

Rencontre avec un expert : Escarres en soins palliatifs

Dr Adrien EVIN
Unité de soins palliatifs
CHU de Nantes

***Absence de lien d'intérêts déclarés par
l'intervenant***

Objectifs :

=> Savoir anticiper et soigner les plaies d'escarres

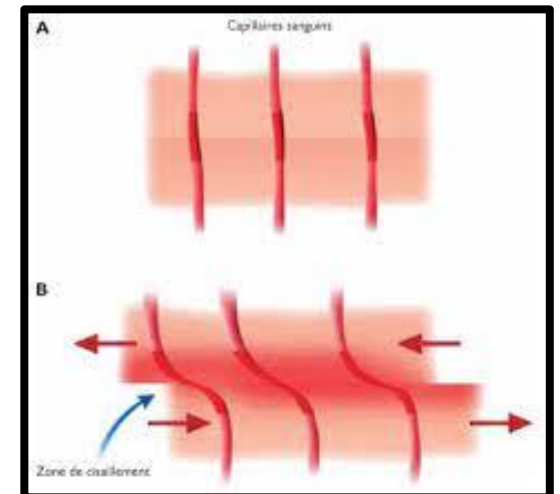
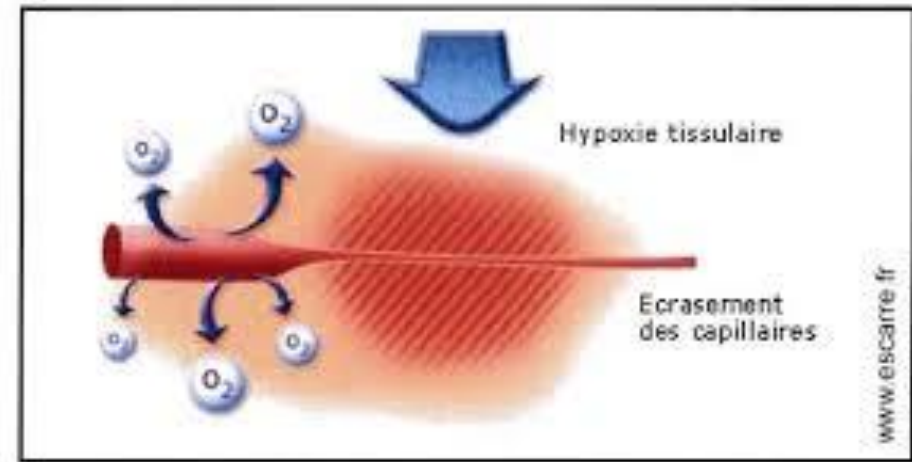
Plan :

1. Rappels sur les escarres
2. Focus sur la prévention
3. Focus sur les traitements
4. Spécificité des soins palliatifs

Rappels sur les escarres :

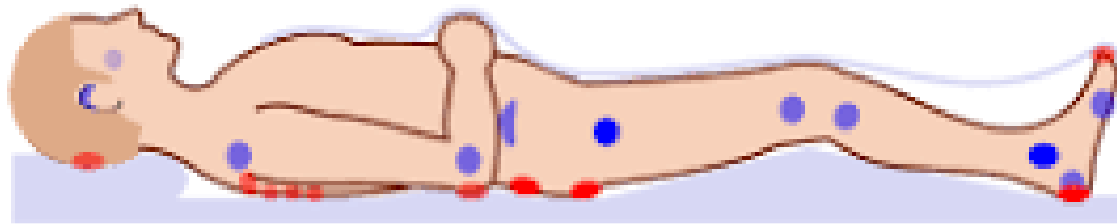
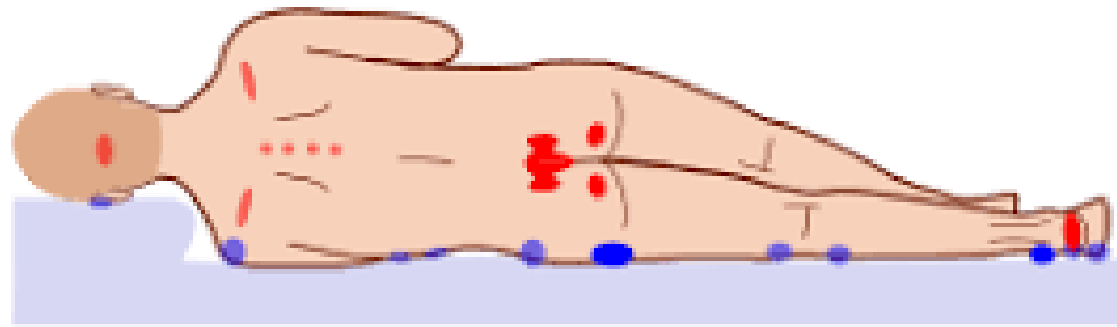
Définition :

- « **Pressure Ulcer** » = ulcère de pression
- Lésion cutanée d'origine **ischémique**
- Le **résultat d'un phénomène de pression**, ou de pression associée à du **cisaillement** + un certain nombre de **facteurs favorisants**



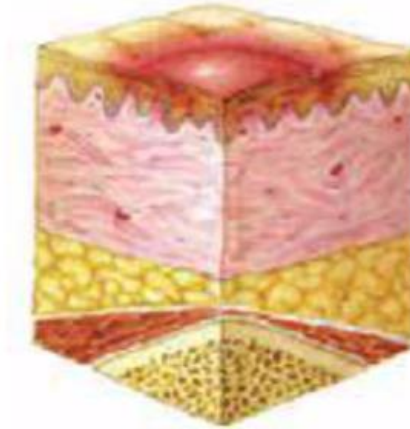
Rappels sur les escarres :

- localisée **au niveau** de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur **une proéminence osseuse**.



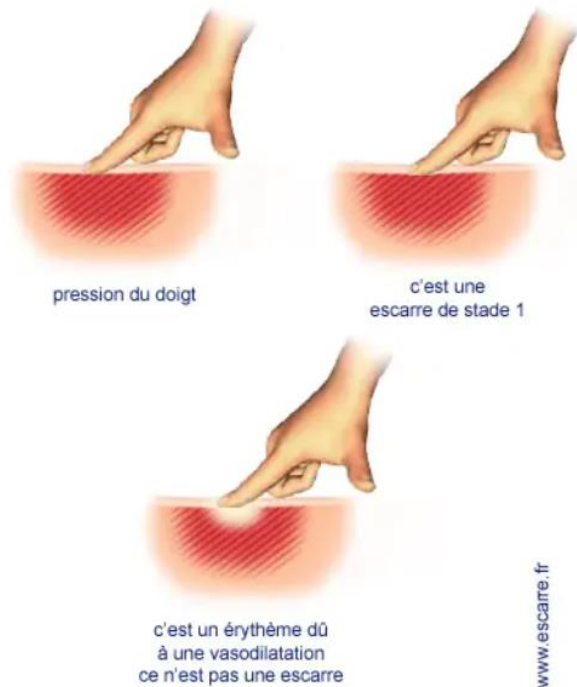
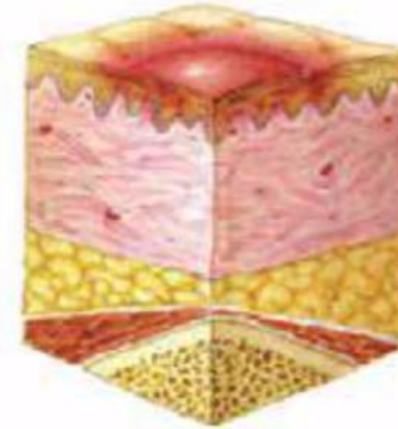
Rappels sur les escarres :

Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)



Rappels sur les escarres :

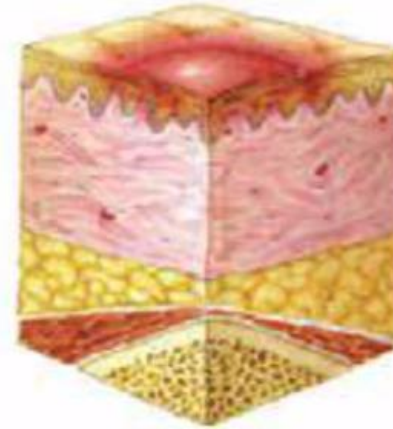
Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)



www.escarre.fr

Rappels sur les escarres :

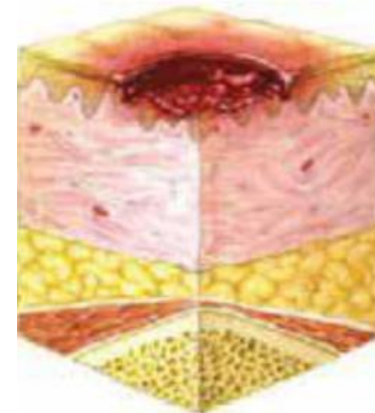
Catégorie/Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine (difficile si peau foncée)



Stade 2 : Atteinte partielle de la peau (derme) ou phlyctène

sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé, sans fibrine.

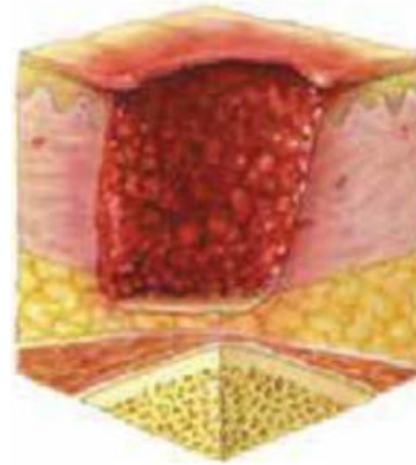
Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent.



Rappels sur les escarres :

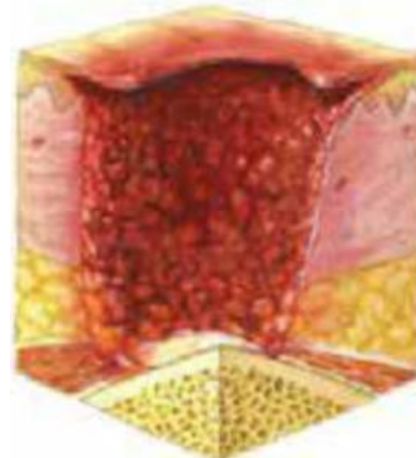
Stade 3 : Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible)

Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine.



Stade 4 : Perte tissulaire complète (muscle/os visible)

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes.



Rappels sur les escarres :

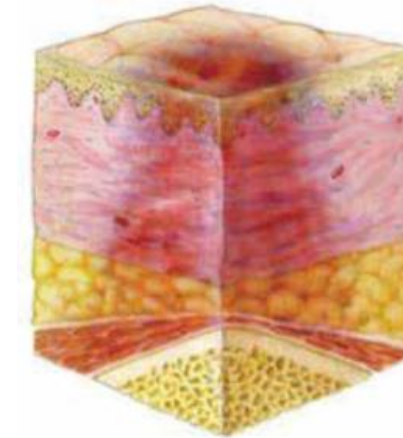
Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue

Tant que la fibrine et/ou la nécrose ne sont pas enlevées afin d'exposer le fond du lit de la plaie, la profondeur réelle ne peut être déterminée.



Dommmages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue

Zone délimitée de couleur pourpre ou brun-rouge avec une peau décolorée intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents



Rappels sur les escarres :

Les facteurs mécaniques :

- l'intensité et la durée de la pression,
- le cisaillement,
- la macération de la peau (sudation ou incontinence)
- la présence, en zone d'appui, d'éléments traumatisants (plis du drap, plis de la sangle du lève-malade, miettes, contention)

Les facteurs généraux/cliniques:

- la réduction perfusion et de l'oxygénation des tissus (hypovolémie, anémie, pathologie micro ou macro vasculaire, hypoxie...)
- l'immobilité
- l'état nutritionnel
- les maladies neurologiques, les troubles de la conscience
- l'âge
- Certains traitements...



Focus sur la prévention:

- ⇒ **Dépistage des patients à risques et des situations à risques :**
- Recherche des facteurs favorisants et précipitants
 - Par la surveillance clinique Et par des échelles d'évaluation

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		Mobilité Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		Activité Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition Alimentation habituelle		Humidité Degré d'humidité auquel la peau est exposée		Friction et cisaillement Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

≥ 18 : risque bas 13 à 17 : risque modéré 8 à 12 : risque élevé ≤ 7: risque élevé

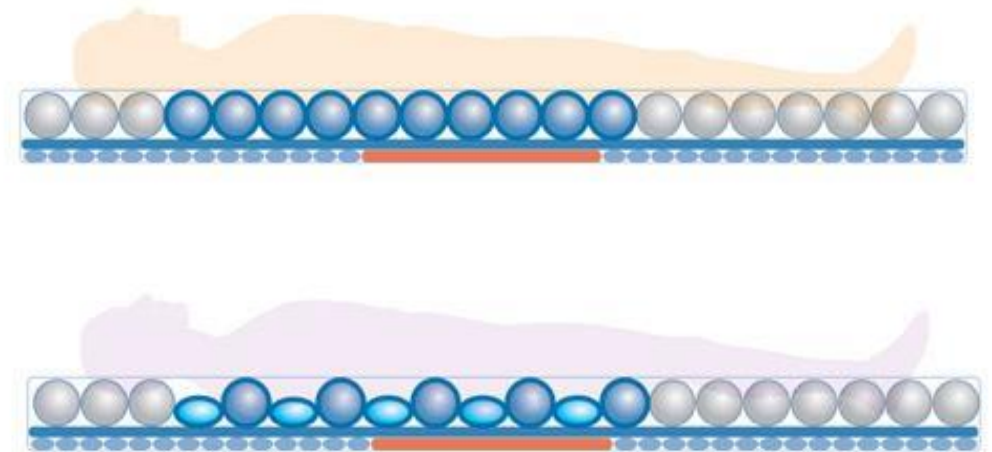
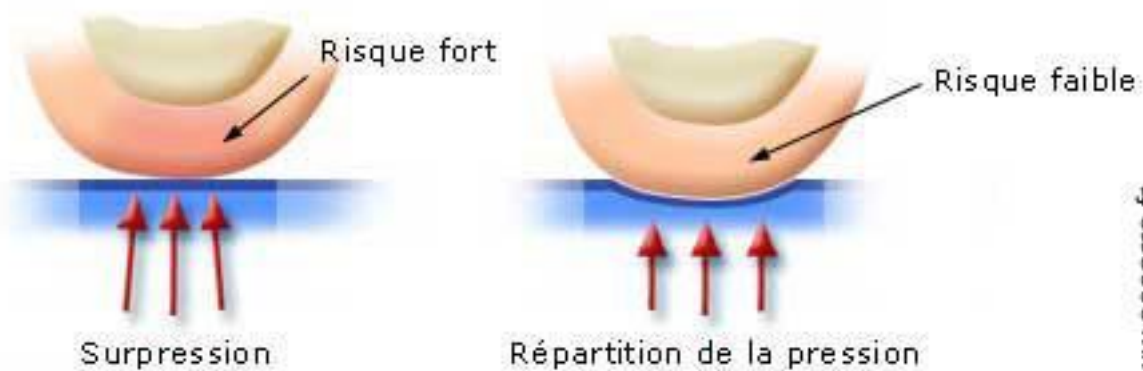
Focus sur la prévention:

- ⇒ **Mesures de prévention = prise en soins globale et en équipe**
- 3 axes principaux : Agir sur les phénomènes mécaniques / Maintenir l'intégrité de la peau / Maintenir ou rétablir un bon état nutritionnel
 - S'adapter à chaque patient et à son environnement

**« Quelques heures pour la constituer,
Quelques mois pour la guérir »**

Focus sur la prévention :

Supports statiques et dynamiques :



www.escarre.fr

Multiple dispositifs cf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf

Focus sur la prévention:

Supports statiques et dynamiques :

SUPPORT PROPOSÉ	CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT
Surmatelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 heures par jour au lit.
Surmatelas dynamique	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque d'escarre élevé et passant plus de 15 heures par jour au lit et incapable de bouger seul.
Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (> 2) et ne pouvant bouger seul au lit et qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour avec une aggravation de son état.

Focus sur les traitements :

⇒ **À différents niveaux :**

- L'escarre et ce qui l'entoure
- Le patient et ses facteurs de risques
- Son environnement

Avec toujours un temps d'évaluation et de suivi des actions menées

Focus sur les traitements :

⇒ **Locaux-régionaux (L'escarre et ce qui l'entoure) :**

- Levé la zone d'appui (matelas à air, coussin, arceau...)
- Soins locaux adaptés au stade de l'escarre
- Surveiller les signes de surinfections

Focus sur les traitements :

⇒ Locaux-régionaux (L'escarre et ce qui l'entourage):

Le pansement :

- Assurer un milieu chaud et humide (favorise action des PNN), perméable aux échanges gazeux
- Drainer les exsudats, ne pas faire saigner
- Peut être changé sans endommager la plaie
- Pas d'antiseptique

Focus sur les traitements :

⇒ Généraux :

- TOUJOURS une antalgie adaptée
- Evaluer et traiter les facteurs de risques et comorbidités (continence, hygiène, mobilité, polymédication...)
- Prise en charge nutritionnelle
- Evaluation et prise en charge du retentissement psychologique

Spécificité des soins palliatifs :

⇒ **Escarres et soins palliatifs :**

Fréquents **11,7-12,4%**, encore **plus en USP 28,8 %**

Patients à risques très élevés

Avec facteurs de risques fréquents (alitements, dénutrition, incontinence, pathologies neurologiques, cancer...)

Facteurs de risques d'acquisition d'escarres en USP : ATCD d'escarres, défaillance d'organe, hypoTA et corticoïdes au long cours

Spécificité des soins palliatifs :

⇒ **Quels objectifs de soins**

- Variable pour chaque situation
- Variable entre stade palliatif précoce ou terminal (continuité entre ces phases)
- Évaluation et réflexion formalisées en équipe des objectifs, et savoir les réadapter
- Savoir être imaginatif

Spécificité des soins palliatifs :

Que faire sur une escarre quand il n'y a plus rien à faire?

Les jeudis de la SFE - Webinaire du 25 mars 2021

1

Document adressé pour publication sous l'égide de l'ANAES

**APPORT D'EXPERT POUR LA CONFERENCE DE CONSENSUS DE L'ANAES
NOVEMBRE 2001
THEME : ESCARRE ET SOINS PALLIATIFS**

EXPERT : Dr FOUASSIER Pascale,



Spécificité des soins palliatifs :

Objectif de palier 1 = cicatriser l'escarre, prévenir la survenue de nouvelles escarres.

Objectif de palier 2 = limiter au maximum l'extension de l'escarre, éviter les complications et les symptômes inconfortables (infection, saignement, écoulement, odeur désagréable, douleur ...), éviter autant que faire se peut la survenue de nouvelles escarres.

Objectif de palier 3 = en phase ultime, maintenir le patient au propre en limitant au maximum les contraintes du soin, respecter autant que possible le besoin de tranquillité du malade.

Spécificité des soins palliatifs :

⇒ « Parler à l'escarre » = Représentations autour des plaies d'escarres :

Le patient ne voit pas sa plaie.

Importance de l'imaginaire.

Attention à ce que nous disons de cette plaie! Et ce qu'en entend le patient

Attention à nos collègues

Référentiels :

Review Article

Pressure ulcers in patients receiving palliative care: A systematic review

Amy Ferris^{ID}, Annie Price and Keith Harding



Palliative Medicine
1-13
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0269216319846023
journals.sagepub.com/home/pmj
SAGE



Treatment
qio
initiative
Advancing Excellence

EPUAP/NPUAP Publish New Pressure Ulcer Guidelines for Palliative Care





Dealing with the end of a loved one's life is difficult enough, but when wound and skin care issues are involved, the decisions about how to manage the patient can be even more challenging. The European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) have added a new section on palliative care to their pressure ulcer treatment guide to help clinicians navigate through some of these difficult treatment decisions.

Pressure Ulcer Treatment: Quick Reference Guide now includes a section on "Pressure Ulcer Management in Individuals Receiving Palliative Care," which is reproduced on the following pages for your reference. The palliative care perspective is woven throughout, showing how to focus treatment decisions on maintaining the patient's comfort in terms of pressure redistribution, nutrition and hydration, skin care, pain assessment and management and resource assessment.

Clinicians caring for terminal patients with pressure ulcers will find this resource tremendously helpful.

Improving Quality of Care Based on CMS Guidelines 39

Prévention et Traitement des Plaies de Pression: Guide de référence abrégé 2019


Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Escarres : prévention et prise en charge

Date : 04/01/2012



Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012



Des check listes COVID pour tous les lieux de soins:



CHECK LIST POUR LA PRÉVENTION DES ESCARRES EN PÉRIODE DE COVID DOMICILE

1 POSSIBILITÉ D'UTILISER LA TÉLÉMÉDECINE POUR LE SUIVI À DISTANCE DES PATIENTS COVID+



2 MATÉRIEL



- Evaluer les besoins en matériel, lit médicalisé, matériel de positionnement et matelas adaptés au risque
- Voir les disponibilités avec le prestataire de service
- Demander une prescription au médecin traitant
- En attendant oreiller, traversin, coussins du domicile pour pouvoir changer les appuis en lien avec les aidants

► Votre contact : Tél. Réduire l'échelle du document

3 HYGIÈNE/ NURSING associer les aidants naturels → montrer comment faire



- Laver, rincer, sécher en tamponnant, hydrater, protéger la peau avec une crème barrière
- Patient incontinant : privilégier les protections de nuit même le jour: objectif d'éviter la macération au lit
- Prévention des points d'appui (si possible, organisation avec les aidants en plus des passages à domicile des soignants)

4 DISPOSITIFS MÉDICAUX



- Sonde urinaire :
 - fixation adaptée sur la cuisse chez la femme
 - fixation adaptée sur l'abdomen chez l'homme
- Veiller à ce que la sonde ne passe pas sous la cuisse
- Sonde oxygène et lunettes, sonde nasogastrique :
 - Repositionner régulièrement le dispositif médical si possible
 - Protéger les zones de frottement avec un hydrocolloïde extra mince

5 PANSEMENT DE PRÉVENTION D'ESCARRE



- Hydrocolloïde extra mince qui permet de surveiller la peau
- Hydrocellulaire multicouche siliconé, surveiller la peau à chaque changement d'équipe en soulevant le pansement puis le repositionner (pansement non remboursé en ville)

6 NUTRITION/ HYDRATATION



Objectif patient : manger suffisamment en proposant plus souvent et différemment

Surveillance et évaluation alimentaire précoce

- Évaluer et évaluer les prises alimentaires (prise repas 1/2 2/3 repas complet) et les apports hydriques
- Fractionner les repas, collations plusieurs fois par jour avec aliments riches en protéines, compléments nutritionnels oraux si besoin.
- Enrichir les repas : Possibilité de rajouter des protéines sans augmenter les quantités si perte d'appétit (gruyère râpé sur aliments, poudre de lait dans yaourt, beurre, crème fraîche, fromage frais dans purée ou soupe...)
- Surveiller les apports hydriques : quantifier l'apport, ajout soupe, café, thé
- Contacter la diététicienne si besoin

► Votre contact : Tél diététicienne (Prestataire de service) :

7 MOBILISATIONS SELON POSSIBILITÉS DU PATIENT



- Au lit ou au fauteuil pour limiter les temps d'appui sur une même zone
- Favoriser la marche et les levers dès que possible

8 RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SA PRÉVENTION



- Noter les consignes...

Pour optimiser la qualité des soins :

- Informer et montrer les gestes aux patients et aux aidants
- Organiser les soins : médecin traitant, IDE, patient, kiné, famille, voisins, auxiliaire de vie, portage des repas...etc

COMMENTAIRES :

*Elaboré avec l'aimable contribution du laboratoire Moïnycké

Pour aller plus loin dans la prévention :

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Escarres : prévention et prise en charge

	Prévention standard	Prévention renforcée	Prévention maximale
Soins d'hygiène corporelle	1/jour	2/jour	3/jour
Surveiller les points d'appui	2/jour	<u>Au moins</u> 3/jour	Toutes les 4h et/ou à chaque change
Choix du matelas	Mousse à mémoire de forme et / ou coussins de positionnement	Mousse à mémoire de forme ou à air dynamique	A air dynamique systématiquement
Diététique/ Nutrition	Diététicienne Régime alimentaire personnalisé	Diététicienne Régime alimentaire renforcé en protéine	Diététicienne : visites régulières Surveillance de l'apport protéique
Traitement antalgique	Prescrire un traitement approprié, si besoin	Prescrire un traitement approprié et évalué quotidiennement	Adapter le traitement antalgique selon les évaluations régulières
Information du patient	Motivation du patient à des mobilisations régulières		
Eduquer le patient et sa famille	Sur les mobilisations régulières	Sur les risques évolutifs de l'escarre	
Kinésithérapie	Autant que de besoins		
Transmissions écrites	Oui Régulières	Oui Régulières et précises	
Planifier les mobilisations	En service de soins, planning mural : mobilisations	En service de soins, planning mural : soins et mobilisations	

Pour aller plus loin dans la prévention :

- Proposition d'actions de prévention en fonction des items de l'échelle de Braden :

Tiré de actu soins infirmier

<https://www.actusoins.com/304485/escarres-echelle-de-braden-un-moyen-action-pertinent-pour-prevenir-les-escarres.html>

Pour aller plus loin dans la prévention :

Perception sensorielle	
Pallier au défaut de perception sensorielle	Actions
Observer et repérer les sources de douleurs et d'inconfort attribuées à des lésions de pression : plis des draps, matériels tel que les tubulures, les sondes, les orthèses...	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer la sonde urinaire sur l'abdomen chez l'homme et sur la cuisse chez la femme • Mettre un hydro colloïde sur les zones de frottements des tubulures
Patient avec trouble sensitif (neurosédaté, AVC, neuropathie sensitive,...)	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller chaque point d'appui à chaque changement de position
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir une échelle d'évaluation de la douleur adaptée et prise en charge multimodale de la douleur

Pour aller plus loin dans la prévention:

<i>Humidité</i>	
Maintenir l'intégrité cutanée	Actions
Maintenir l'hygiène cutanée	<ul style="list-style-type: none"> • Laver à l'eau et au savon, bien rincer et bien sécher en tamponnant, sans frictionner
Hydrater la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des produits émollients
Protéger la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des crèmes barrières, des protecteurs cutanés..
Eviter la macération (transpiration, urines, selles,...)	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir des protections anatomiques adaptées • Mettre des étuis péniers, des changes de nuit même le jour (si la diurèse est importante) • Réguler l'élimination fécale si la constipation est responsable de fausses diarrhées (lavement, modification de l'alimentation,...)
Surveiller la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Palper et regarder la peau et noter les érythèmes, la macération, l'induration, la chaleur et la douleur

Pour aller plus loin dans la prévention:

Nutrition et habitudes alimentaires

Prise en charge nutritionnelle	Actions
Evaluer l'état nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Noter s'il y a une perte de poids • Peser (1 fois/semaine), mesurer le patient et calculer l'indice de masse corporel (IMC) • Noter l'albuminémie
Evaluer les apports caloriques	<ul style="list-style-type: none"> • Noter les prises alimentaires
Noter les habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • S'informer des goûts, de la texture
Vérifier l'état bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer des soins d'hygiène bucco-dentaire et des soins en cas de mycose
Aider à la prise des repas	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir une aide humaine • Couverts ergonomiques
Augmenter les apports	<ul style="list-style-type: none"> • Fractionner les repas • Enrichir l'alimentation et donner des compléments nutritionnels oraux

Pour aller plus loin dans la prévention:

Friction et cisaillement

Prévenir les forces de friction et de cisaillement	Actions
<p>Apprendre les techniques de mobilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les personnes dépendantes à 2 soignants et avec une alèze de glisse ou une alèze de lit (soulever et non glisser) • Ne pas tirer le patient en le prenant sous les bras
<p>Penser au matériel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser du coussin avec butée pour éviter que le patient ne glisse en avant en position assise • Mettre un arceau dans le lit pour éviter le poids des couvertures • Apprendre au patient à s'aider d'une potence pour se soulever

Pour aller plus loin dans la prévention:

Au fauteuil



- Prévenir le phénomène de glissement, les appuis asymétriques.
- Assurer une assise position en « équerre », appui dorsal, cuisses reposant sur le fauteuil, pieds à plat
- Encourager les auto-soulèvements réguliers



Au lit



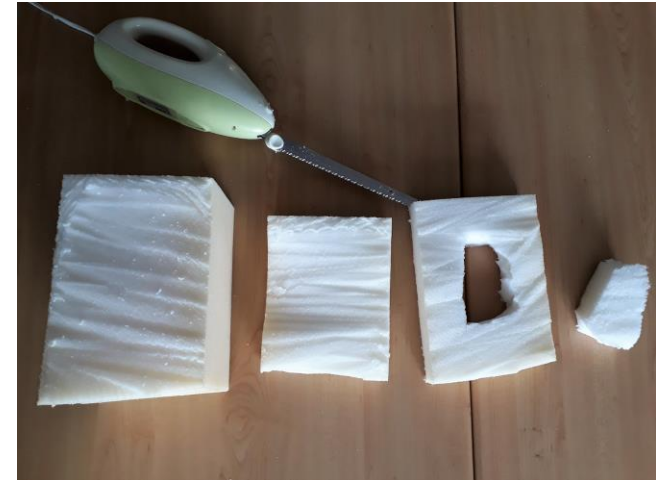
Éviter les positions à risque

- position latérale à 90° (zone trochanterienne exposée)
- position assise couchée (zone sacro-coccygienne exposée)

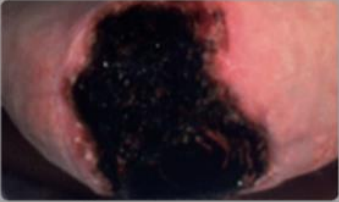





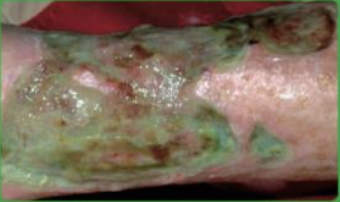




- Positionner le patient en décubitus semi-latéral à 30°
- Accessoires pour protéger les proéminences osseuses et éviter les frottements
- position semi-assise, dossier à 30°, membres inférieurs relevés

Dr C Millet CH Voiron



Quel pansement pour quelle plaie ?

<p>Nécrose ⚠️</p>  <p>Scarification Détersion mécanique</p> <hr/> <p>hydrogel + interface ou vaseline + ou hydrocolloïde fin</p> <p>⚠️ patients artéritiques pas de contention élastique Ne pas exciser → assécher Nécrose sèche : à l'air ou pansement sec Nécrose humide : pansement au charbon (pas de pansement occlusif)</p>	<p>Fibrine sèche</p>  <p>Détersion mécanique</p> <hr/> <p>hydrogel + interface ou hydrocolloïde fin</p>	<p>Fibrine humide</p>  <p>Détersion mécanique</p> <hr/> <p>🔵 / 🔵 Alginate 🔵🔵 Fibrines à haut pouvoir d'absorption 🔵🔵🔵 Superabsorbant</p>	<p>Bourgeonnement</p>  <hr/> <p>🔵 / 🔵 Interface 🔵🔵 Hydrocellulaire 🔵🔵 / 🔵🔵 Alginate ou fibres à haut pouvoir d'absorption 🔵🔵🔵 Superabsorbant</p>	<p>Épidermisation</p>  <hr/> <p>interface ou hydrocellulaire</p>
<p>🔵 exsudats faibles 🔵🔵 exsudats moyens 🔵🔵🔵 exsudats abondants 🔵🔵🔵🔵 exsudats très abondants</p>				
<p>Les produits référencés dans chaque famille au CHU de Nantes sont consultables dans intranet onglet «pratiques professionnelles/peau-plaies-picatrisation/fiches techniques/pansements référencés CHU».</p>				
<p>Plaie hyperbourgeonnante</p>  <p>corticoïde local ou nitrate d'argent</p>	<p>Plaie infectée</p>  <p>pansement à l'argent ou alginate</p>	<p>Plaie malodorante</p>  <p>pansement au charbon</p>	<p>Plaie hémorragique</p>  <p>alginate + sérum physiologique</p>	

Plaies : les bonnes pratiques

Nettoyage des plaies

Douche ou bain avant les pansements

- Facilite le retrait du pansement même si la plaie douloureuse
- Pansement sur peau propre
- Aide à la détersion



Sérum physiologique ou eau stérile (plaie douloureuse)



! Pas d'antiseptique : sauf sur prescription = respect de la flore cutanée



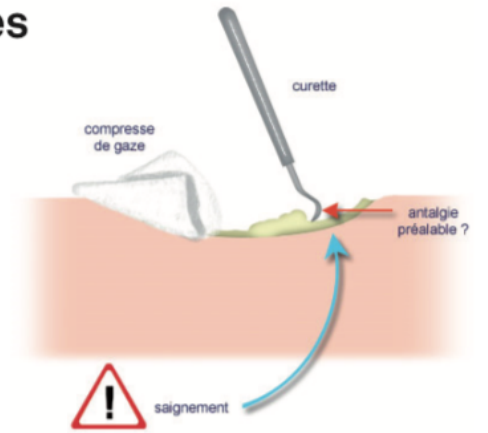
Détersion mécanique

= Phase indispensable à la cicatrisation

Oter la fibrine ou nécrose à l'aide d'une pince, bistouri et curette



Ne pas négliger les berges de la plaie (enlever l'hyperkératose et les squames retardant l'épidermisation)



! Une détersion efficace passe par une bonne prise en charge de la douleur (penser aux antalgiques locaux).

Validité / péremption

SHA : 1 mois / Sérum phy : 8 h / Eau ppi : 8 h / Bétadine : 1 mois