

LES ESCARRES

Service de Chirurgie Plastique, Réparatrice et
Esthétique

Le marasme de la prise en charge de l'escarre



DEFINITION

PREVALENCE- INCIDENCE

Plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée

Prévalence : 8,6% des patients hospitalisés

Incidence : 4,3% (22,6% en réanimation)

Blessés médullaires en phase aigue, 30% d'escarres à l'admission en rééducation retardant de 3 mois le processus de rééducation

Traitement de l'escarre

Long

Pénible

Rattrapage de fautes

médicales

paramédicales



PREVENTION

PATHOGENESE

- **Compression** prolongée des tissus mous entre deux plans durs : Os + support

= Hypoxie tissulaire → ischémie
(érythème → ulcère)

STADES

Classification : stade 1 : érythème cutané
stade 2 : désépidermisation
stade 3 : nécrose
stade 4 : ulcère

3 Types de situation : E accidentelle
E neurologique
E plurifactorielle

FACTEURS DE RISQUE

- Pression prolongée (N 8 min)
- Malnutrition (Fdr + aggravation
déperdition protéique et électrolytique)
- Macération (↘ résistances cutanées)
- Infection (Fdr + complication)
- Troubles neurologiques
(paralysie , tble de sensibilité)
- Age
(atrophie du derme+raréfaction du tissu adipeux)

EVALUATION DU RISQUE

L'escarre est toujours évitable, et correspond à une erreur thérapeutique.

- Etat général
- Etat nutritionnel
- Etat psychique
- Capacité de mobilisation
- Incontinence
- Etat cutané

SURVEILLANCE

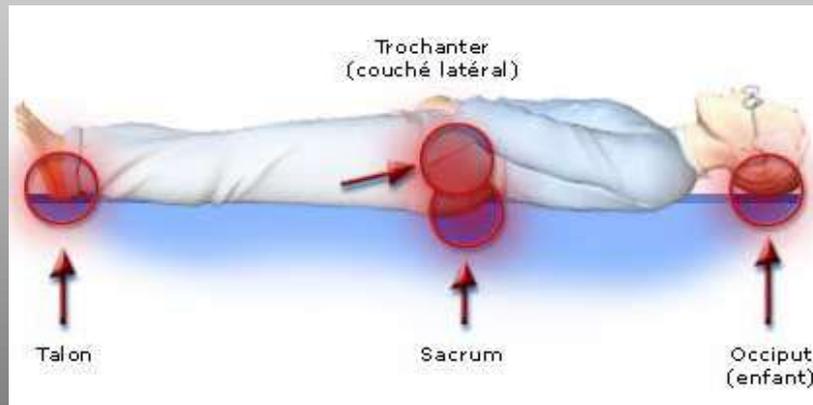
Développement rapide (qq heures)

Détection précoce (stade 1) ne réclame pas de compétences médicales

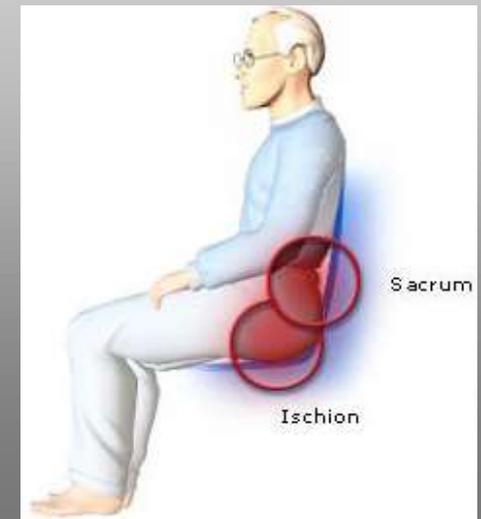
Rechercher toute rougeur résistant à la pression

Points à surveiller :

- alité : talons, trochanters, sacrum, occiput



- assis : ischions, sacrum



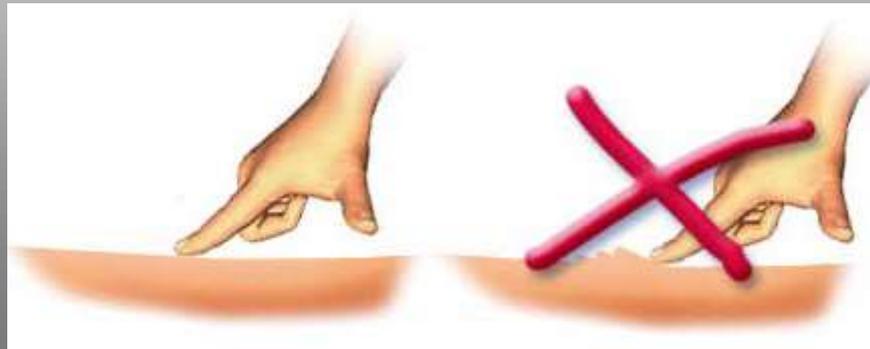
PREVENTION

- Détection des **patients à risque**
- Inspection des **zones d'appui**
- **Massage à type d'effleurage**
- Réduction de la **force de pression**
- Réduction du **temps de pression**
 - mobilisation tt 2h + éducation patient et entourage
- Contrôler la **macération** (sécher hydrater+alèse absorbante)
- Augmenter les apports **alimentaires**
- Pas d'abus d'**antiseptique**
- Troubles neuro: séances de **kiné** pour éviter les attitudes vicieuses

EFFLEURAGE

Masser sans appuyer

- Favoriser la microcirculation cutanée
- Permettre l'observation des zones d'appui
- 2 min minimum par site
- A chaque changement de position



SUPPORT - POSITIONNEMENT

Eviter les pics de pression, géographiquement et dans le temps (supports dynamiques)

Changement de position le plus souvent possible

Dans le traitement de l'escarre, la stratégie support-positionnement doit garantir une pression nulle sur la plaie.

TRAITEMENT

Pression nulle sur l'escarre

Poursuivre la prévention

EVALUATION ECRITE

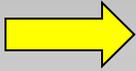
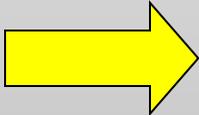
- **Dimension** : surface
profondeur

- **Topographie** :

- **Couleur** : rouge
jaune
noir

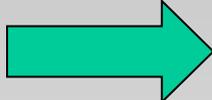
Facteurs péjoratifs : infection
décollement
structures nobles

AVIS CHIRURGICAL

- **Escarre apparue**  prévention insuffisante
 risque accru
 besoin nutritionnel
 mobilité diminuée
 **prévention accrue**

Indications : Évaluation et surveillance
Détersion mécanique
Profil

DETERSION

- **Mécanique** :  Urgente et sous AG : si
taille ou infection non drainée
 Au lit du patient
- **Chimique** : hydrogel, charbon (pansements
quotidiens)
- **BUT** : **excision suffisante des tissus nécrosés
et infectés**

PANSEMENTS

- Permettre la cicatrisation en milieu chaud et humide
- Ne pas être douloureux
- Ne pas laisser de microorganismes (pas d'antiseptiques)
- Être non adhérent stérile et confortable
- S'adapter au localisation de chaque escarre
- Technologie :
 - Plaie sèche nécrotique : hydrogel
 - Plaie exsudative : hydrocellulaire, alginate
 - Plaie malodorante : charbon
 - Plaie infectée : argent + charbon

INDICATION DE RECOUVREMENT CHIRURGICAL

Discussion multi-disciplinaire INDICATION

Nécessité de gain de temps

Nécessité car impasse à la cicatrisation

NE PAS FAIRE DE PRINCIPE

Aucun geste si septique

Excision suture simple

greffe (matelasser)

cicatrice en zone d'appui

pas d'éducation ; pas de collaboration

C I : comateux, grabataire, psychopathe, réa...

TECHNIQUES CHIRURGICALES

- Difficiles
- Peu enseignées
- Peu pratiquées
- Situations difficilement standardisables
- Infections 15%
- Récidives 50%

TECHNIQUES CHIRURGICALES

- Cicatrisation
- Greffe
- Lambeau : **cutané** : rotation, LLL
 - musculo-cutané** : ischio jambier
 - fessier
 - fascia lata
 - fascio-cutané**
 - sural
 - plantaire médial

Escarre trochantérienne lambeau de fascia lata



Résultat à 15 jours



Escarre sacrée lambeau LLL de Dufourmentel



Escarre sacrée = couverture par lambeau de grand fessier



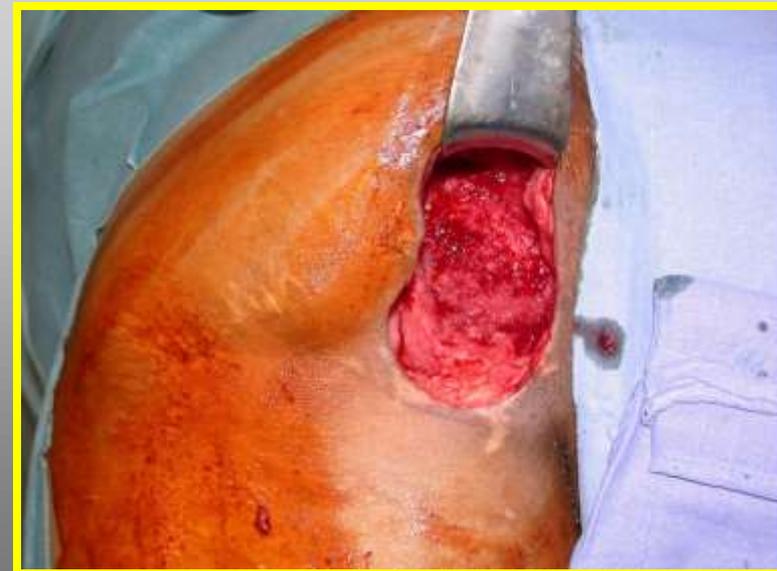
Escarre ischion

Lambeau musculocutané ischiojambier



Homme 24 ans
paraplégique 6 ans
Escarre ischiatique

Parage



Lambeau musculocutané ischiojambier



Résultats 2 ans



Escarre talonnière = couverture par lambeau sural





CONCLUSION

- Chirurgie = gain en efficacité pour escarre d'évolution longue
- Escarre du grabataire occasionnel = excellent pronostic
- Escarre du grabataire = problème de récidives
- Prise en charge multidisciplinaire , état nutritionnel et général , support adapté

CONCLUSION

- Traitement d'une escarre = **PREVENTION**
- **ÉDUCATION**: support, mobiliser, effleurer, nutrition