

Posters

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES ESCARRES

Vécu du service de néphrologie soins intensifs à Montpellier

Caroline ESPOSITO / Nicolas CABERO, *Infirmiers*

Service de néphrologie soins intensifs, Hôpital Lapeyronie, Avenue du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier.

Une étude réalisée dans notre service de néphrologie, à partir des dossiers de soins de plus de 150 patients fait apparaître que certains facteurs favorisent l'apparition d'escarres chez les insuffisants rénaux hospitalisés en soins intensifs, pour le suivi de leur pathologie rénale ou extra rénale (prise en charge post opératoire, décompensation cardiaque, respiratoire).

A partir de ce constat objectif qui montre que notre secteur prend en charge une population de patients qui présentent des risques majorés de formation d'escarres, des outils de travail ont été élaborés pour en améliorer la gestion et le suivi : acte qui incombe au rôle propre infirmier comme le rappelle le décret 93345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

FACTEURS DE RISQUES DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE

1 – Population dont la moyenne d'âge est élevée : elle est de 69 ans chez ceux qui présentent un « risque certain » d'apparition d'escarre (le critère de « risque certain » est établi dans la fiche

d'évaluation des risques d'ulcères de pression à l'annexe 1).

2 – Population qui présente une insuffisance rénale chronique ou aiguë : cette pathologie entraîne potentiellement :

Une immobilité ou une mobilité limitée qui peut être liée aux arthropathies amyloïdes des dialysés (douleur articulaire au niveau des mains, des épaules, du bassin).

Une perturbation de l'équilibre alimentaire : cachexie chronique liée à l'urémie, la fatigue, les séances d'épuration. L'apport nutritionnel est bien souvent sous-évalué du fait de la prévision d'exams, du déroulement des séances de dialyse nécessitant le report, voire l'annulation des repas.

Une fatigue fréquente liée aux séances d'épuration, à la surcharge pondérale entre les dialyses.

Une anémie : facteur qui diminue l'apport d'oxygène aux tissus.

Un environnement technique important : épuration extra-rénale continue ou discontinuée chez des patients auxquels il est difficile d'appliquer des soins de prévention rigoureux durant des périodes parfois longues en raison d'un état hémodynamique précaire, d'un abord vasculaire fragile, de l'accaparement de notre vigilance et de notre disponibilité par les techniques mises en place.

Une dépendance face aux acteurs de santé : la décompensation d'une phase chronique en phase aiguë nécessite une hospitalisation. Elle sera souvent mal vécue par l'insuffisant rénal chronique qui sera alors beaucoup plus passif lors des soins.

Une décompensation respiratoire souvent rencontrée chez l'insuffisant rénal aigu arrivant dans le service (sub œdème ou OAP). La déplétion rapide réalisée sur le secteur vasculaire lors des premières séances d'ultra-filtration ou d'hémodialyse entraînera une chute tensionnelle et une vaso-constriction périphérique.

3 – Association d'une pathologie extra-rénale :

Prise en charge post opératoire (cholécystectomie, chirurgie du colon, pontages vasculaires, fracture du col du fémur).

Épisodes infectieux : septicémies liées ou non à l'utilisation des voies d'abord utilisées pour l'épuration du sang (cathéters jugulaires, fémoraux, cathéters de Tenckoff), choc septique avec défaillance polyviscérale et utilisation de drogues vaso-actives.

Décompensation cardio-vasculaire du patient âgé (insuffisance cardiaque de l'insuffisant rénal chronique).

Diabète : micro et macro angiopathies (athérosclérose) polynévrite du diabétique, mal perforant plantaire, conséquences d'une amputation de membre ou encore la diminution de l'acuité visuelle, sont autant

Posters

d'éléments qui vont aggraver le pronostic d'altération de l'intégrité cutanée.

Artériopathie sévère des membres inférieurs : facteur primordial à considérer puisque 60 % des patients qui développent des lésions en souffrent.

PRÉVENTION

Elle consiste en la mise en place d'un axe de conduite identique et cohérent entre chaque membre de l'équipe soignante ainsi que d'un support de transmissions écrites commun aux aides-soignants et infirmiers.

1 – Déterminer objectivement le risque d'apparition d'escarre à l'aide de la fiche d'évaluation du service (annexe 1).

Ceci est réalisé en fonction de critères adaptés à la population soignée. A chacun des facteurs de risque correspond un indice de gravité qui, additionné nous donne un score. Rapporté à l'échelle d'évaluation situé en bas de la fiche, ce score nous indique le risque de souffrance cutanée.

2 – Décrire précisément l'état cutané à l'aide de la fiche « soins d'hygiène et d'escarres » annexée au dossier de soin infirmier : localisation, étendue et stade ainsi recueillis permettront d'apprécier l'évolution au jour le jour de ces lésions.

3 – Mettre en œuvre des stratégies de prévention à l'entrée dans l'unité :

Maintenir une hygiène parfaite par des toilettes et changes réguliers. La surveillance sera accrue en cas d'incontinence urinaire ou fécale, de transpiration excessive.

Choisir un support adapté en fonction du risque : matelas de mousse type gaulfrier, sur-matelas à air, lit fluidisé, décharges talonnières dans des « bottes » en mousse, coussins en gel pourront être utilisés. Ce matériel permet une répartition du poids du corps sur une plus large sur-

face et réduit par conséquent l'intensité de la pression aux différents points d'appui.

Limiter les irritants mécaniques qui entraînent des frottements (draps) des constrictions (vêtements), des cisaillements (lors des mobilisations).

Assurer des mobilisations fréquentes planifiées sur la feuille de surveillance du service. Ces mobilisations (décubitus dorsal, latéral droit ou gauche, semi latéralisation) seront à poursuivre en fonction des possibilités pendant les séances de dialyse. Des mobilisations actives ou passives sont aussi réalisées avec la kinésithérapeute : elles permettent de limiter la fonte musculaire et l'ankylose articulaire.

Maintenir un apport nutritionnel suffisant : l'apport calorique quotidien est retranscrit en collaboration avec la diététicienne sur la feuille de température de chaque malade.

Surveiller et maintenir les constantes aux normes : température, tension artérielle, saturation partielle du sang en oxygène, glycémie.

Prendre en compte l'environnement technique : pose et surveillance des sondes à oxygène, d'intubation, urinaires ou encore des lignes de dialyse pendant les séances d'épuration.

Se soucier du contexte psychologique : une écoute plus importante et une information pertinente sur les soins ne seront que plus appréciées par ces patients dits chroniques. La prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs sera parfois même nécessaire pour les aider à passer cette phase aiguë. La planification et la gestion des soins devra se faire de manière à respecter l'hygiène de vie des personnes prises en charge (par exemple prévoir des heures de dialyse adaptées aux occupations du patient, si possible dans la journée pour respecter son sommeil et en dehors des heures de visite).

Prendre en compte le rôle éducatif de l'équipe paramédicale : cela signifie éva-

luer les connaissances du patient par rapport à sa pathologie et donner une information adaptée.

LES TRAITEMENTS

Pour l'année 1995, la localisation des lésions a été :

- le ou les talons
- le sacrum
- le rachis
- l'occiput
- les malléoles

Par rapport à 1994, l'étude a démontré une meilleure maîtrise des escarres talonnières, mais une aggravation des escarres sacrées.

Aucune de ces lésions n'a évolué vers le stade 4 (ulcère avec ou sans ostéite).

Les traitements mis en œuvre ne seront efficaces que s'ils sont associés aux moyens de prévention déjà cités.

1 – Protocoles de soins en rapport avec chaque stade :

a) *stade 1 : l'érythème*

- le lever ;
- les changements de position réguliers (toutes les 2 h) : semi latéralisations à 15° ou 30° ;
- la mise en décharge talonnière au moyen de bottes de mousse ou par inclinaison du matelas ;
- l'application d'un film dermique transparent en cas d'incontinence ;
- les changes aussi souvent que nécessaire.

b) *stade 2 : phlyctène ou désépidermisation*

La phlyctène est découpée à l'aide de ciseaux courbes car elle peut cacher un tissu hémorragique. Un prélèvement bactériologique est réalisé.

Dans les deux cas :

- nettoyage au sérum physiologique,
- pose d'un pansement hydrocolloïde.

Posters

Évaluation des risques d'ulcère de pression

Date début alitement :

Support :

Motif d'hospitalisation :

Date d'entrée :

| FACTEUR DE RISQUE | COTATION | JO | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J |
|--------------------------------------|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Age | 18-40 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 40-60 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | > 60 | 3 | | | | | | | | | | | | |
| Mobilité | totale | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | partielle, sans assistance | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | partielle, avec assistance | 6 | | | | | | | | | | | | |
| | nulle | 8 | | | | | | | | | | | | |
| Morphologie | normale | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | malformation, amputation | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | oedèmes, déshydratation | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | cachexie, obésité | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Aspect cutané | saine, souple | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | sèche, fragile | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | irritée, inflammatoire, décolorée | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Circulation Cardio-vasculaire | normale | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | TA = 85 mmHg | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | TA > 85 mmHg avec drogues VA | 6 | | | | | | | | | | | | |
| | TA < 85 mmHg avec drogues VA | 8 | | | | | | | | | | | | |
| | choc CR | 8 | | | | | | | | | | | | |
| Respiration | SaO ₂ > 95 % | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | 90 % < SaO ₂ < 95 % | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | SaO ₂ < 90 % | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Nutrition | AC > 1500 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | 1200 < AC < 1500 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | AC < 1200 | 6 | | | | | | | | | | | | |
| Élimination | anurique ou continent | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | incontinence partielle, sudation | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | incontinence urin. ou fécale | 6 | | | | | | | | | | | | |
| | incontinence urin. et fécale | 8 | | | | | | | | | | | | |
| Conscience | alerte et adapté | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | apathie | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | confusion | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | inconscient, coma/sédation | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | syndr. glissement | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Environnement Technique | absence | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | ridelles, sondes, attaches | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | HD, HF, UF, attelles ortho. | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | HF, UF bas débit, respirateur | 6 | | | | | | | | | | | | |
| Autres | immunodépression, aplasie, chimio, corticoïdes | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | DS déséquilibré | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | hyper ou hypothermie prolongée | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | artériopathie | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | déficit sensoriel | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAL | | | | | | | | | | | | | |

< 18 POSSIBLE

18-28 PRÉSENT

> 28 CERTAIN

Albuminémie

Posters

Nom du patient

| SOINS D'HYGIÈNE ET D'ESCARRES | | |
|---|---------------|--|
| Date Noms | Type de soins | Observations Localisation – Étendue (cm) – Stade de la lésion |
| | Toilette | Renouvelée plusieurs fois en raison d'une diarrhée profuse |
| | Cutanée | <ul style="list-style-type: none"> • Peau irritée au niveau de la région fessière consécutive à la diarrhée – lésion stade 1 étendue → séchage rigoureux pose d'un film dermique semi-latéralisations continues <ul style="list-style-type: none"> • Talon gauche – lésion de stade 2 : phlyctène en cours de formation d'environ 3 cm de diamètre → voir fiche pansement |
| | Bouche | <p>Muqueuse sèche en raison d'une respiration exclusivement buccale (sondes nasales)</p> <ul style="list-style-type: none"> – humidification continue → muqueuse enduite de vaseline <p style="text-align: right;">(...)</p> |
| Stade 1 : érythème | | Stade 2 : phlyctène ou désépidermisation |
| Stade 3 : nécrose | | Stade 4 : ulcère avec ou sans ostéite |
| <p>Prévention : Changements de position</p> <p style="padding-left: 20px;">Décharges talonnières</p> <p style="padding-left: 20px;">Film dermique (si incontinence)</p> <p>Traitement médicamenteux : se référer à la fiche pansement</p> | | |

Néphrologie SI

Posters

c) stade 3 : la nécrose

Après avis médical et chirurgical, favoriser la détersion, le bourgeonnement et la cicatrisation de la plaie.

• Détersion chimique : deux protocoles :

a) plaie présentant une association fibrino-nécrotique avec une néo-épithélialisation

- nettoyage au sérum physiologique,
- pansement hydrocolloïde.

b) plaie avec nécrose adhérente sur toute la surface

- nettoyage au sérum physiologique,
- élase + aloplastine + tulle gras,
- pansement absorbant.

Après élimination de la nécrose, réutilisation du pansement hydrocolloïde.

• Détersion mécanique par le chirurgien uniquement (service des brûlés)

a) excision chirurgicale.

b) nettoyage et rinçage abondant au sérum physiologique.

c) antibiotulle ou tulle gras.

d) sur avis médical : utilisation d'un antiseptique en cas de surinfection, lavage de la plaie au moyen d'un antibiotique locale (colimycine).

e) même protocole pendant la phase de bourgeonnement et de cicatrisation.

2. Prise en charge nutritionnelle systématique du patient atteint d'escarre

En première intention, privilégier l'alimentation par voie orale. Si elle se révèle insuffisante ou impossible, recours à l'alimentation parentérale et/ou entérale par sonde naso-gastrique ou par gastrotomie percutanée.

Surveillance : poids, œdèmes, état cutané.

Prise de poids maximum tolérée : 5 % du poids du corps entre deux dialyses. Cette prise de poids est variable selon les entrées et les sorties, les heures de dialyse.

Quantification des apports liquidiens et caloriques parentéraux.

Collaboration avec la diététicienne qui calcule la ration calorique per os de la journée.

Apports protéiques : maintenir une balance azotée positive, apport d'acides aminés notamment glutamine et ornithine, Trive 1000 pendant la dialyse.

Apports glucidiques et lipidiques : maintenir les besoins énergétiques cellulaires.

Apports de vitamines et oligo éléments : avec supplémentation en zinc (cicatrisation), vit B1, vit B6 (neuropathie urémique), vit B12 (anémie de l'IRC).

CONCLUSION

Les stratégies de prévention et de traitements des escarres appliquées dans le service par une équipe médicale et paramédicale motivée, se sont révélées efficaces.

Elles ont permis de réduire le taux d'escarres chez le patient à risque de 19 % à 12 % entre 1994 et 1995.

Toutefois, cette prise en charge reste à l'ordre du jour, car il existe encore des lésions que nous n'avons pu maîtriser et pour lesquelles il faut approfondir notre réflexion.

REMERCIEMENTS

A P. Espinasse, IDE membre de la commission « Escarre » du C.H.U. et à M.F. Magne, surveillante du service de néphrologie soins intensifs qui nous ont guidés dans la réalisation de ce travail.