

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE****Réalisé** : S.COUBE, A.CHOLLAT**Approuvé** : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT**Validé** : CME**Date validation** : 19 juin 2007**Version** : 2**OBJET**

Prévenir la formation des plaies chroniques chez l'adulte et le sujet âgé hospitalisé à l'Hôpital Local de Saint Geoire en Valdaine. Prendre en charge les escarres de l'adulte et du sujet âgé hospitalisé à l'Hôpital Local de Saint Geoire en Valdaine.

DOMAINE D'APPLICATION

Tous les services de l'Hôpital Local de Saint Geoire en Valdaine.

DESTINATAIRES -UTILISATEURS

Médecins
Pharmacien
IDE
A.S
Ergothérapeute
Kinésithérapeute

REFERENCES

- ANAES : Conférence de consensus « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » - Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001- Hôpital Européen Georges-Pompidou - Paris
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 (décret de compétence IDE), article .
- « La prise en charge des escarres du sujet âgé ». Repères en gériatrie, 2006, Vol.8 n°58
- Site <http://www.escarre.fr>, consulté en mai 2007

DEFINITIONS

Escarre : Ischémie tissulaire localisée, parfois profonde, située sur des zones de pression des sujets immobilisés, provoqués par un écrasement des parties molles entre un plan osseux et un plan dur.

Escarre accidentelle : escarre liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou conscience

Escarre neurologique : escarre liée à une pathologie neurologique chronique, motrice et/ou sensitive.

Escarre plurifactorielle : se rencontre chez sujet confiné au lit et/ou fauteuil, polypathologique. C'est le plus fréquent en gériatrie.

Prévalence : En France, prévalence de l'escarre du patient hospitalisé : 10% et incidence de 4,3%.

Age moyen : 74 an

Coût moyen d'une escarre: 15245 € à 22867€

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

Localisation : - sacrum 40% (chez les patients assis en position affaissée vers l'avant, ou chez des patients alités en position semi-assise)
- talon 36% (fréquente chez les patients alités en position dorsale)
- ischion (fréquente chez les patients assis)
- trochanter 7% (chez les patients alités en position latérale)

= parties molles comprimées entre une proéminence osseuse et le support du patient.
Autres localisations possibles : bord de l'oreille, joues, face postérieure de la tête, épaules, coudes, l'escarre due à une sonde urinaire mal fixée ou mal positionnée et qui passe entre le patient et son lit.

ANNEXE

Tableau n°1 : Prévention

Tableau n°2 : Choix du support

Tableau n°3 : Choix du pansement en fonction du stade

Fiche d'évaluation du risque d'escarre de Waterloo

EVALUATION DU PROTOCOLE

L'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact du protocole sont effectués par le groupe de travail Plaies et Cicatrisation sur des critères tels que diminution du nombre de nouvelles escarres ou mesures de prévalence. Ce protocole est à réviser en cas de changements des produits mis à disposition des services par la pharmacie, de modifications des possibilités thérapeutiques et en fonction des résultats des évaluations.

MISE EN ŒUVRE

Table des matières :

1-PREVENTION

2-TRAITEMENT GENERAL

3-TRAITEMENT DE LA PLAIE « ESCARRE » :

1-Principes de base et recommandations

2-Classification de l'escarre selon les stades :

- ⇒ Classification de l'escarre en 4 stades
- ⇒ Choix du pansement
- ⇒ Classification colorielle

PRISE EN CHARGE=

①PREVENTION+② TRAITEMENT GENERAL+③TRAITEMENT DE LA PLAIE « ESCARRE »

<ul style="list-style-type: none"> * La prévention +++ et l'identification des malades à risque -> cf tableau n°1 * Le massage <u>très léger</u> * Le dépistage précoce 	}	①
<ul style="list-style-type: none"> * La renutrition du malade amaigri et la correction des troubles de l'hydratation * Le positionnement du malade et les supports -> cf tableau n°2 	}	②
<ul style="list-style-type: none"> * Le soulagement de la douleur * L'utilisation de pansements adaptés -> cf tableau n°3 	}	③

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

1. PREVENTION :

! AUCUN MOYEN DE PREVENTION NE SUPPRIME LES SOINS !

1- Identifier les facteurs de risque :

- par le jugement clinique
- par l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque : **Echelle de WATERLOO**

Dans les 3 jours après l'entrée :

①remplir cette évaluation lors d'une relève en collant l'étiquette patient

②valider cette évaluation par le médecin

③inclure cette évaluation dans le dossier I.D.E.

Cette évaluation est à renouveler à chaque changement d'état du résident.

Tableau n°1 : Prévention

Facteurs de risque		Moyens de prévention
<p><u>Liés au patient</u></p> 	<p>Age > 70 ans</p> <p>Etat général et nutritionnel (dénutrition, obésité, déshydratation)</p> <p>Immobilité, agitation, troubles neurologiques, de la motricité</p> <p>Baisse du débit circulatoire systémique</p> <p>Troubles de la sensibilité</p> <p>Etat psychologique, manque de motivation à participer aux soins</p> <p>Incontinence, diarrhées, hyperthermie, troubles vasomoteurs</p>	<p>Etat nutritionnel : FICHE DE SUIVI NUTRITIONNEL</p> <p>Gestion des postures et de l'immobilisation ↳ <u>FICHE DE POSITIONNEMENT</u></p> <p>Favoriser la participation du patient : information du risque, autopositionnement.</p> <p>Soins : -toilette -change -gestion de l'incontinence</p> <p>Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération : toilette quotidienne à renouveler si nécessaire. Peau sèche.</p>
<p>Réévaluer la situation à chaque passage</p>		

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

2. TRAITEMENT GENERAL:**A prescrire en tenant compte du score de Waterloo**

- 1- Prise en charge de la malnutrition protéino-énergétique :
 - fiche de suivi nutritionnel
 - prescription de régime hyper calorique et/ou de suppléments nutritionnels par le médecin
 - lutte contre l'hyper catabolisme : dépistage et traitement des épisodes infectieux.
- 2- Lutte contre l'hypoxie :
 - traitement d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs
 - lutte contre l'anémie
 - lutte contre les bas débits circulatoires.
- 3- Prise en charge de la douleur :
 - repérer la douleur
 - traiter la douleur
 - évaluer l'efficacité du traitement

Cf protocoles « Prise en charge de la douleur aiguë » et « Prise en charge de la douleur chronique ».

3. TRAITEMENT DE LA PLAIE « ESCARRE »**La retranscription de ce traitement dans la fiche de pansement est essentiel au suivi****1- Principes de base et recommandations :**

- surveiller quotidiennement le pansement ;
- la cicatrisation se fait en milieu humide ;
- certaines étapes de la cicatrisation sont longues, nécessitant de respecter le protocole plusieurs jours avant une réévaluation. **Le respect de la durée du pansement est une garantie de l'efficacité de celui-ci ;**
- choisir le bon pansement et la bonne taille (marge : 1 à 2 cm maximum) ;
- éviter le massage dès que l'escarre est constituée (risque d'aggravation)
- éviter les antiseptiques et les antibiotiques locaux pour respecter la flore bactérienne locale :

PLAIE COLONISEE (normal dans l'évolution de la plaie) ≠ PLAIE INFECTEE

Les signes d'infection régionaux ou généralisée (inflammation, rougeur, œdème, éventuellement fièvre) imposent un traitement systémique après prélèvement ;

- le lavage ne s'impose que s'il y a des souillures extérieures (selles) à enlever ou si la plaie est très colonisée (malodorante) : il est déconseillé sur les plaies superficielles et bourgeonnantes. Laver abondamment avec de l'eau (et du savon dilué si besoin) « sous pression » (NaCl 0,9% MINI VERSOL®) sans frotter ;

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE****Réalisé :** S.COUBE, A.CHOLLAT**Approuvé :** Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT**Validé :** CME**Date validation :** 19 juin 2007**Version :** 2

- Traiter la douleur liée aux soins de la plaie :
 - o Si nécessaire : 1 heure avant les soins antalgique par voie générale.
 - o Pour douleurs localisées et aiguës : Emla® crème (AMM pour la détersion mécanique de l'ulcère de jambe) Appliquer la quantité de crème nécessaire (1 à 2 g pour 10 cm² de surface sans dépasser la dose maximale de 10 grammes.) 30 minutes avant le début de la détersion et recouvrir d'un pansement adhésif hermétique. Compte tenu de la couleur blanc opaque de la crème, son ablation doit être complète pour réaliser une détersion guidée. Elle doit être limitée à un maximum de 8 applications pour un épisode ulcéreux .Ne pas utiliser de façon permanente d'un pansement à l'autre dans un but antalgique.

2-Classification de l'escarre selon les stades :⇒ Classification de l'escarre en 4 stades :

le stade 1, érythème : rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt ou après la levée de la pression ; en cas de peau plus pigmentée : modification de la couleur, œdème, induration. ,

le stade 2, désépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse, selon qu'elle contient ou non du sang,

le stade 3, nécrose : plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous-jacents dévitalisés,

le stade 4, ulcère : plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

⇒ Classification colorielle :

Elle est basée sur une cartographie des couleurs, et un raisonnement en terme de pourcentage de :

- rouge (bourgeonnement)
- jaune (exsudat ou fibrine)
- noir (nécrose)

Elle a l'avantage d'être très facile d'emploi et de permettre un suivi aisé d'une plaie. Par contre, elle confond les tissus de bourgeonnement et les tissus à vif lors d'une plaie.

Une variante de cette classification différencie le rouge (tissus à vif) du rose (bourgeonnement), permettant une meilleure analyse de la plaie. Cette variante, qu'on peut qualifier de clinico-colorielle, est plus performante mais plus délicate à utiliser.

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

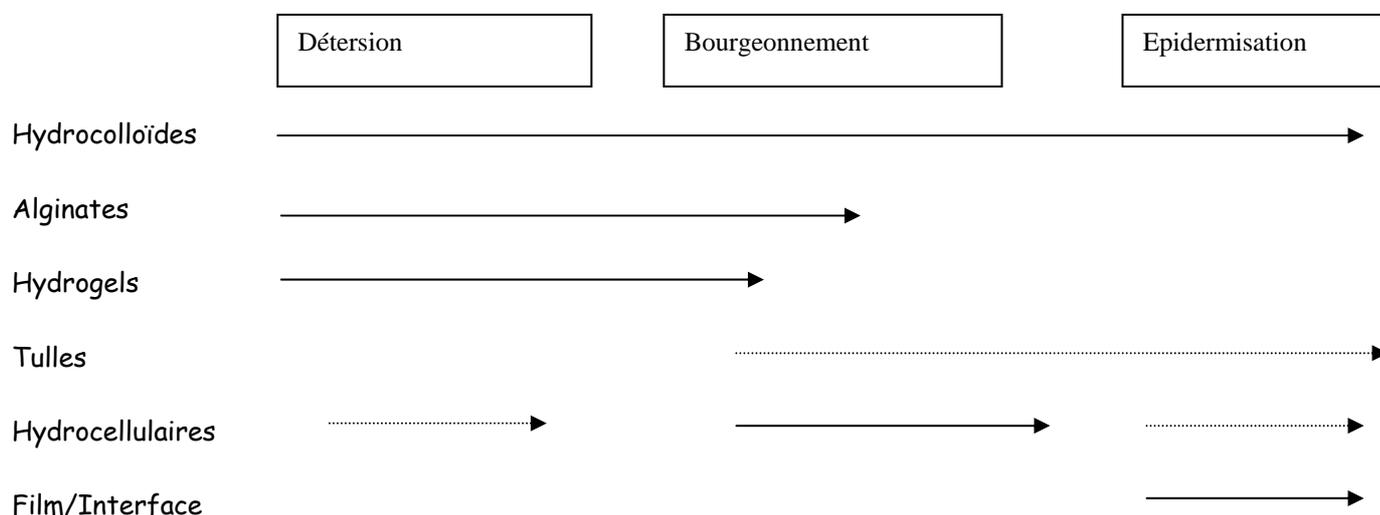
Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

⇒ Choix du pansement :

Le choix est fonction :

- du stade de l'escarre
- de la forme (talon et sacrum : formes spécifiques pour s'adapter)



**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

Tableau n°3 : Choix du pansement en fonction du stade de l'escarre

THERAPEUTIQUES					
STADE	PRODUIT	SPECIALITE DISPONIBLE A L'HLSGV	INFO	RENOUVELLEMENT	
1	Peau saine ou rougeur réversible	Huile	Sanyrène	Massage circulaire par affleurement à mains nues. Une pulvérisation par point	4 fois/jour jusqu'à pénétration du produit
	Rougeur persistante	Film de polyuréthane Ou Hydrocolloïde mince	Tégaderm Algoplaque film	Appliquer en lissant du centre vers les bords sans étirer Ne pas masser	4 à 6 jours 1 semaine maximum Le plus longtemps possible
2	Phlyctène ou désépidermisation	Hydrocolloïde mince Peau fragile	Algoplaque film Urgotul	Ne pas pratiquer de massage Ne pas l'inciser (percer avec aiguille stérile si liquide à évacuer)	4 à 6 jours 1 semaine maximum
	Appui sur rougeur persistante	Hydrocolloïde de type plaque mousse	Algoplaque HP		4 à 6 jours 1 semaine maximum

Si détérioration malgré les soins, passage aux soins curatifs

CURATIF

PLAIE NOIRE, STADE DE NECROSE					
STADE	PRODUIT	SPECIALITE	INFO	RENOUVELLEMENT	
3	Hydrogel + Hydrocolloïde mince transparent	Urgo-Hydrogel + Algoplaque Film	Gel en couche de 0.5cm d'épaisseur sans dépasser le pourtour de la plaie	A saturation de la plaie	

Tableau n°3 : suite

Tableau n°3 : suite					
PLAIE JAUNE, STADE DE DETERSION					
	PRODUIT	SPECIALITE DISPONIBLE A L'HLSGV	INFO	RENOUVELLEMENT	
S T A D E 4	Exsudats modérés	Hydrocolloïde opaque	Algoplaque	Si plaie creusée : Algoplaque Pate + pansement	3 à 7 jours (en fonction de la localisation)
	Exsudats abondants Et/ou Plaie hémorragique	Alginate	Urgosorb	Pansement secondaire nécessaire	1 à 2 jours
	Malodorante et exsudative +/- infectée	Alginate + pansement au charbon	Urgosorb + Actisorb Ag		1 à 2 jours
	PLAIE ROUGE, STADE DE BOURGEONNEMENT				
	Exsudats modérés	Hydrocolloïde opaque	Algoplaque	Si plaie creusée : Algoplaque Pate + pansement	3 à 7 jours
	Exsudats abondants	Hydrocellulaire	Allevyn Talon : Allevyn Heel Sacrum : Allevyn sacrum Cellosorb		1 à 2 jours A saturation (jusqu'à 7 jours) 2 à 4 jours
	Exsudats très abondants	Alginate	Urgosorb		
	Hyper bourgeonnement	Tulle	Jelonet+diprosone		1 à 2 jours
	PLAIE ROSE, STADE D'EPIDERMISATION				
	Pas d'exsudats ou exsudats modérés Peau saine	Hydrocolloïde mince transparent Ou Film de polyuréthane	Algoplaque film Ou Opsite, tegaderm		3 à 4 jours
Peau altérée	Interface Tulle	Urgotul		2 à 4 jours	
Exsudats abondants	Hydrocellulaire	Allevyn non adhesive Cellosorb Lite		A saturation (jusqu'à 7 jours) 3 à 5 jours	

**PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES DE L'ADULTE
ET DU SUJET AGE**

Réalisé : S.COUBE, A.CHOLLAT

Approuvé : Groupe de Travail Plaies : M.POINTIER, B.BERTHOLET, M.HUMBERT

Validé : CME

Date validation : 19 juin 2007

Version : 2

⇒ Cas particuliers :

- **Plaie associant des zones de nécrose noire + zones de fibrine et/ou zone de bourgeonnement :** ne pas associer alginate et hydrogel (absorption de l'hydrogel par l'alginate) mais les appliquer en alternance et appliquer le film après l'hydrogel.
 - Si plaie très exsudative et début de bourgeonnement: recouvrir le fond de la cavité d'un pansement interface(Jelonet) , remplir ensuite la cavité d'alginate (Urgosorb).
 - Plaie exsudative et peau périphérique fragile : lipo-colloïde non adhésif (Cellosorb)
 - Plaie infectée : charbon+argent (Actisorb)

- **Plaie malodorante :** pansement au charbon (+alginate si exsudats très importants).

- **Plaie infectée :** à tous les stades, si la colonisation est critique (nombre de germes au niveau de la plaie augmente sans générer de réponse de l'hôte) :
 - Pansement au charbon activé avec de l'argent (Actisorb Ag)
 - Nano-cristaux d'argent : Acticoat ou Acticoat absorbent ; **Sur prescription médicale nominative (coût important et indications limitées).**

- **Plaie hémorragique :** utiliser un pansement alginate (Algotérial) possédant un pouvoir hémostatique.
- **Plaie artéritique :** éviter toute détersion cutanée sauf nécrose sèche. Eviter les pansements détersion (hydrocolloïde et hydrocellulaire).
- **Ulcère veineux :** associer une contention 24h/24h avec des bandes adaptées (type PROFORE).
- **Sur une peau périphérique fragile :** pansement non adhésif.
- **Soin palliatif :** discuter l'intérêt du traitement de l'escarre vis à vis du bénéfice/risque escompté pour le patient. Préférer le pansement à renouvellement espacé. Toujours associer le traitement antalgique adapté.