

Traitement des escarres

SPES

Date : validé en Conseil d'Administration le 06/05/2004

Principes généraux

<p>A PROPOS DE LA SITUATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager le traitement en gardant en perspective le pronostic du patient et de l'escarre lui-même • Continuer la prévention • Limiter l'extension • Limiter l'inconfort
<p>A PROPOS DU MILIEU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La cicatrisation doit toujours se faire en milieu <u>humide</u> et <u>fermé</u>. <i>(exception: escarre talonnière nécrotique non inflammatoire)</i> • Toujours garder la plaie humide (mais pas trop..) • Elle se fait en 3 stades: détersion , bourgeonnement , épidermisation
<p>A PROPOS DE GERME</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On doit respecter l'écosystème de la plaie: <u>aucun germe</u>, en quantité modérée, n'entrave la cicatrisation, au contraire. ▪ Donc, pas d'antibiotique (sauf si surinfection <u>avérée</u>) et pas d'antiseptique. ▪ Prélèvement bactériologique uniquement en cas de fièvre, (une surinfection se repère à l'aspect perilesionnel, inflammatoire et oedematié)

A PROPOS DE PANSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pansement propre <u>non stérile</u> (sauf pour découper les nécroses) ▪ Nettoyer à l'eau (douchette) et au savon doux neutre et/ou sérum physiologique ▪ Sécher le pourtour de la plaie mais pas la plaie ▪ Protéger le pourtour avec p\hat{a}te à l'eau type Aloplastine® ▪ éviter le frottement de la plaie risque d'arrachage des bourgeons ▪ Tout pansement est à surveiller <u>quotidiennement si possible</u> (même si laissé en place plusieurs jours)
SONT A PROSCRIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Les massages: risque de clivage derme/hypoderme • Les colorants type Eosine, Millian, Permanganate, Betadine • Les antibiotiques locaux et antiseptiques locaux • Les solutions alcooliques
GARDER TOUJOURS SA PLACE A LA PRÉVENTION	<ul style="list-style-type: none"> • support adapté • installation confortable et mise en décharge • apport diététique correct • soins d'hygiène vigilants <p style="text-align: center;">(voir <u>protocole prévention d'escarres</u>)</p>

Evaluation

➤ ÉVALUATION DE LA PLAIE

▪ ÉVALUATION INITIALE

◆ Doivent figurer dans le dossier médical partagé:

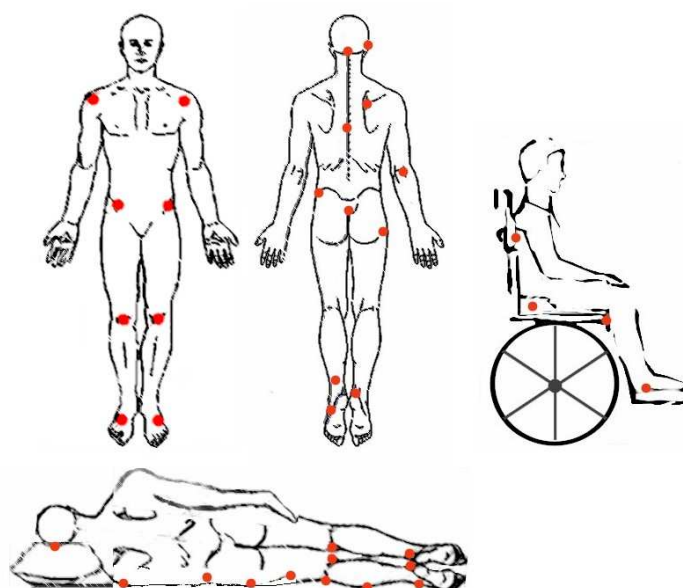
- le nombre d'escarres
- la localisation
- le stade (voir classification de Garches)
- la surface et profondeur
- l'aspect perilesionnel
- l'évaluation de la douleur

▪ ÉVALUATION DE SUIVI





◆ Doivent figurer dans le dossier médical partagé:

- plutôt en fonction de la couleur (voir classification RYB)
- l'aspect de l'exsudat
- l'aspect de la peau péri-lésionelle
- la surface et de la profondeur (calque ou mesure dimensions)
- les facteurs associés (infection, fistule, contact osseux..)
- l'évaluation de la douleur (permanente ou liée aux soins)
- l'évaluation de l'état nutritionnel

CLASSIFICATION DE GARCHES			
Stade 0	Stade de la menace (réversible si mise en décharge)	Rougeur qui blanchit à la pression du doigt ou à la vitropression = hyperhémie réactionnelle, disparaît aux changements de position	
Stade 1	Érythème (réversible si mise en décharge)	rougeur de la peau ne disparaît pas à la pression du doigt, réversible si mise en décharge (sur peau foncée: apprécier chaleur induration décoloration)	
Stade 2	Lésion cutanée partielle	touche l'épiderme et le derme: Abrasion, ulcération superficielle, phlyctène	
Stade 3	Ulcération profonde	nécrose de la totalité de la peau sans dépasser le fascia des muscles	
Stade 4	Perte de substance	nécrose profonde: os, tendon articulation, muscle	



Points de compression maximum

Couleur	Type de tissu	
Noir brun	Nécrotique	
Jaune blanc	Fibrineux	
Rouge vif	Granulation	
Rose Blanc	Épithélial	

Quantité	Type d'exsudat		
	Consistance	Odeur	Couleur
absence	épaisse = pus	oui = surinfection	vert = pyocyanique (attention, la Biafine® peut virer au vert)
faible			
modérée	fluide	non	brun = souillures
élevée			

Aspect de la peau péri-lésionnelle	
Inflammée?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ extension d'escarre? ▪ <u>phagédénisme</u> ? ▪ eczéma +++ ▪ intolérance aux pansements?
Traumatisée?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ arrachages répétés liés aux adhésifs?
Présence de fistule?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ liée à un phagédénisme?
Saine et ferme?	<ul style="list-style-type: none"> • en voie de cicatrisation

➤ ÉVALUATION DU PATIENT

De son état nutritionnel	
<ul style="list-style-type: none"> • régime hyper protidique • supplémentation vitaminique • hydratation 	à réévaluer en fonction de la situation clinique <u>voir protocole prévention escarres</u>

De son niveau d'inconfort	
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> • Physique et/ou moral?
Douleurs?	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des changements de position? • Lors des pansements?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Échelles d'auto évaluation ou d'hétéro évaluation
Antalgie locale	<ul style="list-style-type: none"> • Produits type Emla®
Antalgie générale	<ul style="list-style-type: none"> • Morphine • Si besoin Hypnovel®

Indications des différents pansements

	Détersion	Bourgeonnement	Epidémisation
Hydrocolloïdes	—————		
Hydrocellulaires		—————	
Hydrogels	—————		*
Alginates	—————		*
Hydrofibres	—————		*
Films semi-perméables			—————
Charbons	*	—————	**

Traitement en fonction de l'aspect

➤ Principes de base

- Déterger le plus précocement possible pour arriver au plus tôt au stade de bourgeonnement
- Ne pas utiliser les hydrocolloïdes (type Comfeel ou Duoderm) avant une proportion 50/50 de fibrine/bourgeons

ASPECT LOCAL	TRAITEMENT
Phase d'érythème (stades 0 et 1)	<ul style="list-style-type: none"> • réversibles si mise en décharge • repérage et application des mesures de prévention (voir protocole prévention escarres) • ne pas masser • effleurage possible (Sanyréne, Huile de maïs ou de pépin de raisin) • Hydrocolloïde mince <ul style="list-style-type: none"> ○ transparent pour surveiller la peau ○ Ne changer la plaque que lorsqu'elle se décolle spontanément (~1 fois par semaine)
Phase de phlyctène ou désépidermisation (stade 2)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Phlyctène</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ ne pas découper le calot sauf si phlyctène hémorragique (découper le calot pour éviter une surinfection) ○ vider et mettre un film transparent • <i>Désépidermisation</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ hydrocolloïde mince transparent semi perméable ○ Ne changer la plaque que lorsqu'elle se décolle spontanément 1 fois par semaine ○ En cas d'exsudat important : pansement hydrocellulaire (plus absorbant) voire Alginate

<p>Plaie nécrotique noire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si nécrose humide ou fibrine sale</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ramollir la plaque :Hydrogel ○ Détersion mécanique au bistouri ou ciseaux et pince (<u>ça n'est pas douloureux</u>) ○ Scarifications des bords vers l'intérieur pour ne pas blesser les berges saines. ○ Changer le pansement tous les 1 à 3 jours selon l'état d'hydratation de la plaque. • <u>Si nécrose sèche des membres inférieurs</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ sans réaction inflammatoire, sans sillons d'élimination humide, sans abcès (talon) ○ laisser sécher sous compresse
<p>Phase d'ulcération jaune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • risque de surinfection +++ • si peu exsudative : hydrocellulaire • si très exsudative : Hydrofibres ou Alginate, recouvrir avec un Hydrocellulaire • maintenir avec un pansement non occlusif : (pansement chirurgical) • changer le pansement selon la quantité d'exsudats et l'aspect de la plaie • <i>cas particulier : si plaie creusée(mais détergée)</i> : Alginate mèche, Hydrofibre mèche, Hydrocolloïde pâte, Mousse en coussinet, Hydrocellulaire • <i>cas particulier : si malodorante</i> : pansement au charbon avec un pansement non occlusif, métronidazole préparation injectable en lavage local, pommade Rozex (à changer tous les jours) • un nouveau pansement associe du charbon actif, coussinet absorbant hydrocellulaire et un film semi-perméable: Alione charbon
<p>Phase de granulation rouge (hyper-bourgeonnante)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoïde local (ex :Diprosone crème) <ul style="list-style-type: none"> ○ sous tulle neutre Jelonet ou interface type Adaptic, Urgotul, ou Physiotulle ○ à changer tous 2 à 3 jours • Crayon de nitrate d'argent (prudence++)

Phase d'épidermisation

(dure de 1 à 3 mois)

- Restauration de l'épiderme de la périphérie vers le centre de la plaie
- Hydrocolloïde mince transparent type Duoderm ou Comfeel
- Changer la plaque lorsqu'elle se décolle spontanément (1 fois par semaine)
- Autour de la plaie : pâte à l'eau (type : Aoplastine)
- *Si plaie atone :*
 - diagnostic différentiel = cancérisation
 - hydrogel recouvert d'un pansement hydrocellulaire
 - Ou Ialuset (préférer la crème) recouvert d'un pansement 2aire (Opsite ou Tegaderm) à changer quotidiennement
- *Si plaie sèche :*
 - Pansement gras non adhérent : Adaptic, Urgotul, ou Physiotulle
 - Recouvrir d'un pansement secondaire non occlusif ou hydrocolloïde mince transparent