Prévention des escarres

MOBILISATION

ET

POSITIONNEMENT

DELABRE Christian Masseur-Kinésithérapeute CH Millau

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU
www.ch-millau.fr

Historique

- *1848* : Robert Graves → Ecrivait qu'il était possible de prévenir les escarres par une mobilisation régulière.

- *1961* : Kosiak → Etude sur les effets de l'intensité et de la durée de la pression

- *1999* : EPUAP → Nombre de lésions d'escarres peut être réduit par une mobilisation toutes les 2h et encore plus par une mobilisation toutes les 4h si adjonction d'un support et installation optimale du patient

Principes

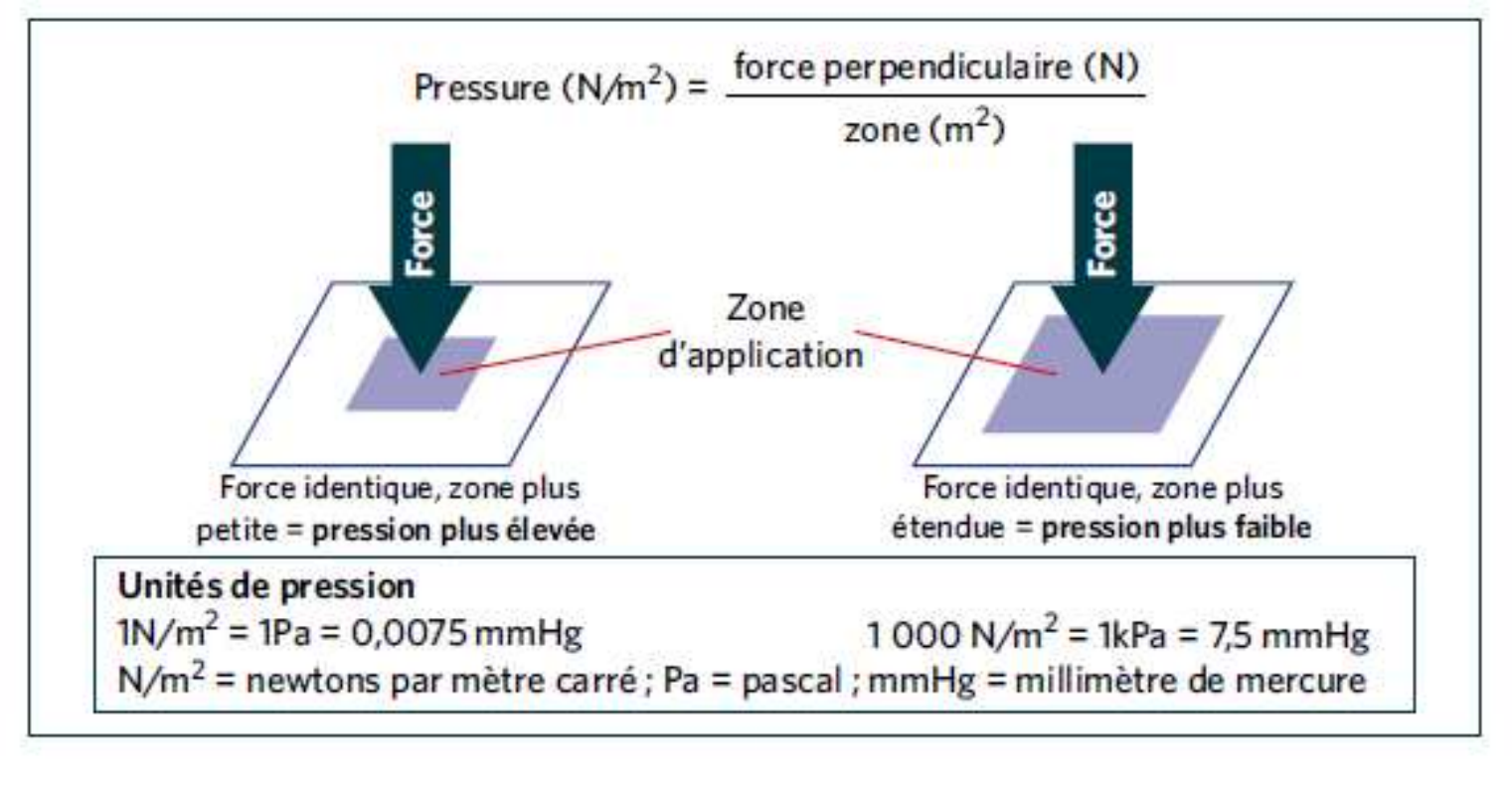
- La mobilisation est considérée comme étant la mesure la plus efficace dans le cadre de la prévention des escarres

- Alternance des positions → Alternance des zones de pression

- Fréquence de changements de position suffisante → Hypoxie tissulaire ne s'installe pas → Pas d'escarre

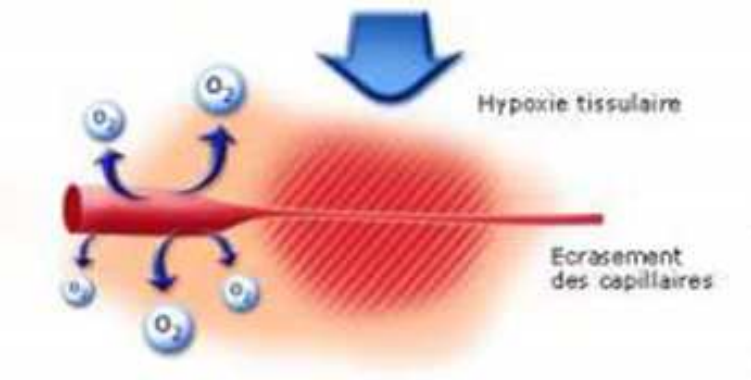
Facteurs de risques extrinsèques

1. LA PRESSION



Facteurs de risques extrinsèques

2. CISAILLEMENT ET FRICTION

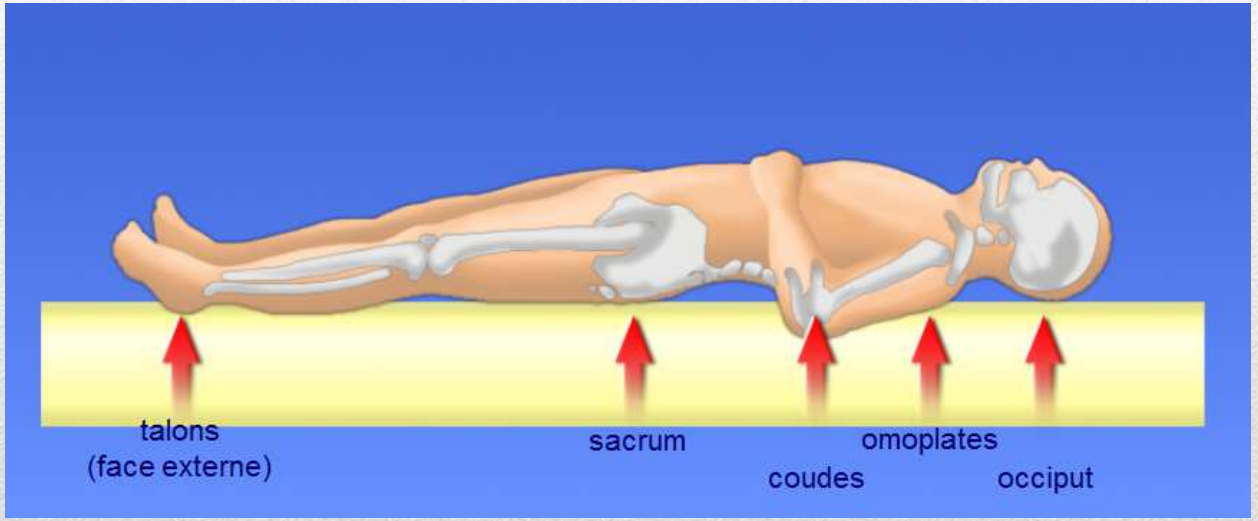


- Cisaillement : Phénomène résultant de mouvement d' au moins 2 surfaces dans des directions opposées (demi assis au lit, glissé sur le fauteuil)

- Friction : (Rehaussement dans le lit, massage) entraine abrasion mécanique de la peau

Rappel des zones à risque

1. DECUBITUS DORSAL

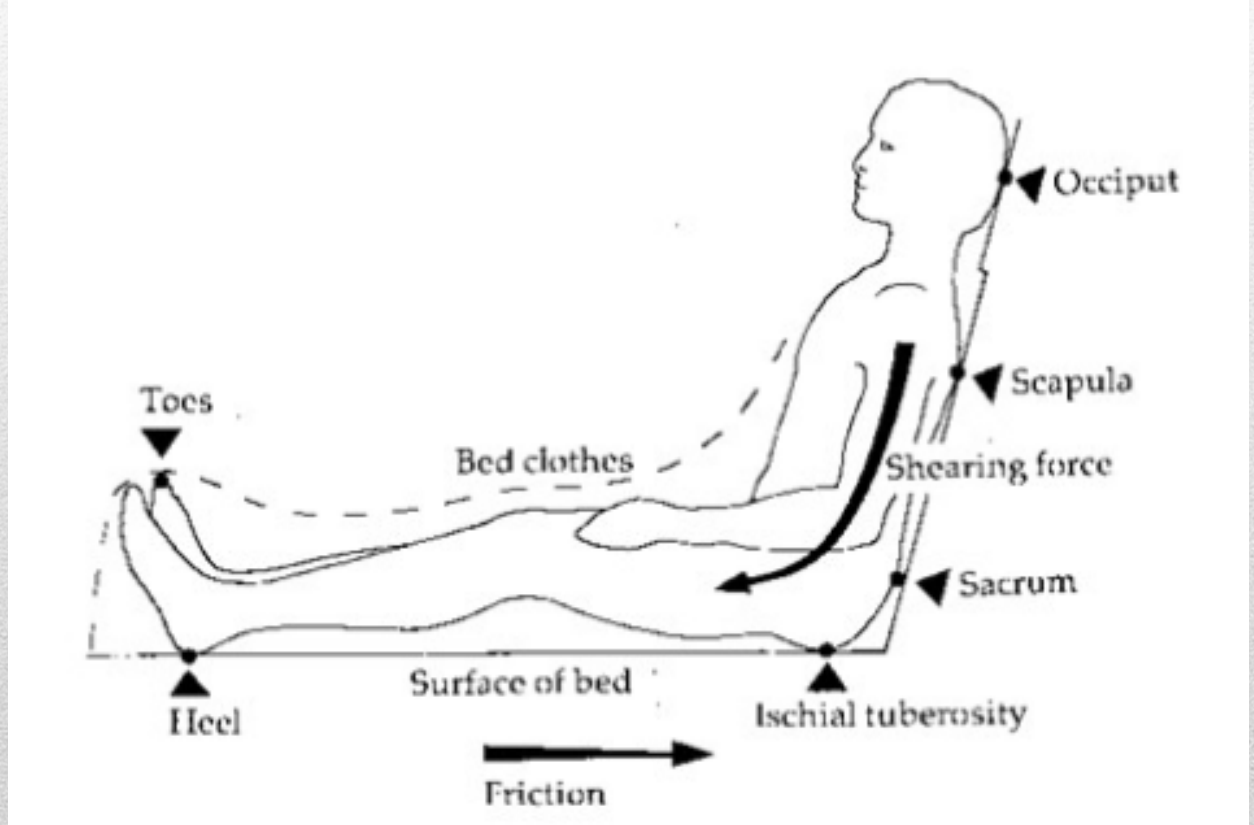


Chez la personne âgée :

- Talon : 40 à 45%
- Sacrum : 30 à 40 %

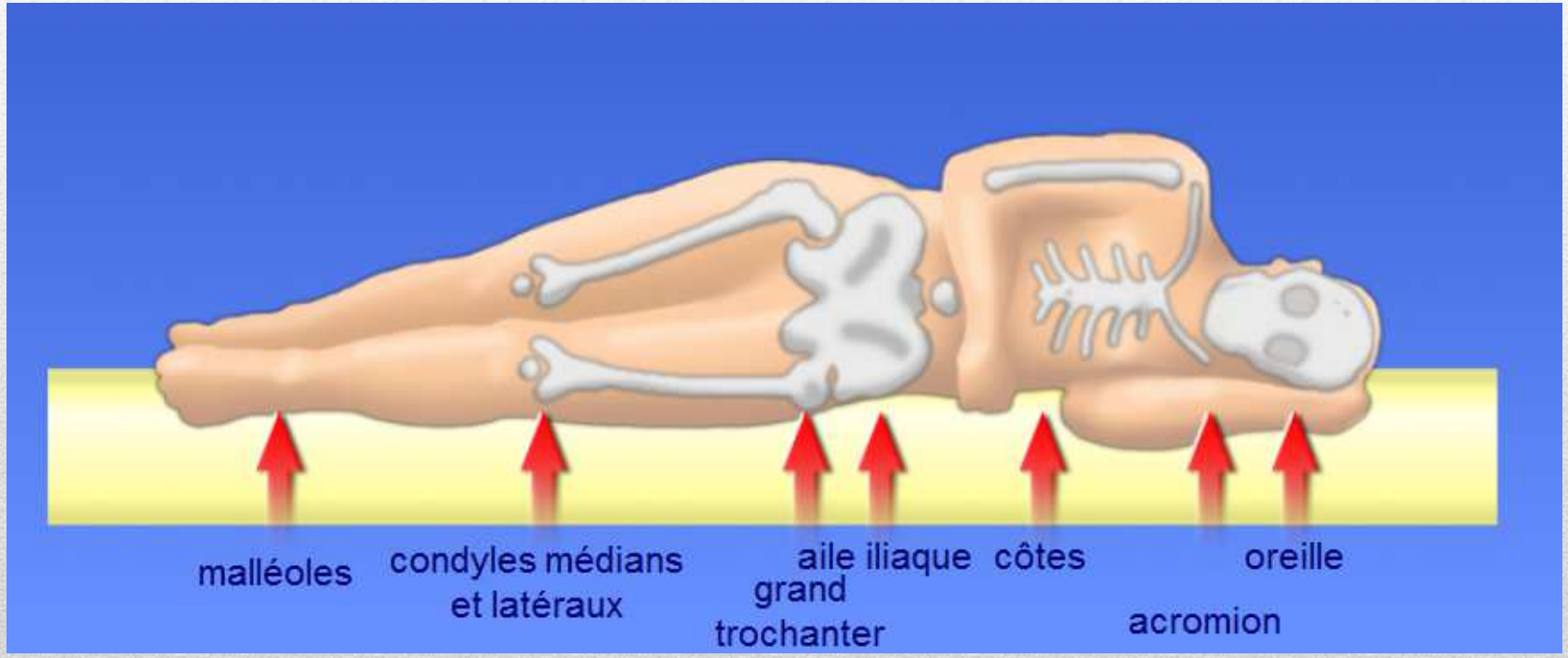
Rappel des zones à risque

2. POSITION ASSISE



Rappel des zones à risque

3. DECUBITUS LATERAL



Zones à risque

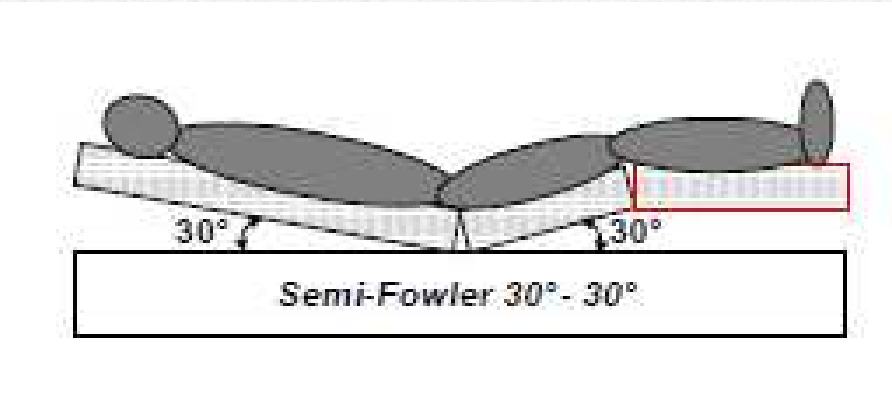
- Il faudra porter une attention particulière à l'ensemble de ces zones lors de la toilette du patient et lors de chaque changement de position.

Microclimat humide: Danger !

- Veiller à laisser des supports biens secs après la toilette.
- Vérification très régulière des changes chez les patients incontinents
- Attention aux patients souffrant d'hyperhidrose.

Positionnement du patient

1. DECUBITUS DORSAL



- Position relaxante dans laquelle l'intensité de la pression et le risque de cisaillement sont minimes.

- Cette position doit être clairement préférée dans le cadre des mesures de prévention

2. DECUBITUS LATERAL 30°

- Surface de contact plus importante surtout au niveau du bassin et donc diminution de la pression.
- Le pli fessier ne doit pas reposer sur le matelas.

2. DECUBITUS LATERAL 30°

2. DECUBITUS LATERAL 30°

Séquence de positionnement

- Favoriser le semi-Fowler, position dans laquelle les pressions sont moindres
- **Séquence privilégiée** : Semi-Fowler → Décubitus 30° droit → Semi-Fowler → Décubitus 30° gauche
- Si apparition escarre, décharge systématique de la zone atteinte
- Créer un outil de traçabilité pour tenir à jour les séquences

3. DECUBITUS VENTRAL

- Pression peu élevée
- Coussin sous les jambes pour éviter contact des orteils
- Mal tolérée chez les patients en difficultés respiratoires et les personnes âgées
- Nécessite une surveillance accrue

4. POSITION ASSISE AU LIT

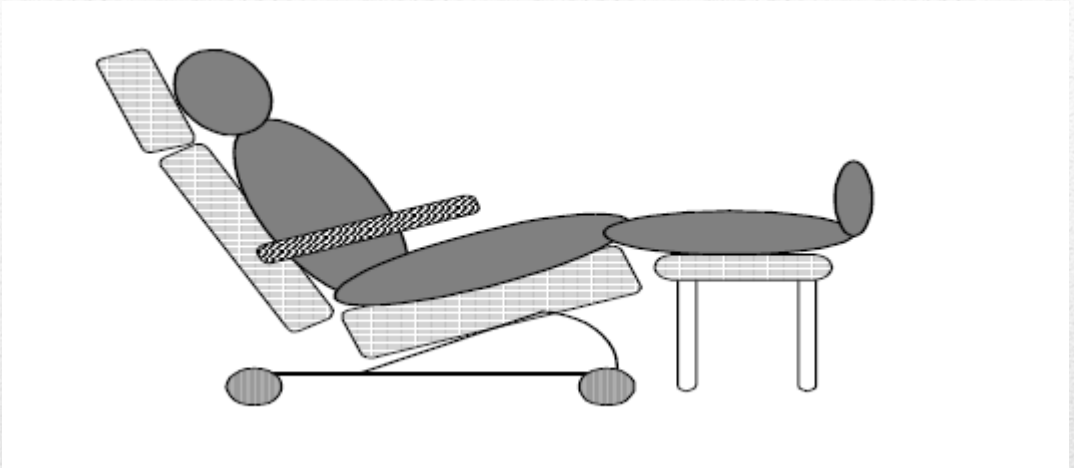
- Pression maximale en position assise à 90° → à éviter
- Adopter une position semi assise à 60°

4. POSITION ASSISE AU LIT

- En position assise et semi-assise au lit, risque de cisaillement important au niveau du sacrum et des talons → La limiter à des moments précis (repas) ou si nécessité (détresse respiratoire…).

- Possibilité de placer un support entre les pieds et le bas du lit pour éviter le glissement du patient.

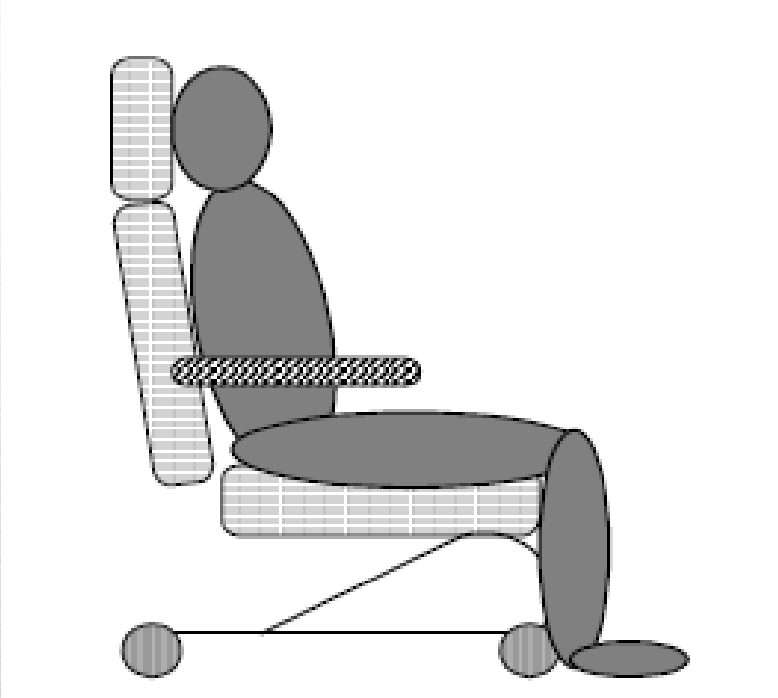
5. POSITION ASSISE AU FAUTEUIL



- Surface de contact la plus importante → Pression la plus basse
- Talons ne reposent pas sur le repose pieds
- Inconvénient : difficulté à se relever seul

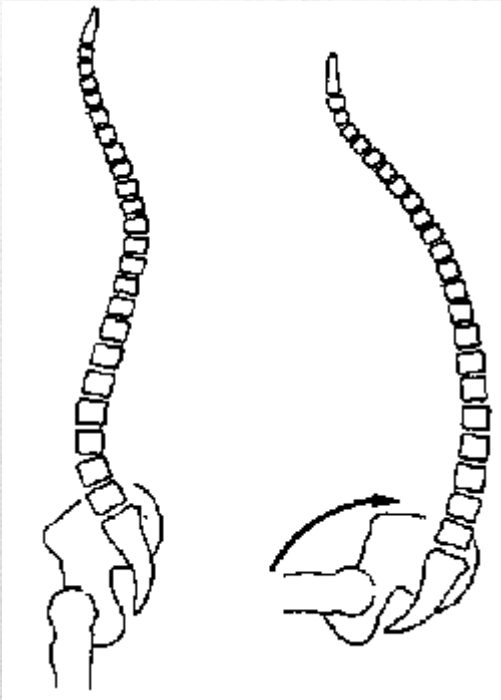
5. POSITION ASSISE AU FAUTEUIL

5. POSITION ASSISE AU FAUTEUIL



- Si le dossier ne s’incline pas, la pression sera la plus basse lorsque le patient est assis bien droit les pieds reposant au sol.
- S’adapter à la taille du segment jambier du patient

6. POSITION ASSISE AU FAUTEUIL
SPECIFICITE DE LA GERIATRIE



- Modification de la statique lombo-pelvienne : le sacrum devient plus vertical

+

- Diminution du tonus postural
- Essai de soulagement de contrainte (lié à la douleur ressentie)

6. POSITION ASSISE AU FAUTEUIL SPECIFICITE DE LA GERIATRIE

- Déficit postural en glisser avant → augmentation des pressions au niveau du sacrum.

CONCLUSION SUR LA POSITION ASSISE

- Pour les patients en fauteuil roulant la fréquence de mobilisation ne devrait pas excéder 1 heure.
- Inciter et aider le patient à se verticaliser régulièrement.
- Modifier la position pour modifier la répartition des pressions (dossier inclinable).
- Correction du glissement latéral à l'aide de coussins et utilisation de cousin avec butée pelvienne pour le glissé avant.

Manutention

- Favoriser au maximum les rehaussements à 2 soignants avec drap (↘ des frictions)

Manutention

- Prioriser l’utilisation du lève-personnes lors des transferts

Rôle du kiné en lien avec l'équipe soignante

- Mobilisation pour éviter les rétractions sources d'inégalités de pression
- Favoriser la verticalisation et la reprise de la marche
- Education thérapeutique (soulager les appuis)
- Conseiller technique manutention

A propos du massage

Massage

=

Frictions + décollement

Le massage et la friction des zones à risque sont interdits puisqu'ils diminuent le débit microcirculatoire et ont un effet traumatisant.

L'effleurage

- L'effleurage consiste à masser sans appuyer sur la peau.

- Objectifs : Favoriser la micro circulation, observation des zones à risque, bien-être.

- Méthode : Effectué avec la paume ou le bout des doigts sans dépression de la peau.

⟶ Attitude à adopter

- Ne jamais masser des zones à risques
- Effleurage débattu et pourrait être utile en prévention
- Dès le stade 1 ou en cas de doute, abstention de toute manœuvre
- Etude actuelle sur les produits siliconés qui diminueraient les forces de friction.

Sources et références

- Analyse internationale : prévention des escarres : pression, cisaillement, friction et microclimat en contexte. *Document de consensus*. Londres : Wounds International, 2010.
- Recommandations pour la prise en charge des patients à risque ou porteurs d'escarres par consensus formalisé d'experts, 2012
- « Mobiliser pour prévenir les Escarres », de Tom Defloor, Thérèse Van Durme, et Micheline Gobert, in *Revue Officielle de l'Association PERSE*, 2008.
- « Prévention des escarres en EHPAD » de A. Mazoyer, Juin 2011.
- « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé », *Conférence de consensus*. Novembre 2001.
- « Prévention et traitement des escarres : support, installation et mobilisation en position couchée » de M. Silva et J-M Rochet, 2015.
- « Escarre talonnière » du Dr Nathalie Faucher et Anne Philippe, IDE. Hôpitaux de Paris.

Remerciements

- Madame C. et Monsieur G., pour leur apparition sur les photos.

- Amélie, Cathy et Stéphanie, membres de l'équipe soignante de chirurgie orthopédique pour leur participation.

- Manon, ma fille, pour l'aide à l'élaboration du PowerPoint.

Merci de votre attention

DELABRE Christian Masseur-Kinésithérapeute CH Millau