

Item 50

COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITÉ DE DÉCUBITUS

Hervé Maillard

MODULE 4 : HANDICAP – INCAPACITÉ – DÉPENDANCE

N° 50 - Complications de l'immobilité de décubitus

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Le conseil avant d'aborder la question

L'importance de l'évaluation du risque d'escarre, du diagnostic précoce et des mesures de prévention.

La connaissance des stades évolutifs des escarres.

La nécessité d'une prise en charge globale.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE : ESCARRE

Définition

- + Une escarre est une nécrose ischémique des tissus compris entre le plan du support sur lequel repose le sujet et le plan osseux. D'autres facteurs complètent l'action nocive de la compression.
- + Elle est plus fréquente chez la personne âgée. Selon sa gravité, elle met en jeu la fonctionnalité, le maintien à domicile et le pronostic vital.
- + Il existe 240 000 personnes porteuses d'escarres par an en France, soit 3 % des malades hospitalisées (mais 22 % au-delà de 65 ans). Le coût direct en soins a été évalué à 450 euros par mois et le coût indirect à 150 000 euros par escarre en 1994.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

A. Ischémie des tissus cutanés

- L'escarre est provoquée par une compression forte et/ou longue des parties molles sur le plan osseux sous-jacent. La compression prolongée des tissus mous, supérieure à la pression de perfusion capillaire, entraîne une ischémie tissulaire superficielle et profonde rapidement irréversible. Des forces de cisaillement peuvent s'associer en particulier lors de position assise instable. Les frottements et la macération rendent la peau plus sensible.

B. Troubles de sensibilité

- Le sujet qui ne ressent plus la gêne, l'inconfort de la position couchée prolongée, ne mobilise plus spontanément ses points d'appui (rachis, os iliaques, calcanéums). La pression entre les os et la surface cutanée qui en résulte détermine une stase vasculaire, et la constitution de thromboses, d'où nécrose cutanée.

II. ÉTIOLOGIE

A. Escarre de décubitus

- C'est la plus fréquente, liée à l'immobilisation prolongée. La moitié des escarres du sujet âgé s'observe après un accident aigu, accident vasculaire cérébral ou fracture du col fémoral.
- À tout âge, une immobilisation prolongée peut être responsable d'escarres, en particulier chez les comateux, les paraplégiques post-traumatiques : accidents de la voie publique, traumatismes sportifs, chutes..., les malades souffrant d'affections internes graves (soins intensifs, réanimation, gériatrie).

B. Escarre : complication

- L'escarre peut aussi faire figure de complication des atteintes sensitives lors d'affections neurologiques non traumatiques (diabète, éthylisme, autre neuropathie). Elles peuvent être iatrogènes (sous plâtre, post-opératoire...).
- Toute maladie entraînant une phase d'immobilisation prolongée ou responsable d'une altération grave de l'état général est à considérer à risque.

III. CLINIQUE



Figure 1. Escarre talonnière en voie de détersion



Figure 2. Escarre sacrée stade IV

A. Siège

- Les zones de prédilection sont représentées par les zones d'appui avec une faible épaisseur de revêtement cutané : par ordre de fréquence décroissante, les talons, la région sacrée, les régions trochantériennes et ischiatiques, les malléoles. Plus rarement sont observées des atteintes scapulaires, des coudes, de la nuque...

B. Stades évolutifs

- L'escarre évolue en plusieurs phases.

Stade I

- Érythème avec œdème périphérique persistant à la levée de l'appui.

Stade II

- Apparition de phlyctènes sur fond érythémateux (surtout observé sur les régions talonnières). Leur contenu peut être séreux ou hémorragique. Elles correspondent à une atteinte de l'épiderme et du derme.

- Ces deux stades sont encore réversibles avec les techniques de soins et de prévention.

Stade III

- L'escarre proprement dite réalise un aspect noirâtre, cartonné du tégument entouré d'une bordure érythémateuse et œdémateuse. Elle correspond à une atteinte de toute l'épaisseur de la peau. La lésion n'est pas douloureuse. On distingue parfois un écoulement séro-purulent.

Stade IV

- L'escarre atteint les tissus profonds. Après élimination ou nettoyage des zones nécrosées la lésion est une plaie à bords irréguliers, très profonde, au fond de laquelle on peut apercevoir la surface osseuse sous-jacente.

C. Complications

- Elles sont surtout infectieuses, fonction de la proximité d'émonctoires naturels, de l'état des défenses du malade, du type des soins antérieurs. Comme sur toute plaie chronique, la colonisation par des germes bactériens est constante, sans conséquence obligatoire pour la cicatrisation. Pour le diagnostic d'infection, il faut tenir compte des signes inflammatoires locaux, de la fièvre, de la nature et de la densité des bactéries rencontrées. La biologie (numération formule sanguine, protéine C réactive) est un argument supplémentaire. La présence au fond de la plaie de l'os ou d'une articulation fait suspecter une ostéite ou une arthrite dont la preuve peut-être difficile (radiographies, IRM, biopsie chirurgicale). Des septicémies à point de départ de l'escarre ne sont pas rares.
- Les complications à moyen terme sont celles de l'hospitalisation prolongée des sujets âgés, avec augmentation de la perte d'autonomie, aggravation de troubles psychiques, en particulier syndrome dépressif, complications iatrogènes, difficulté du retour à domicile et donc augmentation du risque de dépendance, décompensation de « tares » en particulier d'un diabète, décès.
- À plus long terme les escarres selon leur siège peuvent créer des troubles orthopédiques ou fonctionnels.

IV. PRÉVENTION

- Pour l'évaluation du risque d'escarre, il est recommandé, en association avec le jugement clinique, d'utiliser un outil d'évaluation dès le contact initial avec le patient. Les échelles les plus utilisées sont celles de Norton, Waterloo, ou Braden, mais celle de Braden est recommandée en France.

Facteurs de risque

- + À côté des deux facteurs majeurs que sont une mobilité réduite et des troubles sensitifs, de nombreux autres facteurs favorisent l'apparition des escarres :
 - dénutrition des grands vieillards,
 - amyotrophie des gens âgés et des polytraumatisés,
 - sénescence cutanée, dermique en particulier,
 - troubles sphinctériens,
 - infections systémiques sévères,
 - artérite,
 - diabète,
 - obésité.

- Les facteurs de risque peuvent être évalués selon des échelles. La plus simple est l'échelle de Norton (tableau I). Les mesures prophylactiques doivent être systématiquement envisagées dès que l'état de santé d'un malade nécessite un décubitus prolongé. Elles doivent tenir compte du pronostic fonctionnel chez le malade, de ses perspectives de « reverticalisation », de son état de déchéance éventuel. Le personnel infirmier doit être prévenu de ces mesures et de leur importance ; c'est lui qui aura l'essentiel de la responsabilité de la prophylaxie.

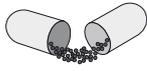
Tableau I : Escarres : échelle de risque de Braden

Communication et perception sensorielle	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement diminuée	Pas de diminution
Humidité	Constamment mouillée	Humide	Occasionnellement humide	Rarement humide
Activité	Alité	Au fauteuil	Marche occasionnellement	Marche fréquemment
Mobilité	Complètement immobile	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune limitation
Nutrition	Très pauvre	Probablement inadéquate	Adéquate	Excellente
Frictions et cisaillements	Problème	Problème potentiel	Pas de problème apparent	

Résultats : Meilleur score possible = 23. Plus le score est bas, plus le risque est élevé.
Il y a risque en dessous de 17

Trois mesures apparaissent nécessaires

- + Réduction des durées d'appui
 - Mobilisation passive du patient par le personnel de soins de façon très régulière. Les positions de références sont : décubitus dorsal, décubitus semi-latéral gauche et droit, position assise.
 - Les positions de décubitus semi-latéral doivent être stabilisées par des coussins de mousse. La position assise doit être stabilisée et faire que l'appui concerne aussi les faces postérieures des cuisses.
- + Mesures d'hygiène :
 - Assurer la propreté minutieuse du lit et l'hygiène rigoureuse du patient, changé dès qu'il se souille, pour éviter macération et pullulation microbienne. Les massages des zones d'appui à type d'effleurage, longtemps préconisés en prévention sur peau saine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les massages « effleurés » ou appuyés sont plus dangereux qu'utiles dès que la peau est altérée (Stade I et au-delà).
- + Diminution des phénomènes compressifs par un support adapté
 - Les surmatelas à eau, à gonflement alterné d'air ou à air statique sont à réserver aux malades ayant un risque important d'escarre (score de Norton < 10). Ils ont chacun des inconvénients et leur mauvais emploi peut être préjudiciable. Les mousses découpées sont confortables, d'installation facile et assurent une bonne répartition des pressions. Les coussins en mousse sont utiles chez les patients assis au fauteuil.



V. TRAITEMENT

L'escarre proprement dite

- Support adapté : support statique ou dynamique (lit à coussins d'air, lit fluidisé). Le lit fluidisé est utile chez des patients avec escarre constituée ou après chirurgie. Il s'agit d'une cuve remplie de microsphères de céramique qui sont sans cesse brassées par un courant d'air chaud, qui permet une répartition harmonieuse et utile de l'appui. L'air chaud assèche les lésions suintantes et a aussi un effet antiseptique. Ce lit fluidisé est difficilement adaptable à la prévention de l'escarre à domicile, mais sa location permet une utilisation plus large.
- Soins d'hygiène : au mieux sur des lit-douches qui permettent une meilleure préhension du malade et une ergonomie adaptée pour les soignants.
- Détersion chimique : hydrogels (Intrasite®, Nugel®) ou hydrofibres (Aquacel®)
- Détersion mécanique : bistouri ou ciseaux.
- Les pansements hydrocolloïdes et les alginates sont utilisés préférentiellement en phase de bourgeonnement et de cicatrisation. Ils ont été validés par des études comparatives. Les berges saines doivent être protégées.
- Après cicatrisation, il faut rester vigilant chez ces malades exposés au risque de récurrence, en raison de la diminution d'épaisseur de la zone cicatrisée et de la sensibilité aux traumatismes.

Les facteurs associés

- Surveiller les troubles hydro-électrolytiques et corriger les états de dénutrition. Ceci nécessite un apport alimentaire d'au moins 2 000 calories par jour chez l'homme, de 1 600 cal par jour chez la femme, enrichi en protéines (au moins 1 g/kg/jour). Elle est faite par l'alimentation normale, avec éventuellement des compléments nutritifs, voire une alimentation par sonde gastrique.

Prise en charge de la douleur

- Il importe d'évaluer la douleur par le jugement clinique aidé de certaines échelles (EVA).
- Il faudra traiter la douleur « de fond » et anticiper la douleur provoquée par les soins (détersion, pansement). Pour cela, l'EMLA® a obtenu l'AMM pour la détersion des plaies chroniques (appliquer 30 minutes avant sous occlusif) et l'on peut utiliser des antalgiques morphiniques ou non d'action rapide avant le geste.

Prise en charge chirurgicale

- La chirurgie permet de combler partiellement ou totalement l'escarre par des lambeaux. Elle nécessite une structure de suivi adaptée. Des greffes sont utiles pour diminuer le temps d'épidermisation.



Points clés

- L'escarre est une nécrose ischémique par compression de la peau et des tissus sous-cutanés.
- Elle suppose deux facteurs pathogènes : immobilité et non perception de la douleur.
- C'est le plus souvent une complication du décubitus chez une personne âgée alitée pour une maladie aiguë.
- Des échelles de prédiction (échelle de Braden) permettent le repérage des malades à risque de développer une escarre.
- Sa prévention est une urgence de la vigilance du personnel soignant.
- Le traitement préventif comporte 3 mesures bien codifiées : changements de positions, mesures d'hygiène, adaptation des supports.
- L'infection (fréquente) doit être différenciée de la colonisation bactérienne (constante).
- Dans l'escarre constituée le traitement curatif est indissociable de la poursuite des mesures préventives.
- La douleur doit être évaluée ainsi que son traitement.



Quelques références

- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. HAS 2001
 - Colin D. *et al.* Épidémiologie de l'escarre chez le sujet âgé. *L'escarre* 2000 ; 8 : 9-12
-

Item 79

ECTOPARASIToses HUMAINES : GALE ET PÉDICULOSE

Corina Bara-Passot

MODULE 7 : SANTÉ ET ENVIRONNEMENT - MALADIES TRANSMISSIBLES

N° 79 - Ectoparasitoses humaines : gale et pédiculose

- Diagnostiquer une gale et une pédiculose
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le conseil avant d'aborder la question

Les ectoparasitoses sont généralement bénignes mais le diagnostic est parfois difficile.

Tout prurit familial doit faire évoquer une scabiose.

Des excoriations de la nuque doivent faire rechercher une pédiculose capillaire.
