Association Point Carré Handicap – Hôpital Raymond Poincarré – 92380 Garches
POINT CARRE n° 166 juin 2008

Informations médicales

Escarres

Les escarres des patients neurologiques

Pr Alain LORTAT-JACOB, chef du service Chirurgie orthopédie et traumatologie, chirurgie plastique et réparatrice - Hôpital Raymond Poincaré - Garches
Hôpital Ambroise Paré – Boulogne

Qu'est-ce qu'une escarre et comment survient-elle ?

L'escarre est une plaie constituée lors d'un conflit entre une zone d'appui et les parties molles. Elle siège donc préférentiellement là où l'appui est important et là où l'os est saillant : sacrum et trochanter pour les escarres de décubitus, sacrum, et surtout ischion, pour les escarres en station assise. L'apparition de l'escarre dépend de trois facteurs :

1. Le niveau de la pression.

L'apparition de l'escarre survient si la pression interrompt la circulation sanguine. Tous les tissus sont concernés lors de ce blocage de la circulation sanguine : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles puis, à un stade ultérieur, les structures sous-jacentes (articulation) et même, à un stade ultime, les viscères sous-jacents, périnéaux le plus souvent.

2. La durée de l'hyperpression.

En quelques heures, le manque de circulation va déclencher des lésions profondes, sans que la peau ne présente d'anomalies. Lorsque la peau prend un aspect nécrotique, c'est que les parties molles sont déjà gravement concernées. Durée et importance de l'hyperpression sont liées ; une grosse augmentation de pression très brève sera sans conséquence sur la vitalité des tissus, alors qu'à l'inverse, une augmentation modérée de la pression, juste au-dessus de la pression artérielle, pendant plusieurs heures, provoquera des zones de nécrose profonde ;

3. La qualité des tissus mous en regard de l'os.

Les tissus réagiront plus ou moins bien à la privation de vascularisation : les peaux des obèses sont fragiles, tout autant que celles des sujets trop maigres. Mais il existe aussi des troubles de la trophicité cutanée dus à l'atteinte neurologique. Un os peu agressif, pour une peau et des parties molles de bonne qualité, pourra déclencher des escarres sur des parties molles d'un tétraplégique.

D'autres mécanismes ont été décrits : notamment le cisaillement et la macération ; ils sont rarement en cause de façon isolée, mais ils peuvent s'associer. Ils ne doivent pas faire perdre de vue que la première cause de survenue d'une escarre est l'hyperpression.

Epidémiologie

Sur le plan épidémiologique, on distingue trois types de survenue des escarres en général, tous malades confondus.

1. L'escarre accident médical, véritable complication nosocomiale survenant à l'occasion d'un traumatisme ou d'une hospitalisation en service médical ou chirurgical. Les services de réanimation sont de grands pourvoyeurs d'escarres, les malades étant rendus immobiles par les médicaments ou la maladie ; de plus, ils ont souvent des troubles tensionnels qui rendent leur tissus plus sensibles à l'escarre (escarres de bas débit).

Ce sont des escarres survenant sur des malades qui n'avaient pas de raison préalable d'en faire ; survenant sans cause locale particulière, elles sont évitables et doivent être considérées comme de véritables fautes professionnelles, par négligence de prévention. La guérison doit le plus souvent survenir par un traitement médical comportant la renutrition, les soins locaux et la patience.

2. L'escarre de fin de vie est un drame que les gériatres connaissent bien, et qui relève des soins locaux. En effet, les mêmes causes produisant les mêmes effets, la récidive est inéluctable ; il n'y a pas de solution autre que l'humanisme dans la prise en charge.

3. Les malades neurologiques ont toutes les raisons de faire des escarres : les troubles de la sensibilité ne les préviennent pas de la souffrance des parties molles. Les troubles de la motricité les empêchent d'avoir les mouvements qui permettent de redonner un peu d'oxygène aux zones d'appui. Mais, plus que les changements vrais d'assise, ce sont les micro-mouvements quasi-subconscients qui manquent le plus pour la protection des zones d'appui. Et les tissus, plus ou moins dénervés, sont moins résistants.

Pour un malade neurologique, notamment traumatisé médullaire en fauteuil, l'apparition d'une escarre est un drame qui va lui interdire la station assise, le privant d'une autonomie si chèrement acquise. En effet, la condition première de la guérison de l'escarre débutante, c'est la suppression de l'appui : station assise ou allongée trop longue.

Quels patients doivent être opérés ?

Chez le malade neurologique, le traitement de l'escarre constituée doit passer très souvent par la chirurgie. Certes, l'histoire naturelle d'une plaie est la cicatrisation spontanée quel que soit le pansement appliqué (à condition d'avoir éliminé les tissus nécrosés), mais, pour le malade neurologique, l'indication opératoire est presque toujours obligatoire pour trois raisons :

1) Les plaies d'escarres sont toujours des réserves de germes microbiens susceptibles de provoquer des infections générales graves. Or, l'absence de sensation, donc de douleur, fait que l'escarre et son infection peuvent progresser en profondeur, attaquant des structures anatomiques vitales comme l'articulation de la hanche ou l'urètre, à l'insu du malade. Les tissus nécrosés rendent les antibiotiques inopérants et ne peuvent pas empêcher la progression des lésions. Les antibiotiques ne sont indiqués qu'en cas de fièvre et encore, dans ce cadre, ils doivent être prescrits concomitamment à une intervention de nettoyage au plus vite.

2) La durée de cicatrisation spontanée est désespérément lente et, sans intervention, le malade est condamné au lit pendant des mois, privé de la quasi-totalité de sa

vie sociale. Certes, la cicatrisation est possible spontanément, mais les délais sont interminables. Rappelons par ailleurs que le produit miracle n'existe pas ; seule l'excision mécanique suivie de reconstruction chirurgicale peut raccourcir les délais, et donner un résultat fonctionnel correct. Il ne faut pas croire aux recettes qui guérissent, ni aux nouveaux "procédés révolutionnaires" ; ce ne sont que des avancées financières pour les fabricants de matériel. Ces croyances antiscientifiques sont des grandes pourvoyeuses de drames en matière d'escarres.

3) Par ailleurs, on a vu l'intérêt d'avoir des parties molles de bonne qualité qui résisteront à la mise en charge, la cicatrisation secondaire, dirigée plus ou moins par des soins locaux, ne peut en aucun cas assurer cette qualité de peau. Les cicatrices obtenues par les soins locaux sont fragiles, et se ré-ulcéreront à tout bout de champ.

La cicatrisation dirigée aidée (ou entravée ?) par des pansements n'est donc pas adaptée au patient neurologique qui doit impérativement être opéré dans les délais les plus brefs.

Toutes les escarres du malade neurologique ne relèvent pas forcément d'une intervention, mais, à partir du moment où il existe des chairs nécrosées et lorsque les tissus atteints vont jusqu'à l'os, l'opération est inéluctable, voire urgente. En effet, ces plaies sont des sources d'infections très importantes qui, à terme, peuvent finir par mettre en péril la vie du malade.

Comment savoir s'il existe une atteinte allant jusqu'à l'os ? Aucun examen complémentaire ne permet de savoir s'il y a ou non une atteinte profonde, aucun examen en dehors de l'examen clinique. Au doigt, ou au stylet, à la consultation on explore la plaie et on évalue l'ampleur des lésions sous-jacentes à la peau.

Les radios ne sont intéressantes qu'à un stade très évolué, et peuvent être indispensables au geste opératoire (atteinte de la hanche) ; mais scanner et IRM n'ont pas d'intérêt, ni diagnostique ni thérapeutique.

Faut-il faire des prélèvements microbiologiques ?

A priori, en dehors d'un épisode de fièvre, les examens microbiologiques préopératoires ne sont pas indiqués, car ils ne montreraient que des germes de surface, simples contaminants qui, de toute façon, ne doivent pas être traités.

La seule chose à faire est de voir rapidement un chirurgien spécialisé qui posera ou non l'indication opératoire.

En quoi consiste l'opération ?

L'opération passe par deux étapes :

1) L'excision.

Il faut enlever toutes les chairs nécrosées et infectées. C'est le temps le plus délicat, car les dégâts sont souvent beaucoup plus importants que ce que laisse supposer l'aspect extérieur. L'os est constamment touché par l'escarre.

Le nettoyage de l'os consiste à enlever la partie visiblement infectée, mais il faut respecter au maximum les zones d'appui. Les pertes de substance après ce temps d'excision sont parfois de la taille d'une orange ou d'un melon. Il faut donc trouver des moyens de réparation très particuliers.

2) La réparation.

Elle fait appel le plus souvent à des lambeaux : on déplace des muscles avec la peau adjacente, tout en respectant

soigneusement la vascularisation.
Le muscle a l'intérêt de combler la cavité, de faire un bon matelassage des reliefs osseux et de procurer une couverture de la zone d'appui, avec une peau souple et résistante.
Le muscle est prélevé de telle sorte qu'il ne se produit pas de séquelles là où il a été pris, la zone "donneuse" étant refermée sur elle-même. Il s'agit d'une véritable chirurgie de reconstruction.
Un ou deux drains aspiratifs sont mis en place.

Les suites opératoires

Elles sont relativement contraignantes, pour deux raisons :
1. Les antibiotiques sont très souvent indispensables pour éviter une infection de la plaie opératoire, car malheureusement les escarres sont fréquemment colonisées par des germes nosocomiaux, résistants aux antibiotiques oraux, ce qui impose des perfusions pendant 10 jours.
2. La cicatrisation passe par deux stades :
Les 10 premiers jours sont le fait de toute opération chirurgicale ; ils nécessitent une surveillance étroite pour reconnaître à temps une éventuelle complication locale (hématome, désunion, infection).
Il faut attendre le 45e jour pour permettre la mise en charge ; la plaie est certes refermée, mais encore fragile. La station assise est donc interdite avant cette date et la reprise du fauteuil doit être très progressive. La présence en service chirurgical n'est plus utile.

Les résultats

Sur le plan chirurgical, grâce à des techniques très sophistiquées, des soins post-opératoires précisément définis et des antibiotiques spécifiques, on obtient 90 % de succès sur des escarres de première intention.
Par contre, à moyen et long terme, la menace de la récidive pèse lourdement sur l'avenir des patients neurologiques.
Par ailleurs, comme les résultats de la chirurgie sont nettement moins bons chez les récidivistes, c'est dire l'intérêt :
- **de la prévention en premier lieu,**
- **de l'organisation d'une prise en charge des patients ayant fait une première escarre par une équipe pluridisciplinaire, pour en comprendre les conditions de survenue.**

Prise en charge à l'hôpital Raymond Poincaré

Anne-Marie Cardoner - Cadre de santé de l'unité Toulouse-Lautrec
Marie-Ange Caillaux – Responsable du service social
Hôpital Raymond Poincaré – mars 2008

Que doit faire un patient neurologique qui a une escarre constituée ?

1. Organiser, par le biais de son médecin traitant ou du centre qui assure habituellement le suivi, une consultation à l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt – 92) avec l'équipe du Professeur Alain LORTAT-JACOB :
✍ 01 49 09 55 77
Cette consultation donnera l'indication opératoire et son degré d'urgence.

Malheureusement, il y a une liste d'attente car la demande est importante.
2. L'intervention aura lieu à l'hôpital Raymond Poincaré (Garches - 92).
Dès la consultation, l'équipe paramédicale et sociale de l'hôpital Raymond Poincaré organise la liste d'attente.
L'unité comporte 25 lits devant prendre en charge aussi bien les escarres que les infections ostéo-articulaires.
Le nombre de places est donc extrêmement limité.
Ceci demande une organisation très rigoureuse de la part de l'équipe paramédicale et sociale, mais aussi des patients et de leur entourage.
La durée de séjour en chirurgie doit être limitée au strict nécessaire ; par conséquent, la suite doit être préparée très en amont. De ceci dépend la possibilité pour d'autres personnes d'accéder à la chirurgie.
La durée de séjour en chirurgie pour une escarre est de 15 jours à trois semaines (sauf cas particuliers). Par contre, le protocole de soins nécessite 45 jours d'alitement strict, suivis d'une reprise très progressive de la station assise (selon protocole). Il est donc impératif de trouver une solution pour cette période de dépendance, ce qui est souvent difficile.

Quelle est l'organisation de l'intervention et de sa suite ?

❖ L'hôpital A. Paré, après la consultation, faxe une fiche de liaison à l'hôpital R. Poincaré. Le dossier arrive le lendemain.
Le patient est inscrit sur une liste d'attente qui est mise en réseau pour lequel travaillent :
- le cadre de soins,
- l'infirmière qui gère les hospitalisations ("gestion des opérés"),
- la secrétaire sociale,
- l'assistante sociale,
- la consultation d'anesthésie.

Chacun a son rôle et doit compléter les informations de sa partie.
❖ Le patient est contacté par l'assistante sociale. S'il est en centre ou en milieu hospitalier, celui-ci est contacté pour organiser la reprise dans la structure (sauf exceptions). S'il est à domicile, il faut trouver la structure ou l'environnement nécessaire à la post-chirurgie.
Cette organisation peut être :
- un retour à domicile avec soins infirmiers ou HAD (hospitalisation à domicile)
- un transfert en service MPR (médecine physique et réadaptation).

Cette seconde option est néanmoins difficile à mettre en place par manque de centres. Du fait de l'alitement (peu de rééducation pendant cette période), peu de services de MPR acceptent l'admission de patients opérés d'escarre. Or, à cause des soins spécifiques et de la nécessaire connaissance du handicap, il est préférable de se limiter, autant que possible, aux centres spécialisés en MPR neurologique ; d'autant plus qu'une fois la phase d'alitement dépassée, la reprise de la station assise doit comporter une attention particulière au matériel (fauteuil roulant, coussin…) et aux modalités du transfert (fauteuil roulant-lit, fauteuil roulant-W.-C., fauteuil roulant-voiture…).
Résultat : il est difficile d'offrir un réel choix, tant en variété qu'en proximité du domicile.
Le service social fait immédiatement une demande de pré-admission en HAD ou en centre, mais quelquefois le patient a déjà fait lui-même les démarches auprès d'un service qui le connaît.
Il faut également s'occuper des demandes d'entente préalable pour les transports s'il y a plus

de 150 km de distance (refus de plus en plus fréquents des caisses d'assurance maladie). Le transport en ambulance pour la sortie ou le transfert nécessite un matelas à air sur le brancard.

Une fois que l'aval est organisé, la date de l'intervention est fixée par le cadre de soins et l'infirmière de la "gestion des opérés".

Cette date, malheureusement, risque d'être modifiée pour deux raisons : les urgences et les reprises chirurgicales.

Depuis que la chirurgie d'escarre se passe à Garches, les conditions de prise en charge ont pu être améliorées grâce à l'expérience du personnel hospitalier en matière de handicap.

- Aspects médicaux : prise en charge vésico-sphinctérienne, appel aux médecins de rééducation pour avis dès qu'un problème se pose…
- Ergothérapie : l'équipe de la plate-forme domotique intervient pour des besoins spécifiques liés à l'installation du malade (téléphone, sonnette adaptés…).
- Aspects psychologiques : présence d'une psychologue à mi-temps.
- Aspects techniques : location de literie à air adaptée dès la sortie du bloc.
- Intervention des associations.

L'Association Point Carré Handicap - APCH (ex-Club des Loisirs et d'Entraide) avec les bénévoles qui assurent les visites aux malades et le conseil pour du petit matériel (dont les coussins de fauteuil) et la Fondation Garches pour les conseils ponctuels concernant le fauteuil roulant.

Ces deux associations apportent des compétences très utiles dans le domaine du conseil au fauteuil roulant ou au coussin.

Par contre, beaucoup de choses restent à améliorer :

En cas de problème urgent, la prise en charge doit être faite à l'hôpital Ambroise Paré.

La récidive de certains patients nous a fait réfléchir à la nécessité de développer une consultation pluridisciplinaire pouvant étudier les raisons ayant provoqué l'escarre et les possibilités de prévention. L'escarre est un problème médical et humain très grave. La récidive est souvent dramatique. Comment l'éviter ?

Un projet a été rédigé par le professeur LORTAT-JACOB mais il n'a pas encore pu être mis en place.

Il est souhaitable de continuer et d'améliorer la prise en charge.

Par ailleurs, cette pathologie peu "rentable" pour un établissement n'est pas un pôle d'intérêt pour les chirurgiens ou les médecins.

Qui prendra, le jour venu, la succession du Professeur Alain LORTAT-JACOB ?

Avez-vous des suggestions, une expérience personnelle à nous transmettre, des questions à poser ?

Nous ne manquerons pas d'être à votre écoute et d'essayer de vous répondre par le biais du Point Carré.