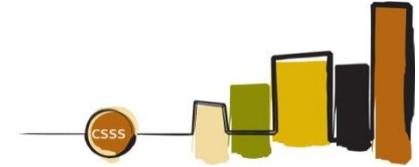


# LES PLAIES DE PRESSION

# Les plaies de pression



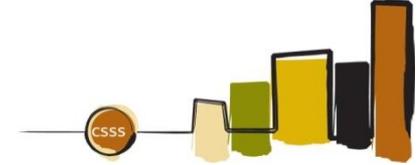
## Définition:

« Lésions circonscrites de la peau et des tissus sous-jacents, généralement situées sur les proéminences osseuses, causées par une **pression** combinée à de la **friction** ou à du **cisaillement**. »

*La pression capillaire pour maintenir le flot sanguin est de 32 mmHg, donc, si une pression de 32 mmHg est exercée sur la peau pour 2 hrs = une plaie de pression de stade I !*

Par exemple: être assis sur une chaise génère 300 mmHg sur les ischions.

# Les plaies de pression



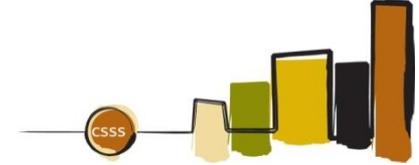
## Les plaies de pression:

- sont définies par **stades** selon la profondeur du dommage cellulaire
- L'érythème est l'une des premières manifestations cliniques

La **résistance des tissus** est tributaire de divers facteurs inhérents:

- Aux clients:
  - pression artérielle systémique
  - stress émotionnel
  - tabagisme
  - température corporelle
- À l'environnement:
  - humidité, friction et cisaillement

# Les plaies de pression



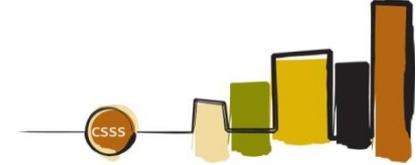
Les facteurs de risque...

Plus les facteurs de risque qui interagissent sont nombreux, plus le risque de développer une plaie de pression est grand.

Braden et Bergstrom (échelle de Braden) proposent un modèle qui relie ces facteurs à la pression et à la résistance des tissus.

*Référence au formulaire PDI 0503 « Échelle d'évaluation du risque de Braden » (documentation remise)*

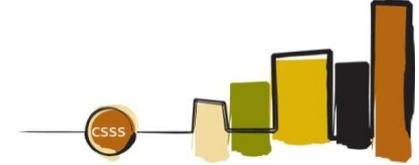
# Les plaies de pression



## Les facteurs de risque à considérer:

- la réduction de **la mobilité** du client et la perception sensorielle
- son **niveau de conscience**
- l'âge
- l'état nutritionnel
- les maladies concomitantes
- **l'incontinence**
- la chirurgie
- la médication
- la douleur
- le tabagisme

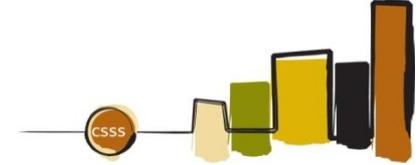
# Les plaies de pression



## Les facteurs de risque reliés à l'environnement de soins:

- Positionnement du client
- Pression
- Friction
- Cisaillement (p.172, livre OIIQ)
- Humidité
- Surfaces d'appui
- Équipe de soins

# Les plaies de pression

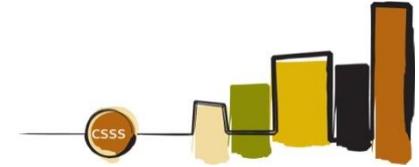


## Positionnement du client :

La **pression**, la **friction** et le **cisaillement** sont les trois forces mécaniques reliées au positionnement du client qui ont une incidence sur le développement d'une plaie de pression.

Lorsque les clients sont soumis à ces **3 forces simultanément**, l'intensité de la pression nécessaire pour développer une plaie de pression est beaucoup moins grande et les traumatismes tissulaires sont plus importants.

# Les plaies de pression



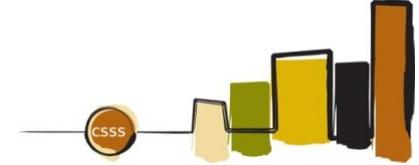
## Pression :

- La pression est une **force perpendiculaire** qui comprime les tissus.

## Friction :

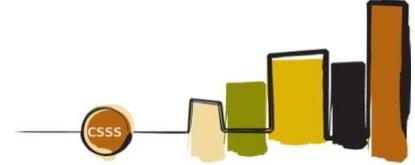
- La friction est une **force parallèle** qui agresse et déforme les tissus. Elle se manifeste lorsque deux surfaces bougent l'une sur l'autre parallèlement et crée une lésion (abrasion ou brûlure superficielle).

# Les plaies de pression



- La friction augmente aussi les dommages de la pression.
- Le **risque** de développer une plaie de pression **augmente** considérablement chez les clients qui ont des **spasmes** fréquents, des **tremblements** liés à la maladie de Parkinson ou dont la peau frotte contre les plâtres et les appareils orthopédiques.
- C'est également un facteur précurseur du cisaillement.

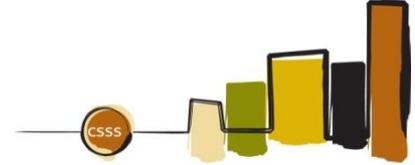
# Les plaies de pression



## Cisaillement:

- Plus insidieuse, cette troisième force mécanique est très nocive et déterminante lorsqu'elle est combinée à une pression et à une friction, parce qu'elle **agit parallèlement** sur les couches de la peau et **déforme les vaisseaux sanguins**

# Les plaies de pression



## L'humidité:

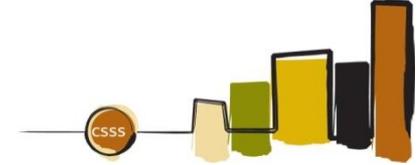
- La présence prolongée d'humidité sur les téguments quintuple (x5) les risques de développer une plaie de pression.

### Les principales sources d'humidité sont :

- La transpiration
- L'exsudat d'une plaie
- L'incontinence urinaire et fécale

*Les **surfaces d'appui** ainsi que les interventions préventives de l'équipe traitante sont également déterminante.*

# Les plaies de pression

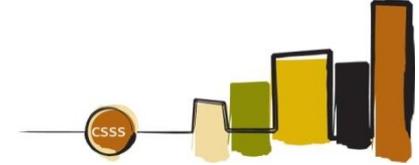


## Spécificité de l'évaluation relative aux plaies de pression:

- **Dépister** les résidents/usagers à risque de développer une plaie de pression
- Déterminer l'**étiologie**, le **stade** et le potentiel de cicatrisation de la plaie
- **Rechercher** les signes précurseurs et les facteurs de risques
- **Inspecter** les proéminences osseuses
- **Inspecter** les régions recouvertes par des bas anti emboliques et des vêtements de compression
- **Inspecter** les régions cutanées qui peuvent subir de la pression, de la friction ou du cisaillement durant les AVQ (peau sous un plâtre ou une orthèse)
- **Inspecter** les régions présentant des contractures importantes, particulièrement celles qui sont non réductibles, car la compression entre les 2 surfaces cutanées peut provoquer une nécrose si aucun dispositif n'est utilisé pour réduire la pression.

*MSI : « Évaluation des plaies de pression »*

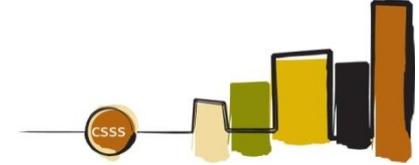
# Les plaies de pression



## L'Échelle de Braden (documentation remise) :

- Est composée de six (6) paramètres d'évaluation pour l'étude des facteurs de risques de l'étiologie des plaies de pression
- Facteurs concernant la pression sont :
  - La perception sensorielle
  - L'activité et la mobilité
- Facteurs concernant la résistance des tissus sont :
  - L'humidité
  - La nutrition
  - La friction
  - Le cisaillement

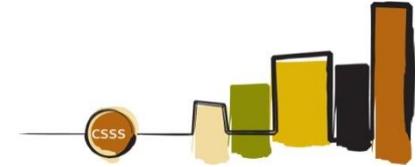
# Les plaies de pression



Les **4 niveaux** de risque selon le pointage de l'Échelle de Braden sont :

- Risque faible : de 15 à 18
- Risque modéré : 13 ou 14
- Risque élevé : de 10 à 12
- Risque très élevé : plus petit ou égal ( $\leq$ ) à 9

# Les plaies de pression



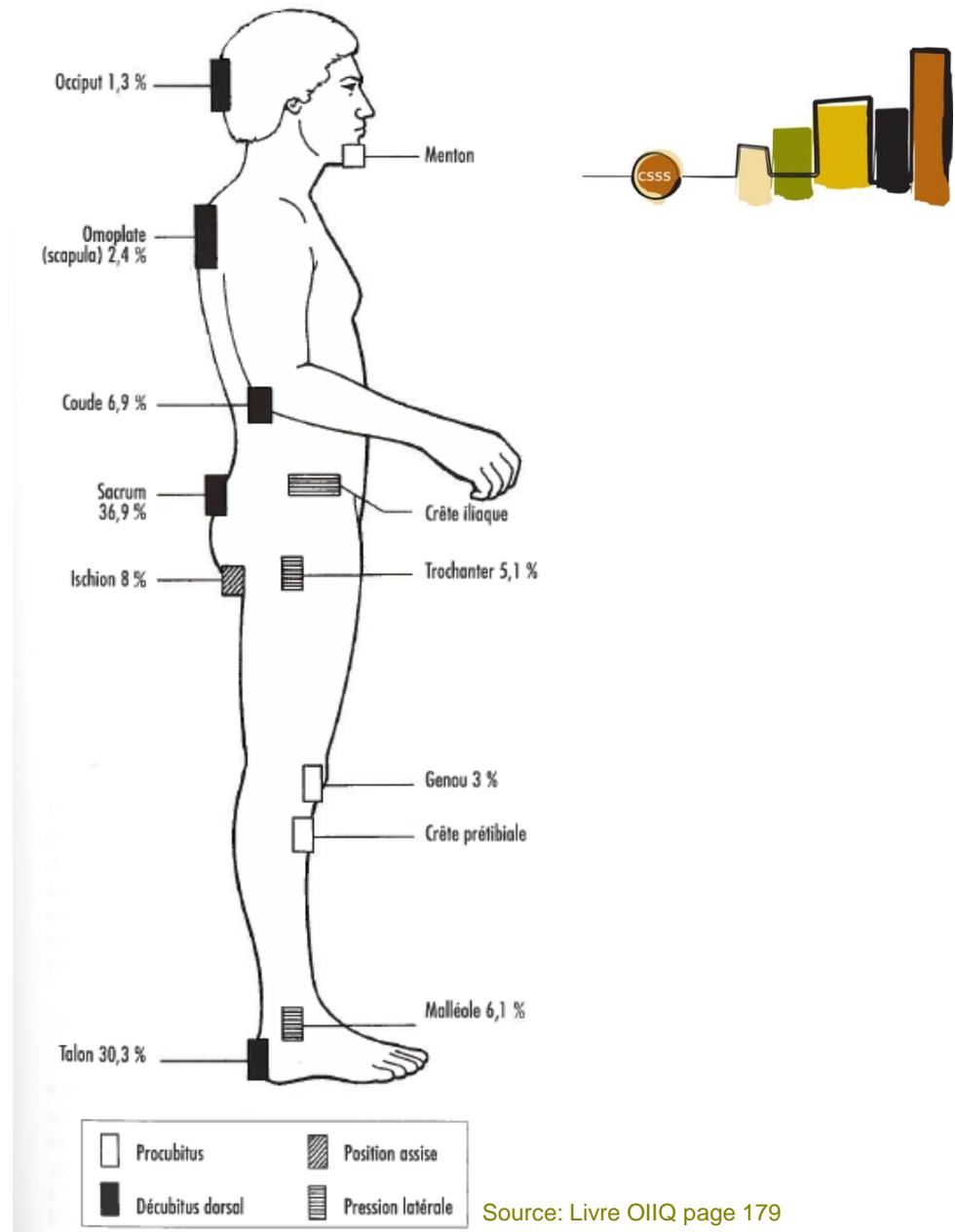
Pour l'**Échelle de Braden**, il est recommandé:

- De procéder à une évaluation rigoureuse de l'état de santé du résident/usager, d'exploiter toutes les sources et de lire attentivement chacun des énoncés
- De procéder systématiquement à **l'évaluation du risque** chez tous les résidents/usagers **dès leur admission**
- D'adapter la **fréquence** des évaluations aux résultats de l'évaluation initiale et aux changements dans l'état de santé du client (vigilance particulière lors d'un épisode de maladie aiguë)
- D'adapter la fréquence des évaluations selon le type de clientèle

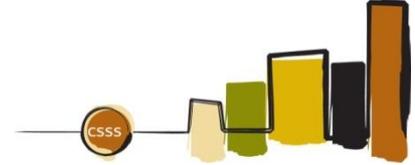
**Il est recommandé pour les soins de longue durée et les suivis réguliers à domicile de procéder à l'évaluation hebdomadaire pendant les 4 semaines suivant l'admission**



# Les plaies de pression



# Les plaies de pression



## Stades de plaies de pression:

- favorisent une meilleure communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire car ils font partie d'un langage universel pour établir la gravité de la plaie.
- l'évaluation initiale du stade précise la couche la plus profonde, de la peau ou du tissu, touchée par la lésion
- le stade **demeure inchangé** lors des évaluations subséquentes, à moins qu'une couche tissulaire plus profonde ne soit affectée
- le stade ne reflète pas les changements cellulaires qui surviennent durant la guérison. **On ne peut donc pas diminuer les stades** pour signifier la diminution de la profondeur de la plaie. Une diminution de la plaie **indique une guérison normale** et désirée, non pas une diminution de stade.

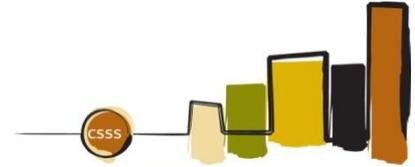
# Les plaies de pression (p 7)



STADE	DESCRIPTION CLINIQUE	
<b>Lésion des tissus profonds suspectée (LTSP)</b>	<p>Peau sans bris (intacte) qui présente une zone bien définie de décoloration violacée ou marron, ou une phlyctène sanguine causée par des dommages aux tissus mous sous-jacents provoqués par la pression et le cisaillement. Cette lésion peut être précédée d'une région tissulaire douloureuse, ferme, de consistance gélatineuse, œdémateuse, plus chaude ou plus froide que les tissus adjacents.</p> <p>Description additionnelle : Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. L'apparition d'une phlyctène mince sur une zone foncée du lit de la plaie signale que la lésion progresse ; tout comme elle peut se détériorer par la suite en se couvrant d'une mince escarre. Son évolution peut être rapide et affecter des couches tissulaires additionnelles malgré un traitement optimal.</p>	
<b>I</b>	<p>Peau sans bris (intacte) qui présente une zone bien définie d'érythème qui ne blanchit pas à la pression du doigt, habituellement située sur une prééminence osseuse. Chez les personnes de pigmentation foncée, il est parfois impossible de vérifier si la zone affectée blanchit ou non à la pression ; sa coloration peut être différente de la peau environnante.</p> <p>Description additionnelle : Comparée aux tissus adjacents, cette région peut être douloureuse, ferme ou molle, plus chaude ou plus froide. Une telle lésion peut être difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée. Elle peut également signaler qu'il s'agit d'une personne à risque.</p>	
<b>II</b>	<p>Perte tissulaire partielle du derme qui a l'aspect d'un ulcère superficiel dont le lit de la plaie est rouge rosé, sans tissu nécrotique humide. La lésion peut également avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou ouverte et fissurée.</p> <p>Description additionnelle : Cette plaie peut aussi avoir l'aspect d'un ulcère superficiel sec ou luisant, mais sans tissus nécrotiques humides ni ecchymose*. Ce stade ne devrait pas être utilisé pour décrire des déchirures cutanées, des brûlures de diachylon, des dermatites périnéales, de la macération ou des excoriations.</p> <p>* Une zone d'ecchymose laisse suspecter une lésion des tissus profonds.</p>	

Source: Livre OIIQ page 181.

# Les plaies de pression



III

Perte tissulaire complète. Le tissu sous-cutané peut être visible, mais non les os, les tendons et les muscles. Des tissus nécrotiques humides peuvent être présents, sans empêcher d'évaluer la profondeur de la perte tissulaire. Cette plaie peut comporter des sinus ou des espaces sous-jacents.

Description additionnelle : La profondeur de cette plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissus sous-cutanés ; les plaies de stade III situées dans ces régions peuvent être superficielles. Par contre, dans les régions où la couche de tissus adipeux est très importante, ces plaies peuvent être extrêmement profondes. Les os et les tendons ne sont pas visibles ni directement palpables.



IV

Perte tissulaire complète qui expose les os, les tendons ou les muscles. Des tissus nécrotiques humides ou des escarres peuvent être présents dans certaines parties du lit de la plaie. Ces ulcères comportent souvent des sinus ou des espaces sous-jacents.

Description additionnelle : La profondeur de cette plaie varie selon la région anatomique. La cloison nasale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportent pas de tissus sous-cutanés ; les plaies de stade IV situées dans ces régions peuvent être superficielles. Ces plaies peuvent atteindre les muscles et les structures profondes (p. ex. fascia, tendons ou capsules articulaires) et causer une ostéomyélite. Les os et les tendons sont visibles ou directement palpables.



Indéterminé  
X\*

Perte tissulaire complète dont la base est recouverte de tissus nécrotiques humides (jaunes, beiges, gris, verts ou bruns) ou d'une escarre (beige, brune ou noire) dans le lit de la plaie.

Description additionnelle : La vraie profondeur de la plaie, donc le stade, ne peut être déterminée tant que les tissus nécrotiques humides ou l'escarre ne sont pas suffisamment débridés pour permettre de visualiser la base de la plaie. Une escarre stable sur les talons (sèche, adhérente, intacte sans érythème ni fluctuation liquidienne) constitue une couche de protection naturelle (biologique) et ne devrait pas être enlevée.

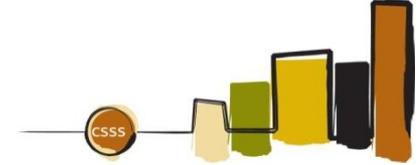
\* L'appellation «stade X » est couramment utilisée dans les milieux cliniques pour nommer le stade indéterminé.



Source : NPUAP (2007b).

Source: Livre OIIQ page 181.

# Les plaies de pression



## Pré-stade:

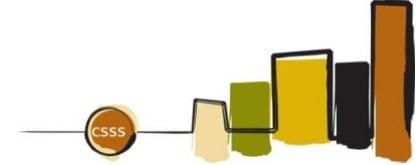
(LTPS= Lésion des Tissus Profonds Suspectée)

- Zone localisée
- **Peau intacte**
- Couleur violacée ou marron
- Douleur
- Région ferme ou de consistance gélatineuse ou œdémateuse
- Région + froide ou + chaude qu'au pourtour
- Ou phlyctène sanguine

## Traitement:

- Observer, surveiller les facteurs de risque (essayer de les diminuer ou de les contrer)
- Pansement acrylique ou protecteur (**éviter les compresses sèches= augmentent la friction**)

# Les plaies de pression



## Stade I:

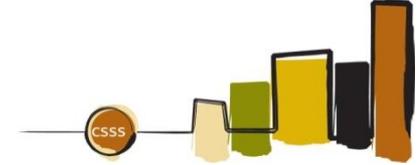
- Rougeur
- Peau **sans bris**
- Œdème + chaleur ou froid
- Érythème qui ne blanchit pas à la pression des doigts
- Peut être difficile à déceler chez une personne de pigmentation foncée
- Épiderme touché

## Traitement:

- crème barrière (oxyde de zinc)
- pellicule transparente x 7 jours
- *hydrocolloïde x 7 jours (tx mitigé)*

***Ne jamais masser une rougeur***

# Les plaies de pression



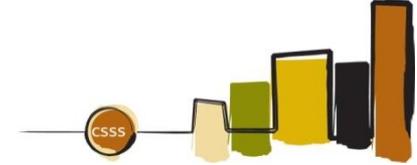
## Stade II:

- Perte partielle du derme
- Aspect phlyctène séreuse ouverte, ou abrasion
- Ulcère superficiel
- Luisant ou sec (exsudat minime)
- Épiderme et derme touchés

## Traitement:

- nettoyer stérilement
- hydrogel
- pellicule transparente x 7 jrs
- *hydrocolloïde x 7 jours (tx mitigé)*
- pâte hydrophile (Triad)

# Les plaies de pression



## Stade III:

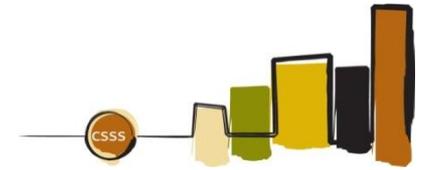
- Perte tissulaire complète
- Peut contenir **sinus** ou **espaces sous-jacents**
- Os, tendons et muscles **non-visibles**
- Profond, ressemble à un cratère
- Indolore
- Exsudat modéré à abondant
- Épiderme, derme et hypoderme touchés

## Traitement:

- Nettoyer stérilement
- Hydrogel
- Mousse hydrocellulaire
- Alginate de calcium/ hydrofibre
- Changement pans. q.2-3 jours **selon l'écoulement**



# Les plaies de pression



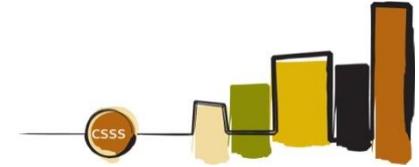
## Stade IV:

- Perte tissulaire complète
- **Exposition des os, muscles ou tendons**
- Sinus ou espaces sous-jacents fréquents
- Cratère profond
- Exsudat modéré à abondant
- Risques de complications élevées (ostéite, ostéomyélite, septicémie)

## Traitement:

- Nettoyer stérilement
- Hydrogel
- Mousse hydrocellulaire
- Alginate de calcium/ hydrofibre
- Consultation en plastie
- Hydrothérapie
- Changement pans. q.2-3 jours **selon l'écoulement**

# Les plaies de pression



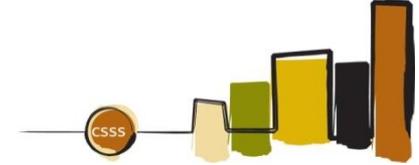
## Stade X ou indéterminé:

- Perte tissulaire complète
- Tissu nécrotique ou fibrineux qui recouvre complètement la plaie rendant impossible l'évaluation
- Vraie profondeur ne peut être déterminée
- Peu ou pas d'exsudat

### Traitement:

- Nettoyer stérilement
- Hydrogel
- Agent de débridement chimique (Santyl)
- Hydrocolloïde
- Mousse hydrocellulaire
- Consultation en plastie
- Changement pans. q.2-3 jours + au besoin

## Les plaies de pression



**Prévenir l'apparition** d'une plaie de pression, **traiter** la ou les cause(s) et **prévenir les récurrences**.

- Positionnement (assurer une rotation optimale de toutes les positions permises pour le client q 2 heures)
- Protection des talons
- Surface d'appui (s'assurer qu'elles conviennent toujours aux besoins du client et aux objectifs poursuivis)
- Soins de la peau
- Contrôle de l'humidité

*MSI : « Prévention et prise en charge des plaies de pression (ou ulcère de pression) : cadre de référence »*

# Les plaies de pression

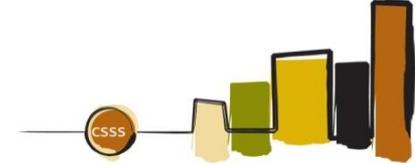


...suite

- Activités et mobilité
- Nutrition
- Friction et cisaillement
- Soulagement de la douleur

***À noter que l'utilisation de sacs de solutés ou de gants remplis d'eau sont à proscrire, ainsi que les compresses sèches pour former un coussinet ou les « beignes ».***

## Les plaies de pression



Les **soins de la peau** sont essentiels pour éviter une récurrence ou pour prévenir. Ils comprennent:

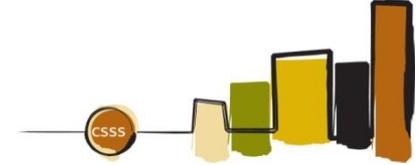
- **Soins d'hygiène :**

Ils visent à enlever les souillures et les contaminants divers qui fragilisent la peau. (Il est recommandé d'utiliser de l'eau tiède pour éviter d'assécher la peau car l'eau chaude favorise l'évaporation)

- **Hydratation de la peau :**

- Une peau bien hydratée est un gage de protection contre les traumatismes potentiels
- Une peau sèche est moins élastique et plus susceptible de présenter des fissures et des crevasses

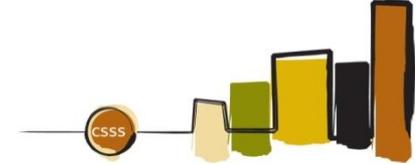
# Les plaies de pression



## Il est recommandé :

- d'appliquer des lotions ou des crèmes hydratantes afin de lubrifier la peau sans macérer l'épiderme. Idéalement, utiliser des lotions ou crèmes ayant un pH le plus près du pH de la peau
- de s'assurer que le client s'hydrate suffisamment
- de ne pas masser vigoureusement les proéminences osseuses lorsqu'elles présentent de l'érythème

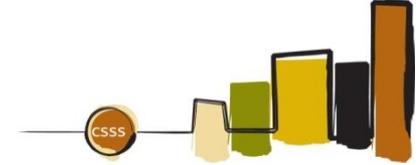
# Les plaies de pression



## Contrôle de l'humidité :

- Une peau humide est plus fragile et susceptible d'être blessée par les traumatismes causés par la friction et le cisaillement.
- La peau souillée, notamment par l'incontinence urinaire, fécale ou mixte, la transpiration abondante ou l'exsudat d'une plaie, est non seulement humide, mais les substances chimiques que comportent ces souillures sont corrosives pour la peau.

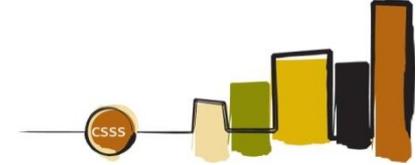
## Les plaies de pression



**Diverses mesures peuvent être prévues pour réduire les effets de l'humidité sur l'intégrité de la peau des clients. Il s'agit entre autre:**

- mesures associées à l'incontinence (culotte d'incontinence adaptée à la taille du client et bien ajustée)
- produits de protection cutanée (pour les pourtours de la plaie)
- literie (à changer régulièrement)
- autres interventions (ventilateur)

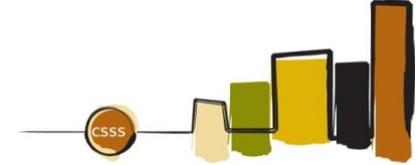
# Les plaies de pression



## Activités et mobilité :

- **Le PTI doit inclure un programme de mobilisations et d'activités** (un tel programme peut inclure des exercices passifs ou actifs des membres inférieurs et supérieurs, ce qui aide le client à garder ou à améliorer son tonus musculaire et à activer la circulation)
- Ce programme a pour but d'aider le client à maintenir ou à récupérer une plus grande autonomie dans les mouvements afin de réduire les effets nocifs de la pression

# Les plaies de pression



## À retenir:

- Changements **fréquents** du positionnement
- Contrôler l'**humidité** de la peau
- Attention à la **friction** et au **cisaillement**
- Surfaces préventives et/ou curatives
- Apport nutritionnel adéquat
- Exercices
- Enseignement à la famille
- Consulter une ergothérapeute et/ou physiothérapeute
- Documenter et compléter le PTI