

I PROBLEME

Les escarres (ulcères de pression) se présentent dans tous les cadres de soins, mais la prévalence varie. Les escarres se présentent plus souvent dans le cadre des soins palliatifs que dans d'autres contextes de soins. Les escarres sont des blessures qui apparaissent à la surface du corps. L'escarre apparaît suite à une pression permanente exercée sur une certaine zone de la peau et peut aller de la détérioration de l'épiderme à la dégradation des tissus sous-cutanés, dont le tissu osseux. L'escarre est classée en différents niveaux selon la profondeur de la blessure et apparaît souvent au-dessus d'une partie saillante du système osseux, comme le bas du dos, la hanche ou les talons. Lorsque la pression sur la peau empêche la perméabilité de l'humidité, les tissus sont endommagés et nécrosés. Les facteurs déterminants sont donc le niveau de pression, la durée de la pression et la mesure dans laquelle l'afflux sanguin est possible vers la peau et le tissu sous-jacent. L'escarre peut avoir un impact majeur sur la qualité de vie du patient.

Les escarres constituent un problème fréquent chez les personnes en fin de vie. Ils touchent surtout les patients qui ne sont pas en mesure de bouger dans leur lit ou les personnes qui sont assises sans pouvoir changer de position. Les personnes qui souffrent de délire, de perte des sensations, de problèmes respiratoires et d'affections aiguës présentent un risque accru de développer des escarres. Certains éléments indiquent que l'incontinence et la sous-alimentation sont aussi des facteurs favorisant la formation d'escarres.

Les personnes diabétiques qui présentent des changements micro-vasculaires dans la peau et les tissus sous-jacents ont plus de risques de développer des escarres. Les personnes immobiles, en phase terminale, qui ont une peau fragile et qui ont perdu beaucoup de masse musculaire présentent elles aussi un risque accru. Les personnes qui ne sentent plus quand elles ont besoin d'un changement de position ont elles aussi plus de risques de développer des blessures. Les personnes souffrant de démence ne sont souvent pas conscientes de l'escarre, si bien qu'ils peuvent atteindre un niveau plus grave. La vulnérabilité de la personne joue aussi un rôle dans le développement de l'escarre. Il est important que l'équipe soignante examine régulièrement le patient.

Il est aussi important que l'on identifie les facteurs de risques de développement des escarres. Les blessures ont souvent un impact sur la qualité de vie de la personne, et ce également à la fin de la vie. Mieux vaut prévenir que guérir, puisque le traitement est souvent douloureux et difficile, car le patient peut guérir moins vite. Dans un contexte de soins palliatifs, on doit voir si les avantages du traitement en valent la peine par rapport au confort du patient, aux objectifs de soins et à l'espérance de vie. Tant la prévention que le traitement des escarres nécessitent une approche professionnelle et des soins intensifs qui sont souvent trop lourds pour le prestataire de soins informel.

Une échelle de résultats standardisée est généralement utilisée pour définir le risque de développement d'une escarre du patient. Les facteurs tels que la perception des sensations, la capacité de bouger et l'état alimentaire jouent un rôle. L'une des échelles les plus utilisées est l'échelle de Braden, mais il existe aussi d'autres échelles, comme celles de Norton et de Waterloo. InterRAI propose aussi une variante qui provient des items interRAI PC, à savoir la Pressure Ulcer Rating Scale ou PURS.

Le système de gradation suivant est utilisé pour décrire la gravité de la détérioration de la peau :

Stade I : des taches rouges sont visibles sur la peau et ne disparaissent pas lorsque l'on pousse dessus.

Stade II : la peau présente des cloques et des dommages. Des inflammations peuvent apparaître autour de l'ulcère.

Stade III : dommage ou nécrose de la peau, qui peut s'étendre jusqu'au tissu sous-jacent.

Stade IV : les tissus sont largement touchés, avec une nécrose avancée des tissus ou des dommages aux muscles, au tissu osseux ou aux structures de soutien.

Le stade est indéterminé : le stade de l'escarre ne peut pas être déterminé, car l'ulcère est recouvert de tissus nécrosés.

OBJECTIFS DE SOINS GENERAUX

- Déterminez les facteurs de risque de développement d'escarres du patient.
- Prévenez le développement des escarres ou évitez qu'ils ne s'aggravent.
- Donnez des explications aux prestataires de soins informels sur les manières de réduire les risques d'escarres.
- Traitez les symptômes des escarres, comme la mauvaise circulation sanguine et les odeurs désagréables.

II ACTIVATION CAP

- ACTIVE**: La présence d'escarres de stade II ou plus.
- ACTIVE**: La présence de facteurs de risque de développement d'escarres ou parce que l'on a déjà eu des escarres par le passé.
- NON ACTIVE** : pas d'escarres et/ou de facteurs de risque présents.

III DIRECTIVES

Escarre présente

- **Considération générale** : Les personnes qui sont en fin de vie ou qui ont besoin de soins palliatifs peuvent présenter une ou plusieurs escarres. S'il s'agit d'escarres de stade III ou IV qui sont infectées, un médecin ou un infirmier qualifié doit être consulté. Il peut être nécessaire d'enlever les tissus morts, de traiter un abcès ou d'administrer des antibiotiques. Lors du traitement des plaies et de la prévention de l'apparition de nouvelles escarres, il convient de toujours tenir compte du confort et de l'espérance de vie du patient. Il est important d'examiner complètement

le patient pour vérifier s'il présente des escarres ou des facteurs de risque de développement d'escarres. Les personnes qui souffrent beaucoup lorsqu'elles bougent courent un plus grand risque, car elles évitent souvent de changer de position. En cas d'escarre, son degré et sa gravité doivent être déterminés.

Traitement de l'escarre

- **Soins de la plaie:** désinfecter, enlever les tissus morts et traiter l'abcès
 - Différents traitements sont possibles en fonction de la taille de la plaie, du stade de celle-ci et de la présence d'infection ou de nécrose. Généralement, la plaie est couverte d'un tissu pour absorber l'humidité et veiller à ce que la surface reste humide.
 - La formation d'escarres sur les talons est fréquente chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs. Elle peut être laissée telle quelle.
 - En règle générale, on prend des décisions sur le bon traitement après concertation avec le médecin ou l'infirmière. Le traitement des blessures profondes nécessite souvent un médecin ou un infirmier spécialisé dans le soin des plaies.
 - Les escarres de stades I et II guérissent en quelques jours avec un traitement approprié. Il se peut toutefois que de longues périodes de guérison soient nécessaires. Les blessures profondes ont besoin de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour guérir. Chez les patients recevant des soins palliatifs, il se peut que certaines blessures ne guérissent pas.
- **Surface du lit et de la chaise :** une évaluation de la chaise et du lit du patient peut être utile pour déterminer comment la pression peut être supprimée. Les pads chauffants et les coussins donuts ne peuvent pas être utilisés, tandis que les massages doivent être évités. Certains matelas peuvent être utilisés pour réduire ou éliminer la pression sur la peau. Certains matelas présentent des parties qui sont remplies d'air et qui se tassent et se regonflent à intervalles réguliers.
- **Alimentation :** certains éléments indiquent qu'un régime protéiné peut aider à guérir les escarres. Avant de prescrire un régime, l'état médical et les médicaments du patient doivent être pris en considération. Par exemple, les personnes souffrant du cœur, d'insuffisance rénale ou d'une maladie hépatique ont besoin de régimes spéciaux. Si des décisions sont prises par rapport au régime, on doit tenir compte de l'espérance de vie et des souhaits du patient.
- **Douleur et odeur :** certaines plaies sont douloureuses, d'autres non. Si une plaie est douloureuse, un traitement approprié est nécessaire. Si une plaie sent mauvais, on doit vérifier si elle a été désinfectée correctement et si le tissu nécrosé est enlevé.

Prévention

- **Vérifier le bon état de la peau :** on doit prévenir les escarres. Un contrôle fréquent, quotidien de l'ensemble du corps est conseillé pour découvrir les escarres au plus vite.

- **Tourner et positionner :**
 - Il est important de changer au moins toutes les deux heures la position des personnes qui ne peuvent pas bouger afin de prévenir la formation d'escarres. Cependant, trop peu d'éléments indiquent qu'il s'agit du bon intervalle et cette fréquence de repositionnement peut être trop élevée si la personne reste chez elle. Une dose supplémentaire d'antidouleurs peut être conseillée quelques minutes avant le mouvement. Tourner le patient est souvent difficile ou déconseillé vu son état médical.
 - Il peut parfois être utile de bien positionner la personne à l'aide de coussins. Faire redresser le patient peut entraîner une plus grande pression dans le bas du dos, surtout chez les patients présentant une masse musculaire réduite. L'angle ne pourrait pas être supérieur à 30 degrés, à moins que l'état médical n'exige que le patient reste droit.
 - Si un patient est en fauteuil roulant, on doit lui apprendre à se soulever environ toutes les 15 minutes et à déplacer la surface d'assise afin de changer les points de pression. Les coussins donuts ne peuvent pas être utilisés. Mieux vaut limiter la pression sur l'os, parce qu'il y a peu de tissus à cet endroit.
 - Les personnes mobiles peuvent être placées sur des matelas statiques. Les personnes qui ne peuvent pas changer de place ont besoin d'un matelas pneumatique, qui se tasse et se regonfle à intervalles réguliers afin de changer les points de pression.
 - Il est déconseillé de glisser le patient dans le lit. Le patient doit être soulevé et placé à un nouvel endroit. On a donc généralement besoin de deux personnes, sauf si le patient est très petit ou peut aider dans une certaine mesure. Il se peut qu'un lève-personne facilite parfois le repositionnement.
- **Incontinence:** Si le patient est incontinent, il est important de le laver autant que possible, bien que l'on ne sache pas clairement dans quelle mesure l'incontinence contribue au développement des escarres. Certaines personnes en phase terminale se sentent plus à leur aise si du matériel absorbant est utilisé pour limiter la propagation de l'urine et des selles.

Autres considérations

- L'équipe de soins clinique doit se concerter aussi bien avec le patient qu'avec la famille à propos du besoin de surveillance pour éviter l'apparition d'escarres. On peut proposer de changer le patient de position à différents moments.
- S'il est question d'une nouvelle escarre, consultez l'infirmière spécialisée dans les soins des plaies ou un médecin afin de faciliter la guérison et d'éviter l'aggravation de l'escarre.

SOURCES COMPLEMENTAIRES

Brink P, Smith TF, Linkewich B. 2006. Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. *Journal of Palliative Medicine* 9: 1369-1375.

Eisenberger A, Zeleznik J. 2004. Care planning for pressure ulcers in hospice: the team effect. *Palliative and Supportive Care* 2: 283-289.

Ferris FD, Al Khateib AA, Fromantin I, Hoplamazian L, Hurd T, Krasner DL, Maida V, Price P, Rich-Vanderbij L. 2007. Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative. *Journal of Palliative Medicine* 10: 37-9.

Langemo DK, Black J., National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2010. Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Advanced Skin and Wound Care* 23: 59-72.

Poss J, Murphy KM, Woodbury MG, Orsted H, Stevenson K, Williams G, MacAlpine S, Curtin-Telegdi N, Hirdes JP. 2010. **Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings.** *BMC Geriatrics* 10:67. Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/67>

Searle C, McInerney F. 2008. Nurses' decision-making in pressure area management in the last 48 hours of life. *International Journal of Palliative Nursing* 14: 432-438.

Thomas DR. 2001. Prevention and management of pressure ulcers. *Reviews in Clinical Gerontology* 11: 115-130.

Walding M, Andrews C. 1995. Preventing and managing pressure sores in palliative care. *Journal of Professional Nursing* 11: 33-38.

Auteurs

Knight Steel, MD

Bruce Leff, MD

Gary H. Brandeis, MD

Harriet Finne-Soveri, MD, PhD

John N. Morris, MSW, PhD

Sue Nonemaker, RN, C, MS

Katarzyna Szczerbinska, MD, PhD

Pauline Belleville-Taylor, RN, MS, CS