LES ESCARRES : Actualités

Pansements et Thérapie à Pression Négative

Docteur Magali Drouard
Dermatologue
CHRU Lille

AMPR – 28/11/2014

Clinique

L'escarre évolue en quatre stades, c'est un processus dont la tendance évolutive se fait vers l'aggravation, ce d'autant plus que les facteurs favorisants n'auront pas été corrigés.

STADE I : ERYTHEME

Erythème douloureux et œdème

STADE II : PHLYCTENE

Phlyctènes séreuses +/- hémorragiques sur fond érythémateux douloureux.

La disparition de la phlyctène laisse place à une ulcération superficielle (desépidermisation).

STADE III : NECROSE

STADE IV : ULCERATION PROFONDE

- Perte de substance profonde avec bordure irrégulière et souvent mise à nu de l'os, voir de l'articulation sous jacente.

1	• Rougeur persistante, ne blanchissant pas à la pression digitale • Représente déjà une lésion tissulaire		
2	• Perte de substance concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant l'épiderme et/ou le derme formant une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle		
3	• Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau (épiderme, derme, hypoderme) • Avec ou sans décollement périphérique		
4	• Perte de substance, dépassant l'aponévrose musculaire, pouvant atteindre l'os, les muscles, les tendons ou l'articulation, avec description de certains facteurs péjoratifs (décollement, contact osseux, fistule et/ou infection)		
Non catégorisable	• Escarre constituée, recouverte soit de fibrine, soit d'une croûte, ne pouvant encore être caractérisée		

LE TRAITEMENT LOCAL

Le traitement sera long et nécessite une adaptation régulière.

- **Le nettoyage de la plaie**
  - nettoyer la plaie au savon de Marseille ou sérum physiologique puis rincer.
  - L'utilisation d'antiseptique est uniquement recommandée en cas d'infection ou d'atteinte ostéoarticulaire.

- **La détersion**
  - **La détersion mécanique est indispensable**, elle nécessite l'utilisation d'une curette, d'un grattoir, de ciseaux ou d'une lame de bistouri.
  - Elle doit être réalisée à **chaque changement de pansement et consiste en l'élimination de la fibrine ou de la nécrose.**
  - Sous anesthésie locale (xylo, emla)
  - La découpe de **nécrose sèche** est souvent **peu ou pas douloureuse,**
  - **en revanche la détersion de fibrine est très douloureuse,** nécessitant parfois l' anesthésie au Méopa

LE TRAITEMENT LOCAL : le pansement

- C'est une phase du **traitement indispensable** qui doit comprendre une **bonne coopération** entre les médecins, le personnel infirmier et le patient.
- **Cette partie de la prise en charge nécessite du temps**, de la patience et **un choix adapté des différents pansements**
- Le déroulement du traitement local de l'escarre doit suivre les **stades d'évolution de la plaie et nécessite une adaptation du pansement et du rythme de renouvellement** de celui-ci
- A noter que pour le talon et le sacrum, il existe des formes spécifiques pour certains pansements.

CHOISIR ET APPLIQUER LE PANSEMENT PRIMAIRE
CHOISIR ET APPLIQUER LE PANSEMENT SECONDAIRE **si nécessaire**

- **LE PANSEMENT PRIMAIRE**

  Pansement qui est au contact direct de la plaie et qui agit directement sur elle

- **LE PANSEMENT SECONDAIRE**

  Utilisé au dessus d 'un pansement primaire et qui permet :
  - de le maintenir (film, compresses…)
  - d 'absorber les exsudats
  - d 'être changé indépendamment du primaire

LES TULLES NEUTRES

- Tulles imprégnés de matière grasse neutre (Vaseline ou Paraffine) à mailles larges (Vaselitulle, Jelonet)
- Ils ne sont pas absorbants
- **Pour des** plaies peu exsudatives en phase de bourgeonnement ou d ' épidermisation.
- Ils sont hypoallergéniques et souvent bien tolérés.
- leurs **mailles larges emprisonnent parfois les bourgeons** et il est fréquent de rencontrer une douleur et un saignement à l'ablation du pansement.

LES INTERFACES

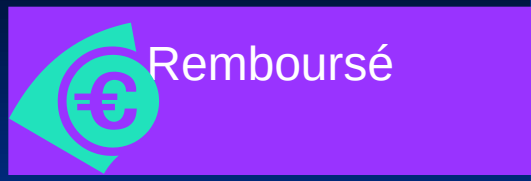
- tricots synthétiques à **mailles serrées** imprégnés d 'une substance « inerte » (Paraffine – Silicone – Carboxymethylcellulose)
- **non adhérente** permettant un retrait non douloureux et l'absence d'arrachage des bourgeons.
- **indiqués dans les plaies peu exsudatives en phase de bourgeonnement ou d'épidermisation**

ACIDE HYALURONIQUE

- compresses ou crème composées d'acide hyaluronique
- pouvoir détersif modéré.
- **indiqués en fin de détersion et en phase de bourgeonnement.**

HYDROCOLLOIDES

HYDROCOLLOIDES



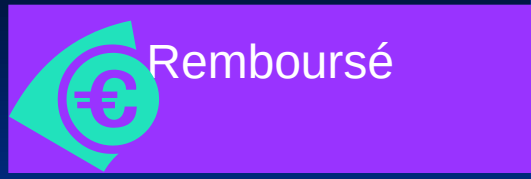
- **Carboxymethycellulose** (CMC)
- Ils maintiennent un milieu chaud et humide
- ils peuvent être utilisés à **tous les stades de cicatrisation sauf en cas d'infection.**
- plaques **adhésives** sur toute leur surface (+/- renforcée en péri).
- A éviter en cas de **peau péri ulcéreuse fragile ou lésée** +++
- Au retrait : **substance pseudo-purulente nauséabonde** (délitement CMC)

LES CLASSES DE PANSEMENTS : HYDROCELLULAIRES

Mepilex border flex

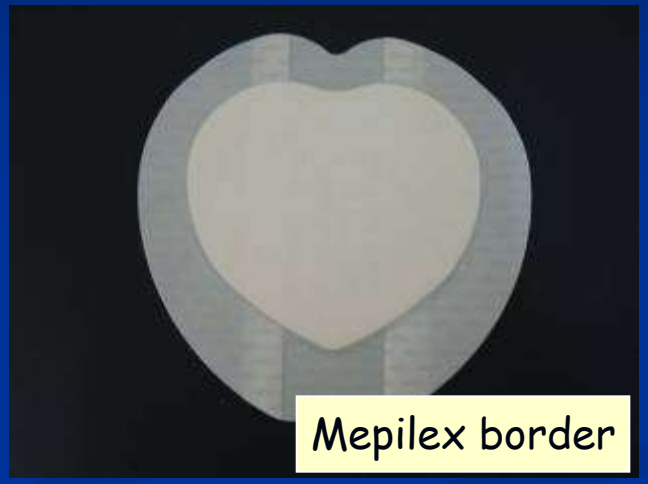
Tegaderm Foam

HYDROCELLULAIRES



- Mousse de polyuréthane
- Ils maintiennent un **milieu humide** sur la plaie,
- **plus absorbants** / Hydrocolloides (10 fois leurs poids), ils évitent la macération des berges (fréquente avec les hydrocolloïdes).
- Plaques **non adhésives ou adhésives** (toutes leurs surfaces ou uniquement en périphérie), parfois dé coupables.
- **Peuvent être utilisés à tous les stades de cicatrisation mais à éviter si plaies sèches et contre-indiqués si plaies infectées.**

Formes anatomiques escarres sacrées



Formes anatomiques escarres talon

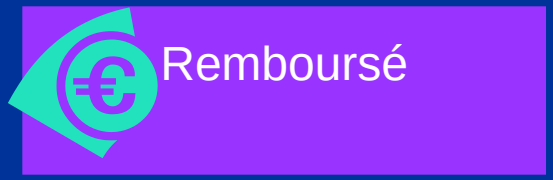
Allevyn Heel

Allevyn gentle border heel

Biatain

HYDROCELLULAIRES ACTIFS

- **<u>Hydrocellulaire avec NOSF</u>** (URGO START)
  - inhibiteur de protéase : relance la cicatrisation



LES HYDROGELS

LES HYDROGELS

- Ils re larguent l'eau qu'ils contiennent au niveau de la plaie, ils assurent donc **l'hydratation des plaies sèches et favorisent la détersion des plaies fibrineuses et nécrotiques.**
- Ils ne contiennent pas de principe actif (pas d'action enzymatique)
- Très **bien tolérés, indolores et ne lèsent pas la peau périphérique**, parfois macération
- Ils nécessitent un **pansement secondaire** pour les maintenir (HC, Tulles, pas compresses sèches)

Hydroclean

Polyacrylate absorbant activé par une solution de Ringer

simultanément le coussinet absorbe les exsudats, ramollit les tissus nécrotiques

LES ALGINATES

LES ALGINATES

- composés d'extraits d'algues brunes
- Ils se gélifient plus ou moins au contact de l'exsudat et ne sont **pas adhésifs**,
- bien tolérés et indolores au retrait.
- Ils sont indiqués devant :
  - **plaies exsudatives**
  - **plaies hémorragiques** (Algostéril®), car hémostatiques.
  - **plaies infectées**, grâce à leur capacité à fixer les germes dans leurs fibres
- Ils existent sous forme de compresses ou mèches

HYDROFIBRES

- pansement constitué de fibres non tissées faites à 100 % de CMC
- compresses ou mèches, qui se transforme en gel translucide au contact de la plaie.
- Aquacel®

- Pansement très absorbant, capable de fixer les bactéries dans ces fibres (séquestration microbienne). **Il est donc indiqué dans les plaies exsudatives et/ou les plaies infectées.**
- Il est **non adhérent, indolore à l'ablation, très bien toléré et il ne lèse pas la peau péri lésionnelle.**

Urgoclean

PANSEMENTS AU CHARBON

Ils adsorbent les bactéries, absorbent les exsudats et éliminent les odeurs.

PANSEMENTS A L 'ARGENT

Réservés aux plaies infectées

- **Flammazine® et Sicazine®**
- **Urgocell Ag**
- **Urgotul Ag®**
- **Ialuset plus crème ®**

FILM DE POLYURETHANE

- Films de polyuréthane semi-perméables non absorbants et transparents.
- **Indiqués au stade d'épidermisation ou en pansement secondaire.**

CHOIX DU PANSEMENT EN FONCTION DU STADE CLINIQUE

Escarre stade I	⇨ **décharge de l'escarre** - **Hydrocolloïde mince** - **Hydrocellulaire**
Escarre stade II • **Phlyctène** • **Désépidermisation**	⇨ **décharge de l'escarre** ⇨ **percer la phlyctène** - **hydrocolloïde** - **hydrocellulaire** - **hydrocolloïde mince** - **hydrocellulaire** - **Hydrotac** - **tulles/interface** - **film de polyuréthane**

CHOIX DU PANSEMENT EN FONCTION DU STADE CLINIQUE

Escarre stade III	⇨ **décharge de l'escarre** ⇨ **détersion**
• **nécrose sèche**	- **hydrogel (sous occlusion)** - **Hydroclean**
• **nécrose humide ou escarre fibreuse**	- **alginate** - **hydrofibre** - **hydrocellulaire** - **hydrocolloïde** - **pansement au charbon**
• **escarre très exsudative**	- **alginate** - **hydrofibre**

CHOIX DU PANSEMENT EN FONCTION DU STADE CLINIQUE

Escarre stade IV **(ulcération profonde)**	⇨ **décharge de l'escarre** ⇨ **détersion** • **alginate mèche** • **hydrofibre mèche**

CAS PARTICULIERS

Escarre infectée	**- alginate** **- hydrofibre** **- pansements au charbon** **- pansement à l'argent**
Escarre malodorante	**- pansements au charbon**
Escarre hyperbourgeonnante	**- bâtonnet de nitrate d'argent sur les bourgeons puis tulle** **- corticotulle < 96 h**
Escarre hémorragique	**- alginate pur**

Thérapie par pression négative (TPN)

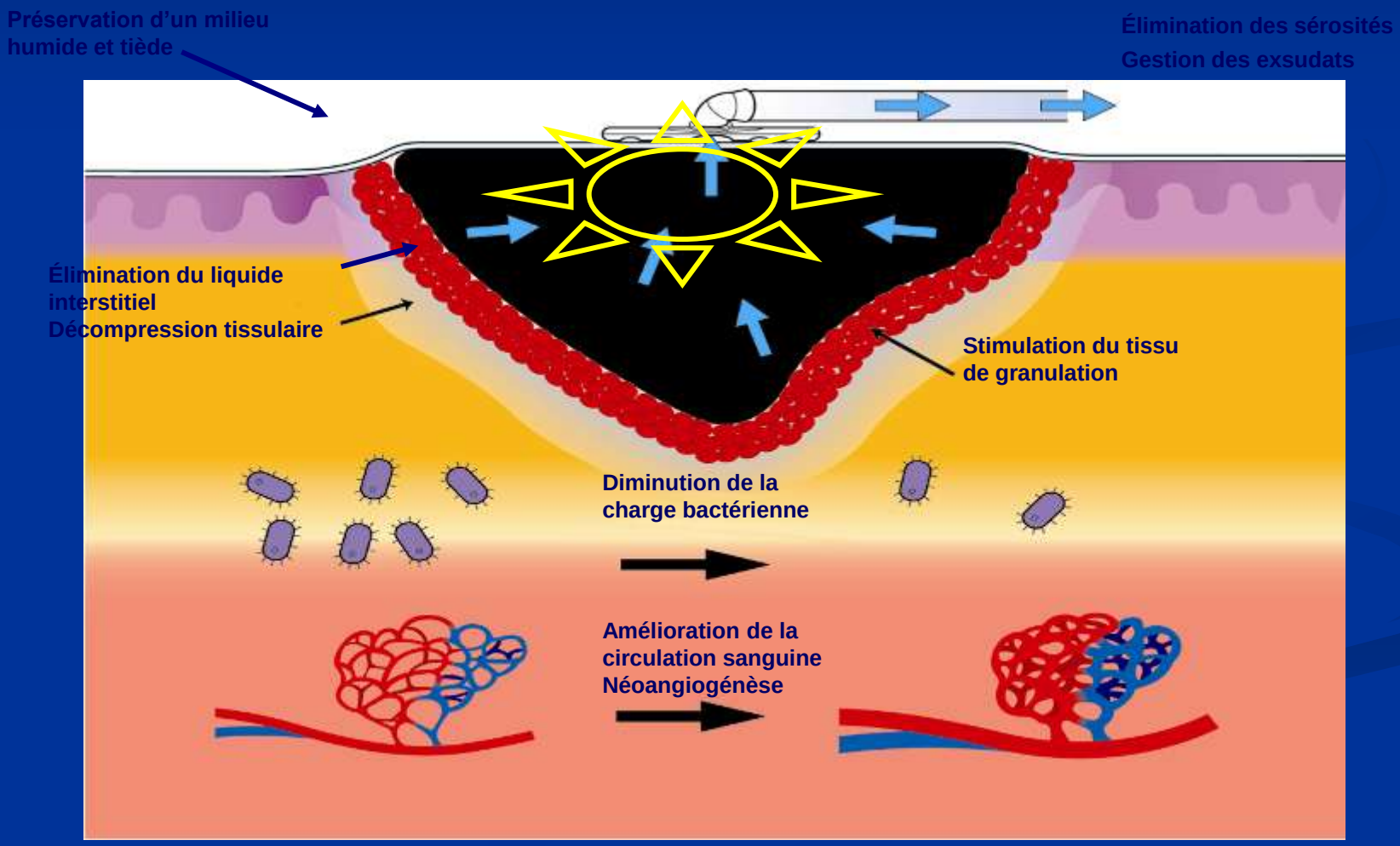
C'est une méthode de cicatrisation physique active qui utilise une pression négative locale et contrôlée accélérant la cicatrisation en

- Réduisant l'œdème locale entraînant ainsi une décompression des tissus et une amélioration de la circulation périphérique
- Favorisant la formation de tissus de granulation
- Diminuant la colonisation bactérienne (par aspiration et par amélioration de l'oxygénation donc de lutte antibacterienne des tissus)
- Créant un milieu humide
- Stimulant la néoangiogénése

- Indiqué au stade 3 et 4 de l'escarre

Thérapie par pression négative (TPN)

Mécanisme d'action



Objectifs de la TPN

- Un objectif clair en terme d'évolution de la plaie doit être fixé a l'instauration de la TPN, en l'absence d'amélioration lors de 2 changements de pansements consécutifs ou a l'issue d'une semaine d'utilisation, le traitement doit être arrêté

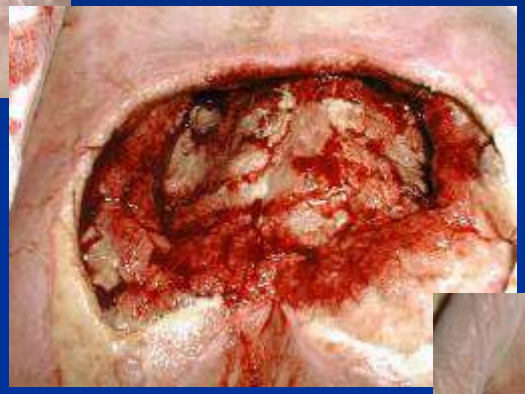
Contre-indications

- **Tissu nécrotique**
  La plaie doit être débridée (70%) afin d'éliminer la plus grande partie du tissu nécrosé

- **Présence de vaisseaux sanguins ou organes exposés**

Escarre sacrée

J 0



J 5

J 19

J 42

O. Scheufer, A. Peek, N. M. Kania, K. Exner- Chirurgie Plastique, Markus Hospital, Francfort, Allemagne

Escarre sacrée

J 0

J 21

KCI Mediscus GmbH,Grindlenstrasse 5,CH-8954 Geroldswil, Suisse.

MERCI