

# Complications de l'immobilité de décubitus

## Prévention et prise en charge : escarre

C. BEDANE (Limoges), P. SENET (Ivry), S. MEAUME (Ivry), B. GUILLOT (Montpellier),  
M. FAURE (Lyon), E. GROSSHANS (Strasbourg)

### Objectifs

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

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 p. 100 des malades hospitalisés (mais 22 p. 100 au-delà de 65 ans). Le coût direct en soins a été évalué à 2 300 F par mois et le coût indirect à 100 000 F par escarre en 1994.

### PHYSIOPATHOLOGIE

#### 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.

#### 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 et phacélisation.

### ÉTIOLOGIE

#### 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.

A 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).

#### Escarre : complication

L'escarre peut aussi faire figure de complication des atteintes sensibles lors d'affections neurologiques non traumatiques (diabète, éthyisme, 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.

### CLINIQUE

#### 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 ...

## Stades évolutifs

L'escarre évolue en plusieurs phases.

### STADE I

Erythème 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. Elle 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.

## 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.

A plus long terme les escarres selon leur siège peuvent créer des troubles orthopédiques ou fonctionnels.

## PRÉVENTION

On ne peut parler de traitement de l'escarre de décubitus sans insister sur l'importance de la prévention et des mesures prophylactiques. Toute personne s'occupant de malade à risque a un devoir d'alerte. La prévention de l'escarre est une urgence, sa présence indiquant un défaut de vigilance.

## Facteurs de risque

A 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 « reversion », 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.

## Trois mesures apparaissent nécessaires

### RÉDUCTION DES DURÉES D'APPUI

Il ne faut pas tolérer une immobilité totale de plus de 3 h au lit, 2 h en fauteuil, et donc faire procéder à une 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

Tableau I. – Echelle de Norton.

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence	Score
excellente	alerte	ambulant	complète	continent	4
bonne	apathique	aide à la marche	légèrement limitée	occasionnelle	3
passable	confusion	confiné(e) au fauteuil	très limitée	urinaire	2
mauvaise	stupeur	alité(e)	immobile	urinaire et fécale	1

Appliquer le score correspondant à chaque case. Un score < 16 indique un patient à risque de développer une escarre.

Tableau II. – Matériel de prévention des escarres.

Type de support	Avantages	Inconvénients
Matelas gonflement alterné air	coût, utilisation facile	inconfort (enveloppe bruit moteur)
Matelas et sur-matelas eau		sensation instabilité température eau
Matelas mousse découpée	répartition appuis	housse adaptée
Surmatelas air statique	répartition appuis	instabilité
Surmatelas fibres siliconnées	répartition appuis	instabilité
Matelas d'air	répartition appuis	coût

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 COMPRESSIONS PAR UN SUPPORT ADAPTÉ (TABLEAU II)

Les surmatelas à eau, à gonflement alterné d'air ou à air statique sont utilisés. Ils 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.

## TRAITEMENT

### L'escarre proprement dite

Les mesures de prévention continuent à s'appliquer, un support adapté doit être systématiquement utilisé. Il peut s'agir d'un 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.

Le traitement local est celui d'une plaie profonde. Les soins d'hygiène sont pratiqués au mieux sur des lit-douches qui permettent une meilleure préhension du malade et une ergonomie adaptée pour les soignants. La détersion utilise des xerogels (Debrisan®), des hydrogels (Intrasite®, Nugel®) ou des hydrofibres (Aquacel®) en complément d'une détersion au bistouri ou aux ciseaux des tissus nécrotiques. 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.

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.

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

Il faut 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/j). Elle est faite par l'alimentation normale, avec éventuellement des compléments nutritifs, voire par sonde gastrique.

### Points clés

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



Fig. 1. Escarre du talon, avec une bulle hémorragique (stade II).



Fig. 2. Escarre sacrée (stade III).