PR(P)E* AU TALON

COMPRENDRE AVANT D'AGIR

EQUILIBRE ENTRE POSTURE ET CONFORT DE LA PERSONNE

*Patient à Risque ou Porteur d'Escarre

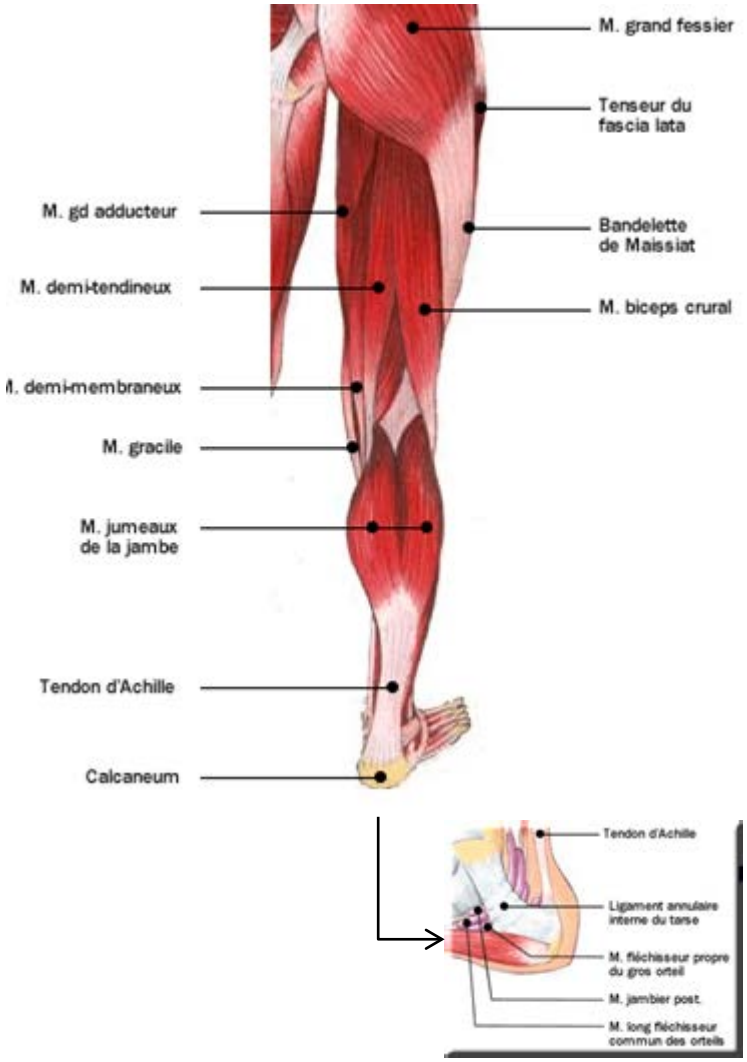
LE TALON

Extrémité du pied :

Un organe du membre inférieur

Richement vascularisé
Nombreuses terminaisons nerveuses

Un organe de l'équilibre



ESCARRES

WINCARE group

Lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le **résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement**. *Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée.* [EPUAP 2009]

Décrite comme « une **plaie de dedans en dehors**, de forme conique, à base profonde d'origine **multifactorielle** » [Conférence de Consensus 2001]

L'altération peut être très rapide <u>en quelques heures</u>

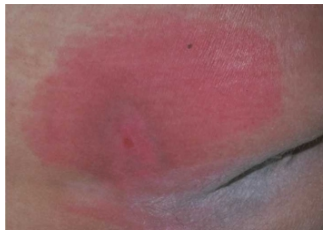
SOMMAIRE

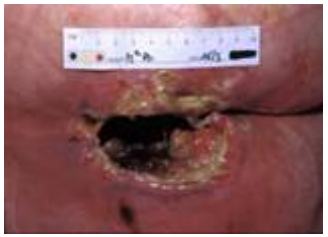
- Épidémiologie
- Étude et évaluation des facteurs de risque
- Mécanismes physiopathologiques
- Reconnaissance des stades de l'escarre
- Aspects cliniques de l'escarre talonnière constituée
  - Situations cliniques particulières (Patient diabétique, Patient porteur de plusieurs escarres, Association d'une ostéite, Blessé médullaire,...)
- Processus de cicatrisation
- Stratégie de soins inclus les critères de choix d'un SAP(T)E
- Evaluation de la performance des soins
- Conclusion

EPIDEMIOLOGIE

WINCARE group

ESCARRES « MALADIE » NOSOCOMIALE





Taux de Prévalence

Taux moyen en Hôpital rapporté 8,6 %

Taux d'Incidence

- Hôpital : 0,6 à 13%[1] (NPUAP 15%)
- USLD : 5 à 28% - **Soins Palliatifs en Ehpad 10 %** [2]

Sacrum 34% à 26%
Talon(s) 28% à 40%[3]
Sacrum et Talon(s) 13%

[1] Barbut F., et al, Pressure sores in a university hospital, Presse Med., 2006, May; 35(5 Pt1): 769-78

[2] Reifsnyder & Hoplamazian, 2005; Tippett, 2005; Reifsnyder et Magee, 2005

[3] Daideri G, coll, Prevalence of pressure sores in a university hospital in 2003, rev. Epidemiol sante publique, 2006, déc; 54(6):517-527

COÛT ECONOMIQUE

WINCARE group

Severens	2002	Pays-bas	>400 millions de $
Bennett	2004	UK	1,4 à 2,1 md£ (3 md€) soit 4% des dépenses du NHS (inclus complications infectieuses) Estim. Stade 1 : 1300 € et St. 4 : 31 000€
Posnett, Francks	2008	UK	2,3 md£ à 3,1 md£ (3,63md€)
Panorama du médecin	1985	France	3 md€
Delay, Posnett, walker	2012		Coût du traitement Stade 1 214 € et St. 4 : 14 108 €
IRDES	2009	France	Escarre = + 9,6 jours (base 500€/jour = 5000€ par patient)
PERSE		France	Risque de mortalité X par 3 à 5 chez la PA4,5 mois d'allongement de la durée d'hospitalisation (St. 2 : 109 jours ; St.3 à 4 : 146 jours) 3,35 md€ pour 300 000 escarres/an

Braden B. Costs of pressure ulcer prevention.FANN-NPUAP. 2012
Dealey C, Posnett J, Walker A., The cost of pressure ulcer in the UK, Journal of Wound care, 2012:261-266

SOMMAIRE

- Épidémiologie
- Étude et évaluation des facteurs de risque
  - Mécanismes physiopathologiques
- Reconnaissance des stades de l'escarre
- Aspects cliniques de l'escarre talonnière constituée
  - Situations cliniques particulières (Patient diabétique, Patient porteur de plusieurs escarres, Association d'une ostéite, Blessé médullaire,...)
- Processus de cicatrisation
- Stratégie de soins inclus les critères de choix d'un SAP(T)E
- Evaluation de la performance des soins
- Conclusion

MÉCANISMES

LA PRESSION ET LE CISAILLEMENT

- **Pression trop forte sur une courte durée ou Pression faible sur une longue durée**

- **Cisaillement provoque des tensions et lésions au niveau des capillaires sanguins**

⇨ **RISQUE D' ALTÉRATIONS TISSULAIRES**

PERSONNES A RISQUES (PRE)

WINCARE group

- Facteurs de risques intrinsèques
  - Immobilité
  - Malnutrition ou déshydratation
  - Incontinence
  - Perte de sensibilité
  - Baisse du débit circulatoire
  - Etat de la peau dont ATCDts escarres
  - Etat physiologique et manque de motivation
  - Certaines maladies aigües et pathologies graves

FACTEUR PREDICTIF DU TALON

- Age >70 ans
- Diabète
- Modifications de l'état mental : Agitation, confusion, absence de réponse,
- Perte de mouvements dans au moins un membre inférieur,
- Diminution du niveau d'activité physique.

BLASZCZYK J, MAJEWSKI M, SATO F. Make a difference: standardize your heel care practice. Ostomy Wound Manage. 1998 may, 44(5):32-40.

FR et mécanismes

Angulation du releveur de buste

Angulation du genoux

90°

60°

30°

20°

5°

0°

Danger

A Risque

Sécurité

Zone Ischiatique

Zone sacrée

Probable

Certaine

Danger

Zone Talon

0°

$\vec{F1}$

$\vec{F2}$

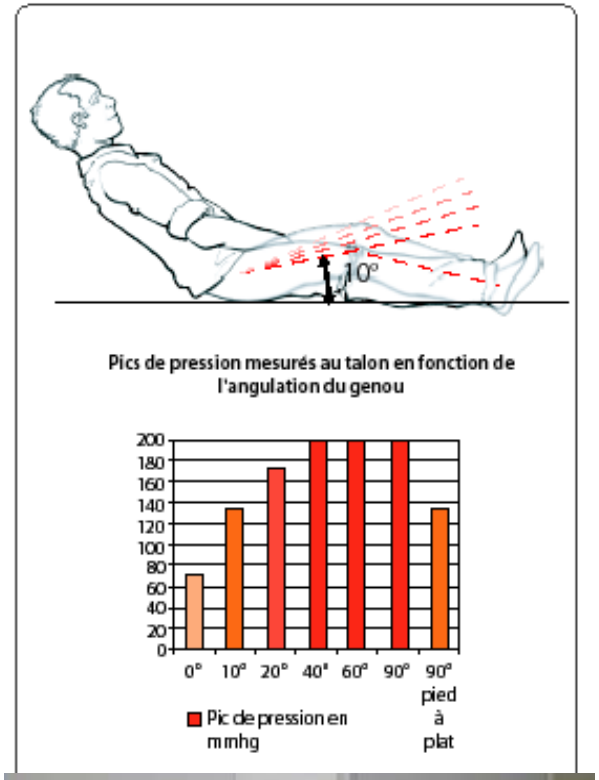
$\vec{F3}$

Zone Occipitale

Zone de Cisaillement

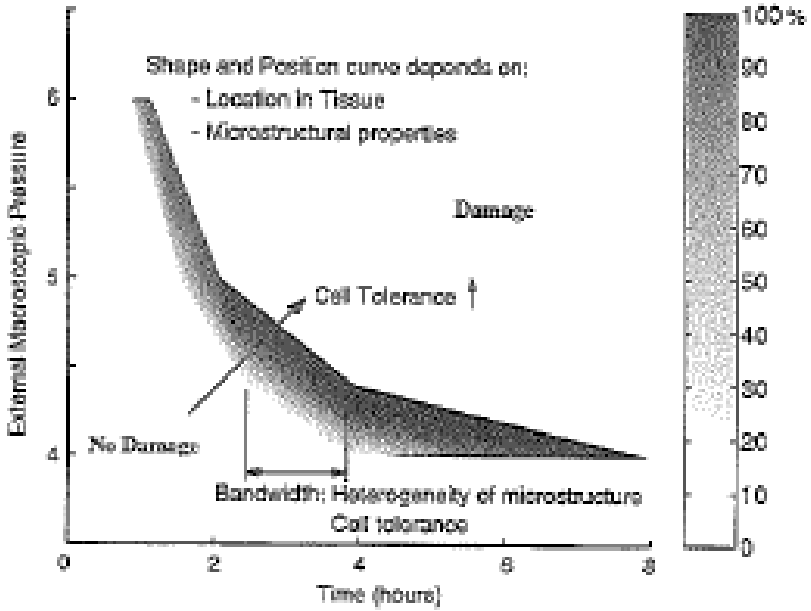
Pression

Hypoxie



Copyright by Philippe Espinasse and Fabrice Nouvel
Designed by Jocelyn Hebrard

FR et mécanismes



PCO2
32 à 45 mm de Hg
12 mm de Hg

Ref	Model	Type de stress	Method	Stress mmHg (kPa)	Temps (h)	Site	Comment
Nola and Vistnes	Rat	Normal	Seringue hypodemique	100-110 (13-14,5)	6	Peau s/muscle Peau s/tibia	100% dommage s/tibia; variable s/muscle
Houwing et all	swine	Normal	Indenteur	47,8 (63,7)	2	Grand trochanter	Dommage visible après 1 h dans la période de reperfusion

FACTEURS DE RISQUE - PA

WINCARE group

- Fragilité de la peau et du tissu sous-cutané,
- Insuffisance d'apports protido-caloriques (notamment en cas de maladies cardio-vasculaires, hypo tension artérielle, hyperthermie)
- Incontinence

FACTEUR DE RISQUE > AOMI

UNE BOMBE A RETARDEMENT !!

- Susceptibilité du bord externe du talon
- *« Sans lien significatif avec l'âge »*
- Pathologies avec baisse des débits circulatoire et/ou hypoxémie prolongée,
- Vigilance +++ → **Si AOMI sévère**
  - Dépistage précoce
    - Attention aux algies nocturnes, cas asymptomatiques
  - Lésions irréversibles en 2 à 3 heures
- Conditionne les moyens de prévention

HAS, Guide ALD – Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs, mars 2007

FACTEURS DE RISQUE - REA

Immobilisation prolongée	Sédation Drogues VA	Hypercatabolisme Dénutrition
Anémie	Hypoxie	Infection
Pathologie initiale	Choc initial	Pathologies intercurrentes

FACTEUR DE RISQUE - DIABETE

WINCARE group

Neuropathie

motrice | Sensitive | Végétative

Artériopathie

Macroangiopathie | Microangiopathie

Ischémie

Diminution des apports

Traumatisme

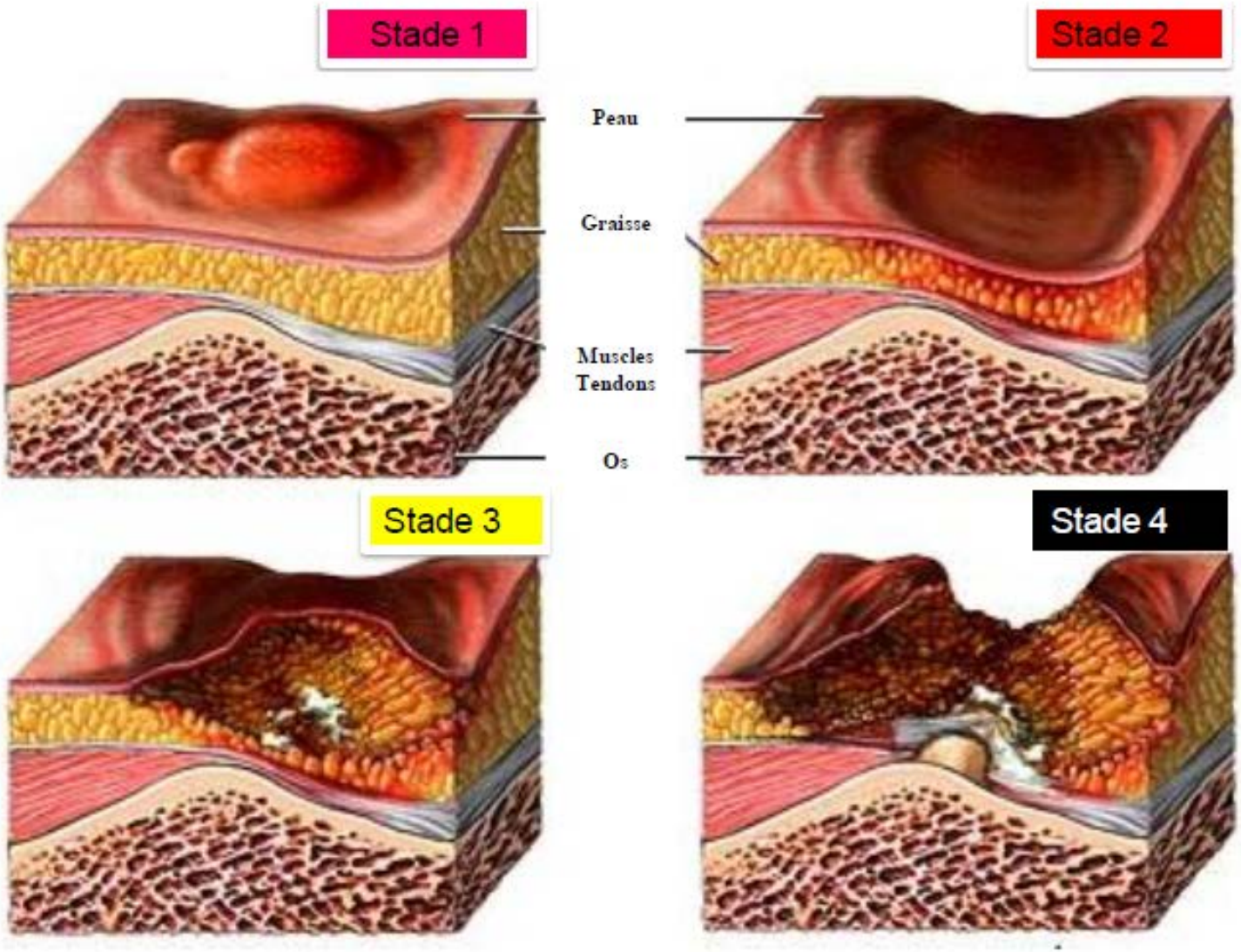
Infection

Ulcération

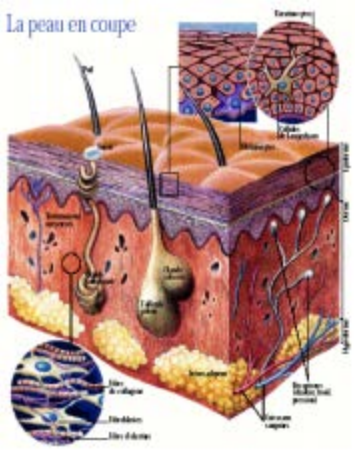
Amputation

- Épidémiologie
- Étude et évaluation des facteurs de risque
  - Mécanismes physiopathologiques
- Reconnaissance des stades de l'escarre
- Aspects cliniques de l'escarre talonnière constituée
  - Situations cliniques particulières (Patient diabétique, Patient porteur de plusieurs escarres, Association d'une ostéite, Blessé médullaire,...)
- Processus de cicatrisation
- Stratégie de soins inclus les critères de choix d'un SAP(T)E
- Evaluation de la performance des soins
- Conclusion

WINCARE group



ESCARRE DE STADE 1



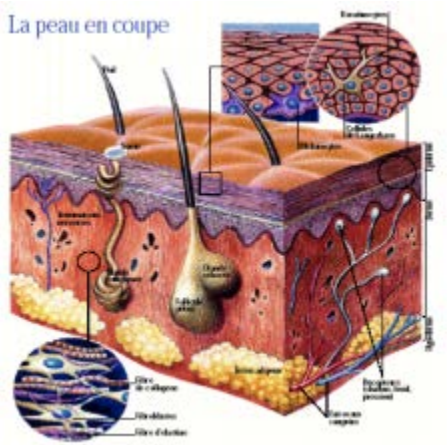
Erythème sur une peau intacte qui ne blanchit pas à la pression.

Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration, sont aussi des indicateurs cliniques particulièrement sur des personnes de race noire.

COMMENT DISTINGUER ?

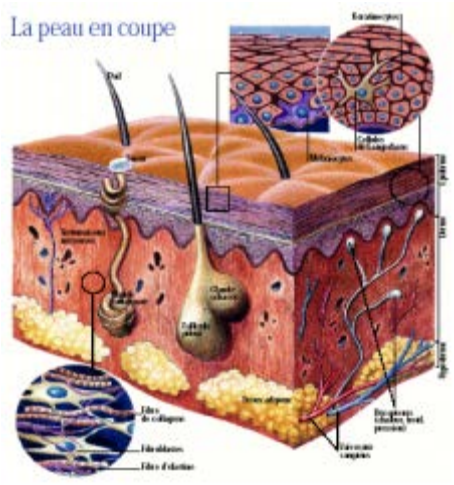
WINCARE group

ESCARRE DE STADE 2



Atteinte d'une partie de la peau atteignant l'épiderme et/ou le derme. La peau présente cliniquement une phlyctène ou une abrasion.

ESCARRE DE STADE 3



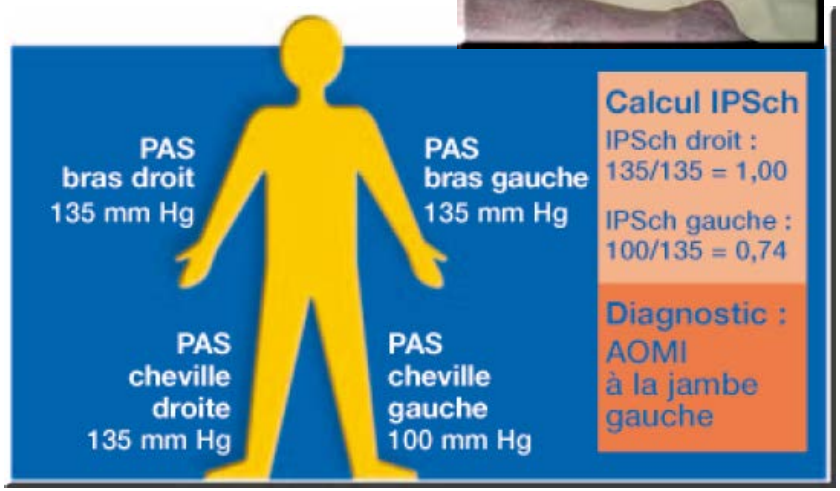
Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique

ESCARRE DE STADE 4

Perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons.

CLINIQUE

- Auscultation, Palpation
  - Recherche des facteurs favorisant les complications cutanés du pied
    - Pouls, temps de recoloration après une pression manuelle sous la face plantaire des *hallux*
    - *Sensibilité superficielle, (…)*
  - Recherche de troubles trophiques, d'affection(s) podologique(s),…,



FACTEUR AOMI – ADAPTATION DES MOYENS

Selon le niveau d'atteinte

- Prévention Renforcée chez les personnes âgées
  - Position proclive du lit [Accord Pro]
  - Matelas en mousse viscoélastique [Accord Pro]
    - Proclive intégrée au matelas
  - Mesure IPS [Grade C]
- Stade avancée (artérite St.IV)
  - Cs équipe de chirurgie vasculaire **?**
  - Exploration (...) **?**

SOMMAIRE

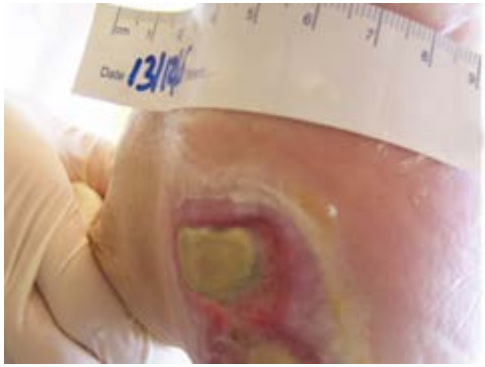
- Épidémiologie
- Étude et évaluation des facteurs de risque
  - Mécanismes physiopathologiques
- Reconnaissance des stades de l'escarre
- Aspects cliniques de l'escarre talonnière constituée
  - Situations cliniques particulières (Patient diabétique, Patient porteur de plusieurs escarres, Association d'une ostéite, Blessé médullaire,...)
- Processus de cicatrisation
- Stratégie de soins inclus les critères de choix d'un SAP(T)E
- Evaluation de la performance des soins
- Conclusion

QUELLE CONDUITE TENIR ?

Il faut vite mettre en place un support ANTI ESCARRES ?

Selon quelle logique vais-je réaliser mon pansement ?

TRAITEMENT



- Prévention des Facteurs de Risques
- Traitement de la pathologie
- Soins locaux
  - Set à Pansement
  - Gants propres non stérile à UU
  - Eau du robinet (Stade 1 à 2); sérum physiologique (Stade 3, 4)
  - Pansement primaire selon l'aspect de la plaie
    - Atone, Exsudats, couleur,...

- Épidémiologie
- Étude et évaluation des facteurs de risque
  - Mécanismes pathogéniques
- Reconnaissance des stades de l'escarre
- Aspects cliniques de l'escarre talonnière constituée
  - Situations cliniques particulières (Patient diabétique, Patient porteur de plusieurs escarres, Association d'une ostéite, Blessé médullaire,...)
- Processus de cicatrisation
- Stratégie de soins inclus les critères de choix d'un SAP(T)E
- Evaluation de la performance des soins
- Conclusion

LE MOT DE P²ASSE

Prévenir
Positionner

Analyser

Soigner

Suivre

Evaluer

AGIR immédiatement avec <u>la personne</u> et ses <u>*aidants*</u> :

<u>Réduire les risques de Pression et Cisaillement</u>

REAGIR précocement sur son ALIMENTATION et/ou sa NUTRITION

Evaluer et solliciter les CAPACITES et la « CAPABILITE » de la personne

STRATEGIE DE PREVENTION [SP]

Éviter la survenue d' (de nouvelles) escarres chez les PR(P)E

- Mise en place des mesures générales de PREVENTION
- Application à tout PATIENT dont l'état cutané est intact ou non
  - Identifier les Facteurs de Risque [Grade C]
  - **Diminuer la Pression** [Grade A/B]
  - **Utiliser des supports spécifiques** [Grade A]
  - Observer l'état cutané [Grade B]
  - Maintenir l'hygiène de la peau et diminution de la fragilité [Grade B]
  - Assurer un équilibre nutritionnel [Grade C/A]

EPUAP, Volume 10, Issue 1, 2009

QUEL SUPPORT CHOISIR ?

WINCARE group

S'assurer que les talons **n'appuient pas sur la surface du lit**. [Niveau de preuve = C]

Les dispositifs de protection des talons doivent **complètement les relever** (les décharger) de manière à répartir le poids de la jambe le long du mollet, sans exercer de pression sur le tendon d'Achille. Le **genou doit être en légère flexion**. [Niveau de preuve = C] Attention à l'hyper-extension

Utiliser un oreiller sous le mollet de sorte que les talons soient surélevés (par exemple : "flottants"). [Niveau de preuve = B]

Inspecter régulièrement la peau des talons. [Niveau de preuve = C]

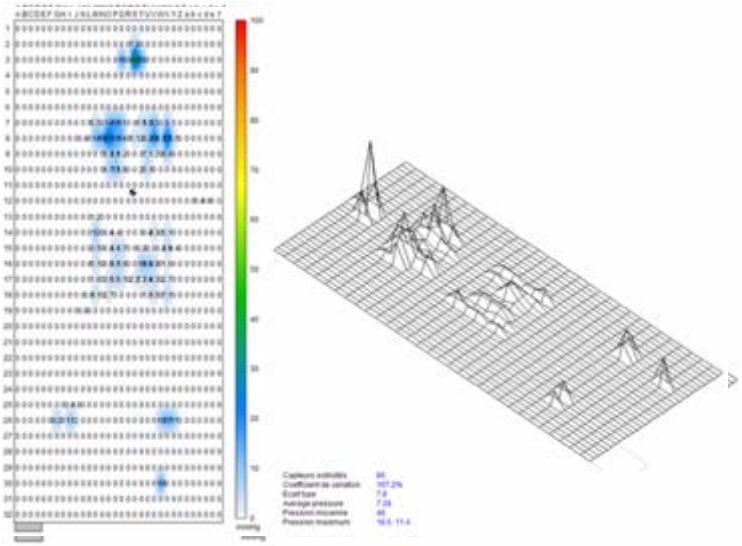
QUEL SUPPORT CHOISIR ?

WINCARE group

Dispositif pour des patients à risque nul à faible de développer une escarre	Patient en situation d'alitement de quelques jours, se mobilisant seul et sans problème	Matelas **simple** **+ / - DATP**
Dispositif de prévention pour patients à risque faible à moyen de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Patient alité de 10 à 15 heures se mobilise seul avec difficulté, sans trouble neurologique important, sans artériopathie, état général bon à moyen	Matelas type **APLOT** **+ / - DATP**
Dispositif de prévention pour patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Dispositif indiqué chez le patient levé dans la journée, alité plus de 15 heures	Matelas type **EPSUS** Matelas type **ALOVA** Matelas type **STRAT'AIR** **+ / - DATP** Et/ou type **AXTAIR One ou AXTAIR Automorpho**
Dispositif de prévention pour patients à risque élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Dispositif indiqué chez le patient non-levé dans la journée, en mauvais état général et/ou ayant une artériopathie et/ou un trouble neurologique sévère récent	**AXTAIR Automorpho** **Technologie Axensor** **+ / - DATP**

POSITION SEMI-FOWLER à « *Fauteuil* »

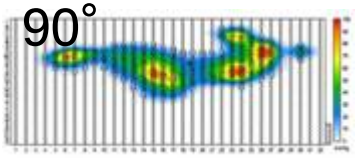
Semi-Fowler 30° - 30°

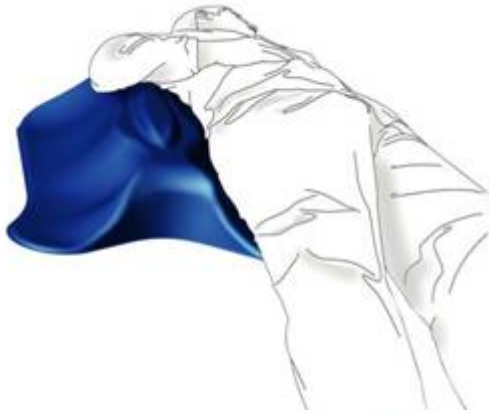


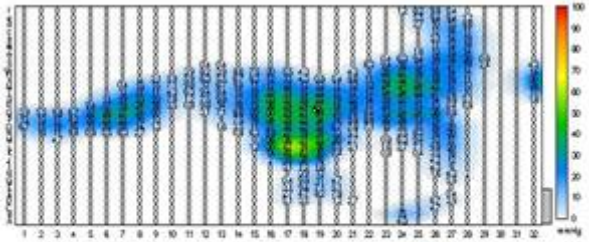
Sujet : 60kg 160 cm
Position 1 : Décubitus dorsal strict
Position 2 : Releveur de buste à 30°
Position 3 : Position Semi Fowler

Décubitus Latéral Oblique à 30°

DL Strict 90°







Colin D, Abraham P, Préault L, Bregeon C, Saumet JL., Comparison of 90° and 30° laterally inclined positions in the prevention of pressure ulcers using transcutaneous oxygen and carbon dioxide pressures, Adv Wound Care 1996; 9: 35-8.

LEVER LA PRESSION

WINCARE group

LEVER LA PRESSION

...EN PREVENANT LES EFFETS SECONDAIRES

Remerciements à Dr Colin P.E.R.S.E

MA PEAU EST VULNERABLE, PROTEGEZ LA !

MA *PEAU* SUPPORTE MAL LA PRESSION, SOULAGEZ LA !

WINCARE group

Grades des recommandations et Niveaux de preuve

Niveau I – Essais comparatifs randomisés de FP aux résultats méthodologiques indiscutables, Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés	**GRADE A** Preuve scientifique établie	Ce qu'il recommandé de faire, à une date donnée, parce que cela a été clairement établi avec un bon niveau de preuve
Niveau II – Essais comparatifs randomisés de fP, E.comparatifs non randomisés bien menés, Etudes de cohortes	**GRADE B** Présomption scientifique	Ce qu'il est raisonnable de faire parce que les résultats thérapeutiques sont vraisemblables, Ou,…
Niveau III – Etudes cas témoins **Niveau IV** – Etudes comparatives à biais importants, E.Rétrospectives, E.de cas, E.Epidémiologiques descriptives	**GRADE C** Faible preuve scientifique	…, Parce ce qu'ils sont possibles
Absence de preuve scientifique tirées de la littérature **Niveau V –** série de cas sans contrôle	**ACCORD PRO** Accord professionnel Fort	Ce que le prescripteur doit choisir lui-même, faute de preuve, et ce que les experts proposent