globalité, identifier dans la mesure du possible les circonstances d'apparition de l'escarre, et mettre en place des soins locaux et généraux de bonne qualité. La première décision à prendre est la suppression de l'appui sur la zone concernée en ne mettant pas en danger d'autres régions du corps.

La nutrition et l'hydratation revêtent une importance fondamentale, elles requièrent dans la mesure du possible l'intervention d'une diététicienne.

2 · Le traitement local

Il est difficile de proposer une conduite standardisée. Le principe d'utilisation de chaque produit doit être respecté. Après reconnaissance des stades lésionnels les propositions suivantes peuvent servir de guide.

a - les stades évolutifs

I.'érythème est mis en décharge et surveillé avec beaucoup d'attention ; l'application d'une huile peroxydée peut être un appoint, l'évolution de cette lésion est parfois spontanément résolutive, les principes de prévention sont alors simplement réactivés.

Il en est de même pour une bursite débutante découverte par la palpation. Une phlyctène séreuse est incisée, si le couvercle épidermique peut être conservé cette lésion fait l'objet d'une simple surveillance, l'excision complète étant pratiquée huit à dix jours plus tard lorsque la réépidermisation sous-jacente est complète.

Si ce n'est pas le cas la plaie est alors traitée comme une ulcération superficielle. Le choix se fait entre un pansement gras changé tous les deux jours ou un hydrocolloïde sous forme de plaque qui est renouvelé lorsque le pansement est saturé.

La nécrose est dans tous les cas soigneusement excisée. Ce geste est pratiqué lorsque le couvercle nécrotique a été ramolli par des pansements imbibés de sérum physiologique ou de nouveaux pansements hydrophiles pendant quelques jours.

La phase de détersion débute. Les objectifs sont alors d'éliminer les tissus nécrosés résiduels, de contrôler l'exsudat de la plaie, de réduire au maximum le risque de surinfection et de favoriser le bourgeonnement et la réépidermisation.

b - à partir de ce stade, deux étapes vont permettre d'aboutir à la cicatrisation : la détersion et la conduite du bourgeonnement.

- la **détersion** peut être assurée par plusieurs classes de pansements. Une méthode classique utilise un pansement gras quotidien en plusieurs épaisseurs (détersion dite suppurée). Les enzymes protéolytiques ont également des adeptes bien que leur efficacité soit parfois remise en cause. Les polysaccharides sont aussi proposés à ce stade ; leur action détersive de type mécanique est démontrée. Lorsque la taille de la plaie est importante ou quand elle est très exsudative, l'emploi des alginates sous forme de compresses renouvelées tous les jours donne de bons résultats.
- Le **bourgeonnement** est ensuite stimulé par l'utilisation de pansements gras renouvelés tous les deux jours ou par un pansement hydrocolloïde ou hydrocellulaire. La réépidermisation est en général assurée par un pansement gras, un hydrocolloïde ou un film semi-perméable de polyuréthane.
- Le diagnostic et le contrôle de l'infection sont délicats. L'usage des antiseptiques est discuté, on le réserve souvent aux escarres du siège ou aux lésions profondes qui se surinfectent plus facilement. Les prélèvements bactériologiques sont inutiles. C'est l'aspect inflammatoire d'une plaie et de son pourtour, son aggravation brutale, qui doivent faire redouter une infection. Un antiseptique à base d'iode peut alors dans une certaine mesure la circonscrire.

- Les obstacles à la cicatrisation doivent être analysés avec soin. Il peut s'agir d'un appui maintenu sur la plaie, d'une colonisation bactérienne trop active, d'une mauvaise prise en charge médicale d'une pathologie neurologique, d'une nutrition insuffisante. Avant de modifier le traitement local il faut toujours reconsidérer la prise en charge globale du patient.
- La **place de la chirurgie** se discute essentiellement chez le paraplégique ; elle permet de réduire considérablement la durée de cicatrisation et limite les récurrences in situ en offrant un matelassage tissulaire de protection face aux saillies osseuses. Des soins préopératoires de qualité, en particulier généraux, sont indispensables ; l'appui sur l'escarre est rigoureusement proscrit, des antiseptiques sont utilisés pour limiter le risque de surinfection de la plaie, enfin une détersion efficace est réalisée. La technique chirurgicale la plus appropriée est certainement celle du lambeau musculocutané qui permet d'obtenir un recouvrement de bonne qualité de l'escarre. La phase postopératoire exige un nursing irréprochable, l'appui sur la région cicatricielle est réduit au plus strict minimum ; lorsque le patient peut la tolérer, la position en procubitus est excellente, en veillant bien sûr à ne pas exposer dangereusement de nouvelles zones d'appui ; le choix d'un support dont l'efficacité a été démontrée est vivement recommandé.
- Les **soins de rééducation**, l'hygiène, la correction d'une éventuelle anémie, sont autant de nécessités pendant cette phase postopératoire immédiate. La chirurgie de l'escarre s'inscrit donc dans une prise en charge globale de qualité du patient. Elle doit être l'occasion de reprendre l'histoire naturelle de l'escarre, de définir le plus précisément possible les circonstances de sa survenue pour tirer un enseignement positif et mettre en place des moyens de prévention efficaces.

2 · CETTE ARGUMENTATION EXPLIQUE BIEN LA NECESSITE D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION

La prévention doit débuter dès que le risque est identifié. Elle est la responsabilité de l'équipe d'accueil du patient et constitue une priorité thérapeutique.

L'**installation au lit** doit tenir compte des bonnes positions articulaires et des impératifs orthopédiques classiques. En phase initiale des pathologies à risque un programme de retournements est instauré en alternant toutes les trois heures décubitus dorsal, décubitus semi-latéral droit et gauche et en proscrivant le décubitus latéral strict qui expose dangereusement la région trochantérienne.

Les **soins d'hygiène** corporelle tiennent aussi une place importante, permettant de maintenir une peau propre et sèche et d'exercer une surveillance pluriquotidienne de toutes les zones d'appui. Les massages à type d'effleurage sont un appoint supplémentaire. Le choix d'un matelas capable de réduire efficacement les pressions exercées est essentiel. A cette phase, dans la mesure où l'environnement médical du patient est de bonne qualité, un matelas de mousse découpée ou un surmatelas à air alterné ou statique, dispositifs qui ont démontré leur valeur, sont amplement suffisants. Néanmoins il faut retenir qu'**aucun matériel, même sophistiqué, ne suffit à prévenir l'escarre** et plutôt considérer le support comme l'un des éléments de la prévention. L'habitude d'une hygiène rigoureuse est également à prendre une peau qui macère est très vulnérable.

L'**aspect nutritionnel** est prioritaire. L'évaluation clinique et biologique de la dénutrition doit devenir un réflexe. Une alimentation et une hydratation suffisantes sont apportées dans tous les cas et notamment lors des phases de risque accru. La ration calorique moyenne est de 40 kcal/kg de poids/jour en privilégiant l'apport protéique. Au long cours, lorsque l'on a affaire à une pathologie chronique la prévention doit dans toute la mesure du possible être **enseignée au patient** et faire partie intégrante d'une véritable éducation. Cela s'applique notamment au patient paraplégique mais aussi au patient âgé en prenant en compte son environnement socio-familial.

CONCLUSION

L'escarre a un coût humain, économique et fonctionnel important.

Tous les efforts doivent donc être axés sur sa prévention qui est sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire, mais cette responsabilité revient dès que possible au patient lui même ou à son entourage proche.

Des progrès restent à faire pour mieux évaluer les facteurs de risque, développer une véritable pédagogie de prévention. L'escarre doit devenir une priorité de la médecine, elle ne doit pas être reléguée à un simple problème de "nursing " du ressort de l'infirmière ou de l'aide soignante.

Elle doit au contraire être le reflet de la qualité des soins dont toute l'équipe paramédicale et médicale est responsable. Enfin il faut toujours mesurer les répercussions fonctionnelles d'une escarre qui entrave la verticalisation, la station assise, certaines techniques de rééducation ou le chaussage et retarde, voire compromet définitivement, l'autonomie des patients.

Il est donc clair que l'escarre n'est pas réduite à un simple problème de cicatrisation. Elle est le symbole de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et concertée de toute l'équipe soignante.

-
1. Service de Rééduc. Fonct. CHRU CRRF, rue des Capucins - 49024 ANGERS
 2. Service de RRF - Hôpit. De Gonesse - 95503 GONESSE
 3. CRF Rennes-Beaulieu - 35000 RENNES

ASSOCIATION P.E.R.S.E.