

Complications infectieuses des plaies chroniques

« Regards croisés » sur les traitements



Définition

- ***National Pressure Ulcer Advisory Panel (1989)*** : « une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ».
- **Conférence de consensus (ANAES 2001)** : « plaie » de dedans en dehors de forme conique à base profonde d'origine multifactorielle, ce qui la différencie des abrasions cutanées.
- Escarre >> perte de substance de profondeur variable survenant au niveau des points d'appui

Epidémiologie et coût de la maladie

- Pb fréquent en particulier chez patient âgé et/ou débilisé
- Présente dans **toutes les structures de soin** : MCO, SSR, SLD, Cs
- Chez les patients âgés peuvent devenir **chronique** et persister tout au long de la vie
- Coût **économique** important + motif de prolongation d'hospitalisation +++ si ostéite associée.
- Etude US (1996)>> un surcoût de 2 731 dollars et 59 000 dollars si ostéite associée (Hirshberg J, Adv Skin Wound Care **2000**).

Epidémiologie

- Prévalence variable fonction des FDR et des définitions
- Prévalence : 300 000 escarres pour la population française.
 - 17 à 50 % des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres.
 - 5 à 7 % des patients adressés en court séjour développent des escarres,
 - 8 % des opérés lorsque l'intervention dure plus de 3 heures,
 - 34 à 46 % des blessés médullaires dans les 2 ans à distance de l'accident.

L'incidence et la prévalence

- Variable : des définitions + du type de populations étudiées.
- US prévalence escarres stade 2 en MDR : 1,2 à 11,3% (3).
- 13% la première année et 21 % la deuxième sur une étude longitudinale qui retrouvait une prévalence à l'entrée de l'ordre de 17 % soit une population très exposée à cette pathologie (Thornhill-Joyes. Arch Phys Med Rehabil. 1986).
- Une autre étude retrouve une incidence de 3% environ sur 2 ans (Marriott R. Ann Plast Surg. 2008).
- L'âge joue un rôle prépondérant dans l'apparition des escarres.
- Les patients âgés de 70 à 79 ans hospitalisés développent une escarre dans 11,2% des cas au cours de leur hospitalisation en service de soins aigus et 34% des patients de plus de 90 ans (Nicolle LE. Can J Infect Control 1994).

« Fausses idées » ?

- Escarres **plus fréquentes en soins aigus** qu'en SSR : incidence chez les patients hospitalisés de 3 à 30% apparaissant dans les 2 ères semaines en long séjour prévalence de 2,4% à 23%
- Probablement : **pas un indicateur de mauvaise qualité de soins**. Survenue précoce et rapide plutôt que tout au long de l'hospitalisation >> lié à l'épisode initial

Enjeux

- Surinfection fréquente
- Altération de la QdV
- Désinsertion sociale
- Limite les mobilisations, transferts
- Douleurs
- Infections graves/profondes/systemiques
- Décès
- Coûts
- Prise en charge difficile (« traitement » long)

Classification

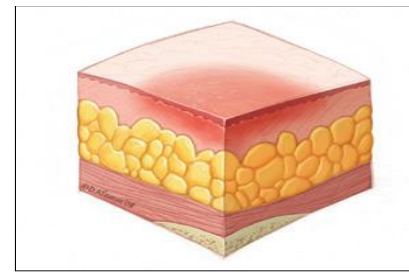


Figure 1. Stage I pressure ulcer. Intact skin with non-blanching redness.

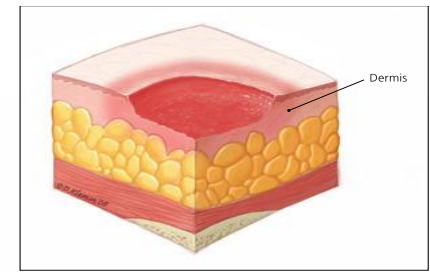


Figure 2. Stage II pressure ulcer. Shallow, open ulcer with red-pink wound bed.

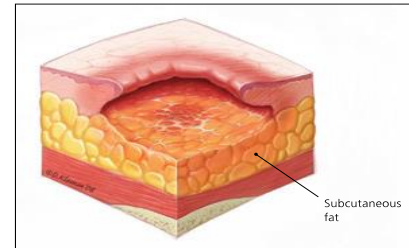


Figure 3. Stage III pressure ulcer. Full-thickness tissue loss with visible subcutaneous fat.

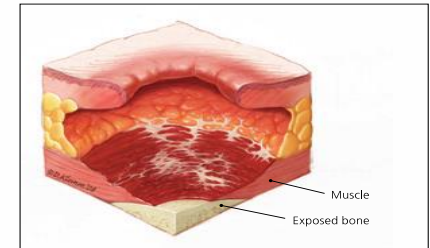


Figure 4. Stage IV pressure ulcer. Full-thickness tissue loss with exposed muscle and bone.

Stade I	<p>Le premier stade est une altération observable d'une peau intacte, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale : température de la peau (chaleur ou froideur), consistance du tissu (ferme ou molle) et/ou sensibilité (douleur, démangeaisons).</p> <p>Chez les personnes à la peau claire, l'escarre apparaît comme une rougeur persistante localisée, alors que chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.</p>
Stade II	<p>Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau; cette perte touche l'épiderme, le derme ou les deux.</p> <p>L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde</p>
Stade III	<p>Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané ; celle-ci peut s'étendre jusqu'au fascia, mais pas au-delà. L'escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.</p>
Stade IV	<p>Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien (par exemple des tendons, des articulations).</p> <p>Un envahissement et des fistules peuvent être associés au stade IV de l'escarre</p>

Infection ?



Clinique !!

- 2 types :
 - escarres infectées : inflammatoires en périphérie peut s'accompagner : sepsis aigu avec dermo hypodermite, fasciite nécrosante voir bactériémie
 - escarres non infectés : colonisés, d'évolution plus torpide, parfois creusant de présentation peu septique.
- Différence difficile
- Les prélèvements microbiologiques toujours positifs,
- Colonisation +++
- L'examen clinique minutieux + préciser l'extension aux plans sous jacents (clinicien expérimenté).
- Doivent être consignés : taille, l'extension, aspect macroscopique de l'escarre >> évaluer évolution sous traitement.
- Le diagnostic de l'ostéite difficile +++.

Facteurs de risque

Facteurs de risque extrinsèques	pression, friction, cisaillement et macération de la peau
Facteurs de risque intrinsèques	l'immobilité, <u>l'état nutritionnel</u> et la malnutrition ; l'incontinence urinaire et fécale ; l'état de la peau ; la baisse du débit circulatoire ; la neuropathie responsable d'une perte de sensibilité et de l'incapacité de changer de position ; l'état psychologique et le manque de motivation à participer aux soins et l'âge
Facteurs de risque discutés	la déshydratation ; certaines maladies aiguës ; les pathologies chroniques graves et la phase terminale de pathologies graves

BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK

Patient's Name _____ Evaluator's Name _____

Date of Assessment _____

SENSORY PERCEPTION ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort	1. Completely Limited Unresponsive (does not moan, flinch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation. OR limited ability to feel pain over most of body	2. Very Limited Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness OR has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over ½ of body.	3. Slightly Limited Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or the need to be turned. OR has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	4. No Impairment Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort..				
MOISTURE degree to which skin is exposed to moisture	1. Constantly Moist Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.	2. Very Moist Skin is often, but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. Occasionally Moist: Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. Rarely Moist Skin is usually dry, linen only requires changing at routine intervals.				
ACTIVITY degree of physical activity	1. Bedfast Confined to bed.	2. Chairfast Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	3. Walks Occasionally Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair	4. Walks Frequently Walks outside room at least twice a day and inside room at least once every two hours during waking hours				
MOBILITY ability to change and control body position	1. Completely Immobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance	2. Very Limited Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	3. Slightly Limited Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. No Limitation Makes major and frequent changes in position without assistance.				
NUTRITION usual food intake pattern	1. Very Poor Never eats a complete meal. Rarely eats more than ¼ of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement OR is NPO and/or maintained on clear liquids or IV's for more than 5 days.	2. Probably Inadequate Rarely eats a complete meal and generally eats only about ½ of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement. OR receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding	3. Adequate Eats over half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products per day. Occasionally will refuse a meal, but will usually take a supplement when offered OR is on a tube feeding or TPN regimen which probably meets most of nutritional needs	4. Excellent Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation.				
FRICTION & SHEAR	1. Problem Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures or agitation leads to almost constant friction	2. Potential Problem Moves feebly or requires minimum assistance. During a move skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. No Apparent Problem Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. Maintains good position in bed or chair.					

Attention à la dénutrition

Table 3. Markers for Identifying Protein-Calorie Malnutrition in Patients with Pressure Ulcers

Unintentional weight loss of 5 percent or more in the previous 30 days or of 10 percent or more in the previous 180 days

Weight less than 80 percent of ideal

Serum albumin level less than 3.5 g per dL (35 g per L)*

Prealbumin level less than 15 mg per dL (150 mg per L)*

Transferrin level less than 200 mg per dL (2 g per L)

Total lymphocyte count less than 1,500 per mm³
(1.50×10^9 per L)

Efficacité des compléments alimentaires, Zinc, vit C en prévention ????

3 Buts du traitement

- Eradiquer l'infection
- Aider à la guérison de la plaie
- Gestion du risque infectieux

Principes de prise en charge

Although **no gold standard** for preventing or treating pressure ulcers has been established, data from clinical trials indicate specific efforts are worthwhile. Preventive

strategies include: **Pas d'évidence base >> bon sens + expérience** ;
pressure; **Attitude protocolisée** ;
bed rest; ;
principles; ;

reducing pressure, friction, and shear forces; optimizing wound care; removing necrotic debris; managing bacterial contamination; and correcting nutritional deficits.

Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management

DANIEL BLUESTEIN, MD, MS, *Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia*

ASHKAN JAVAHERI, MD, *Stanford University School of Medicine, Stanford, California, and Veterans Affairs Palo Alto Health Care System, Palo Alto, California*

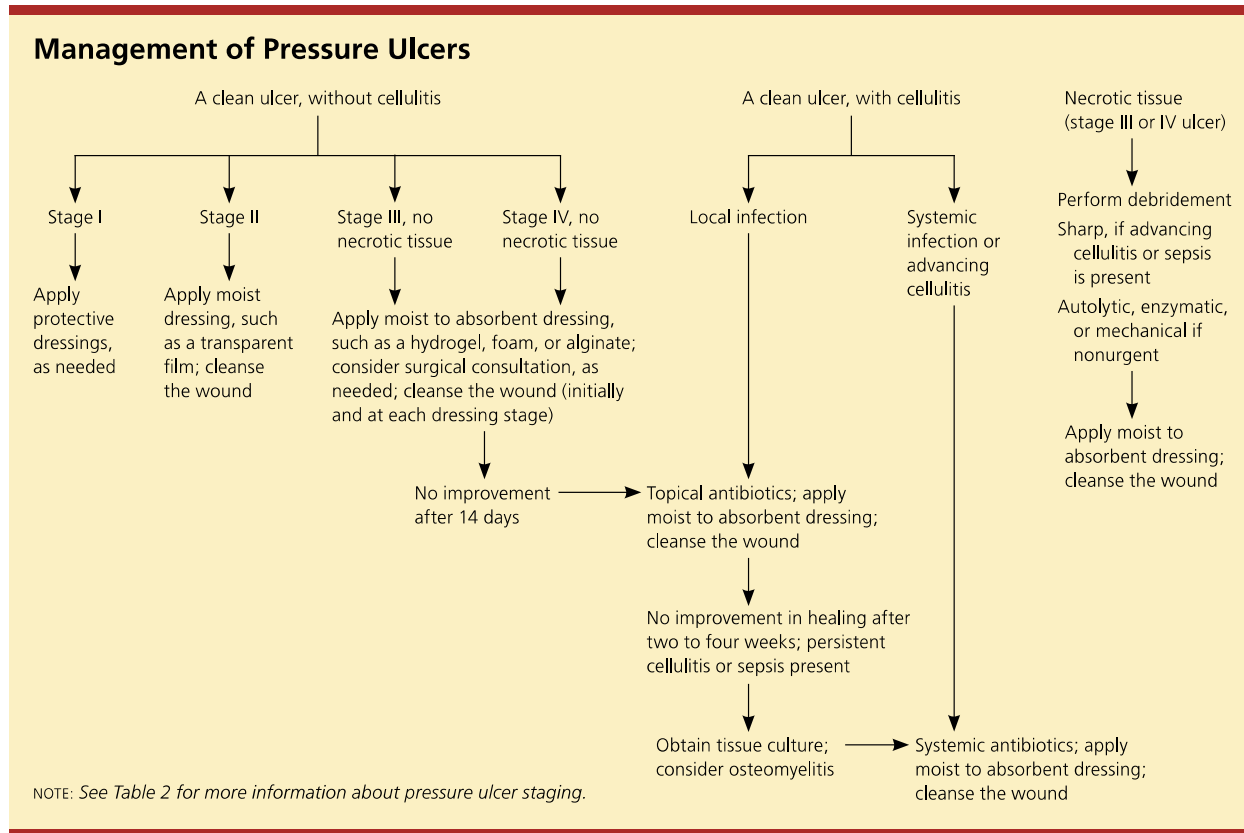


Figure 6. Algorithm for the management of pressure ulcers.

Traitement local de l'escarre constituée

Conférence de consensus, Paris

- **L'élimination des tissus nécrosés**, le contrôle des exsudats et de l'infection sont des temps essentiels qui favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation spontanés ou préparent le recouvrement chirurgical des escarres.
- Le traitement local de l'escarre doit **respecter la flore commensale cutanée** qui colonise les plaies et contribue à la détersion et au bourgeonnement.
- Les étapes de la stratégie de soins sont les suivantes
 - appliquer les principes d'**hygiène** pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée ;
 - réaliser une **détersion** précoce, répétée et soigneuse, sans traumatisme pour la plaie et indolore pour le patient ;
 - choisir des produits et des pansements en fonction du stade de la plaie et de l'état du patient.

Principes de nettoyage de la plaie

Conférence de consensus, Paris

- Le **sérum physiologique** ou chlorure de sodium à 0,9 % est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres à tous les stades.
- Il existe un consensus fort **pour limiter voire supprimer** l'utilisation **des antiseptiques** en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent, comparé à leurs effets négatifs (sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation). Il faut noter que leur utilisation est contre indiquée avec certains pansements.
- La plaie ne doit **pas être asséchée**.
- L'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré.
- Le traitement local comporte la **détersion quotidienne** (voire biquotidienne).

Indication d'une antibiothérapie systémique

- **L'infection locale** peut entraîner cellulite, ostéite, lésions destructrices des organes de voisinage. Elle peut être à l'origine de septicémie avec localisation à distance, de sepsis sévère voire de choc septique

Conférence de consensus; 15/16 nov 2001- Paris

- In the presence of systemic and clinical signs of infection in the patient with a pressure ulcer, systemic anti-microbial therapy should be considered. (D)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Signes cliniques d'infection

- Critères d'infection locale (mais signes cliniques protéiformes, non spécifiques)
 - Chaleur
 - Rougeur
 - Douleur locale
 - Gonflement des bords de la plaie
 - Écoulement purulent
 - Odeur putride
- Une surveillance régulière est nécessaire
- Les signes systémiques : fièvre, hyperleucocytose peuvent être absents
- VS et CRP ne sont pas synonyme d'infection

Microbiologie des escarres/plaies

Table 1. Bacterial Species Isolated from Various Types of Wounds in 3 Studies Using Optimal Culture and Molecular Techniques

Bacterial genus	Type of wound (specimen)					
	Mixed ^a		Venous ulcers (tissue specimens) ^b		Chronic wounds ^c	
	Chronic (tissue)	Acute (biopsy)	Healers	Nonhealers	Swab culture	Tissue PCR
<i>Staphylococcus</i>	65	60	100	100	28	68
<i>Enterococcus</i>	62	80	...	...	12	18
<i>Pseudomonas</i>	35	20	88	70	32	28
<i>Proteus</i>	24	20	25	30	126	...
<i>Citrobacter</i>	24	20	...	...	8	28
<i>Enterobacter</i>	24	20	...	...	...	...
<i>Streptococcus</i>	22	0	25	60	...	...
<i>Micrococcus</i>	...	...	25	90	...	...
<i>Escherichia</i>	14	0	...	...	...	...
<i>Morganella</i>	8	0	...	...	...	...
<i>Klebsiella</i>	5	0	...	...	...	...
<i>Acinetobacter</i>	5	0	...	...	...	...
<i>Serratia</i>	3	0	...	...	...	...
<i>Corynebacteria</i>	...	...	...	...	0	68
Anaerobes	...	...	50	40	0	70

NOTE. Data are from [12, 13].

^a Diabetic foot, pressure, or venous stasis ulcers (77 chronic and 16 acute); several anaerobic organisms detected by molecular methods but none were isolated by culture [12].

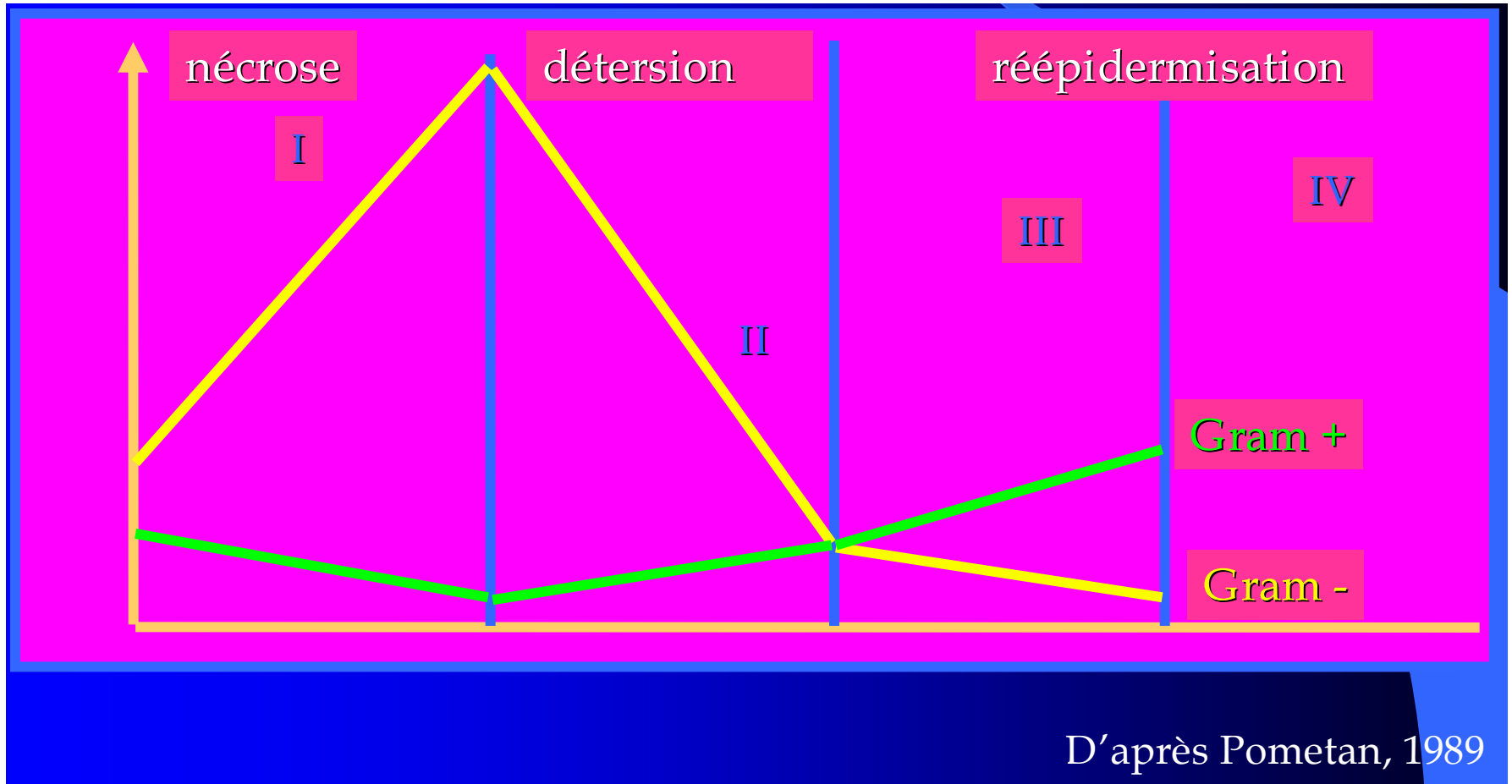
^b Specimens from 8 healing and 10 nonhealing chronic venous leg ulcers; 40% of species detected by molecular methods were not detected by standard culture [13].

^c Specimens from 19 wounds (all but 1 of the lower extremity) [14].

Microbiological correlation (between kind of wound and germs involved)

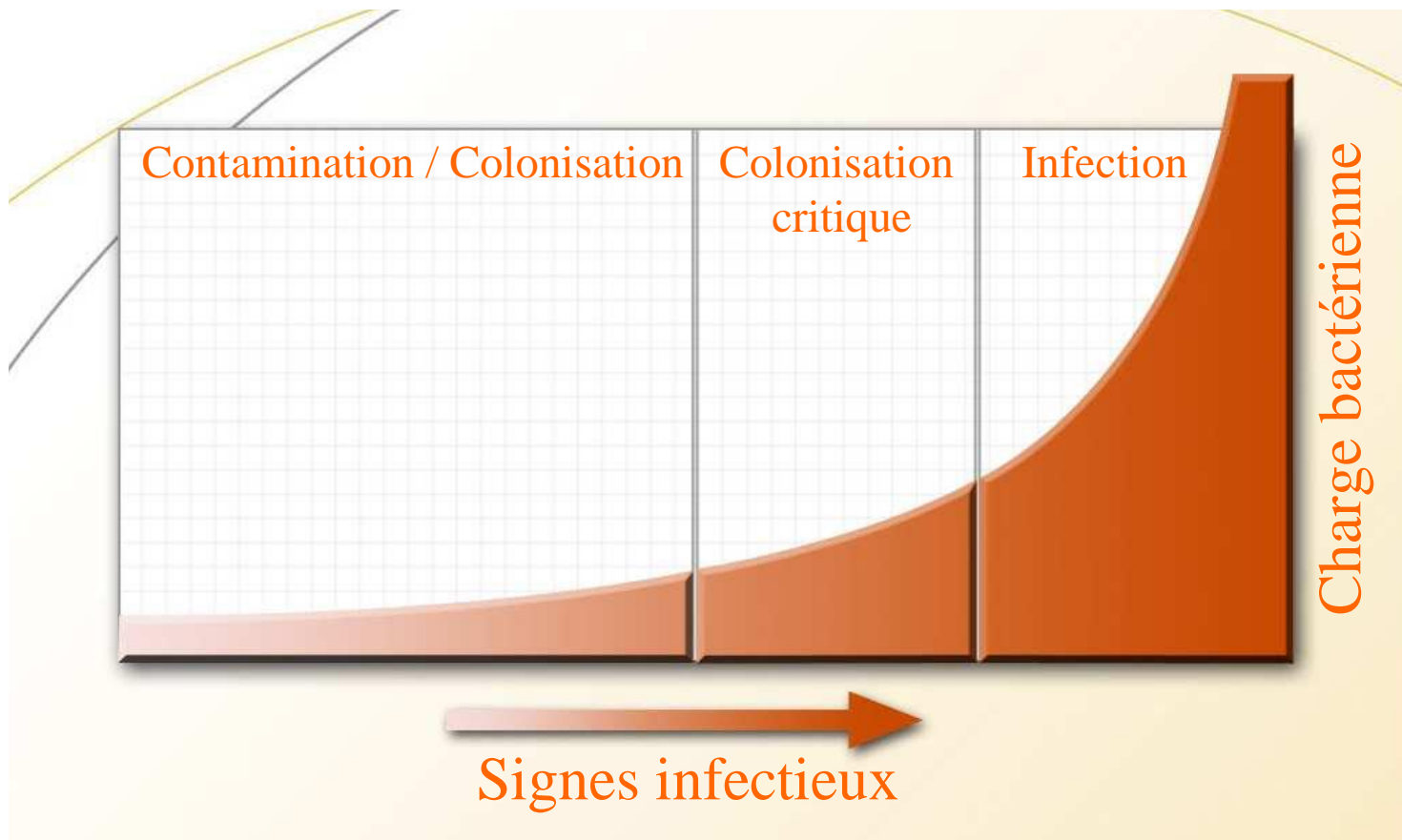
Foot-infection syndrome	Pathogens
Cellulitis without an open skin wound	β -Hemolytic streptococcus ^a and <i>Staphylococcus aureus</i>
Infected ulcer and antibiotic naive ^b	<i>S. aureus</i> and β -hemolytic streptococcus ^a
Infected ulcer that is chronic or was previously treated with antibiotic therapy ^c	<i>S. aureus</i> , β -hemolytic streptococcus, and Enterobacteriaceae
Ulcer that is macerated because of soaking ^c	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (often in combination with other organisms)
Long duration nonhealing wounds with prolonged, broad-spectrum antibiotic therapy ^{c,d}	Aerobic gram-positive cocci (<i>S. aureus</i> , coagulase-negative staphylococci, and enterococci), diphtheroids, Enterobacteriaceae, <i>Pseudomonas</i> species, nonfermentative gram-negative rods, and, possibly, fungi
"Fetid foot": extensive necrosis or gangrene, malodorous ^c	Mixed aerobic gram-positive cocci, including enterococci, Enterobacteriaceae, nonfermentative gram-negative rods, and obligate anaerobes

Microbiologie en fonction du temps



D'après Pometan, 1989

Colonisation >> infection



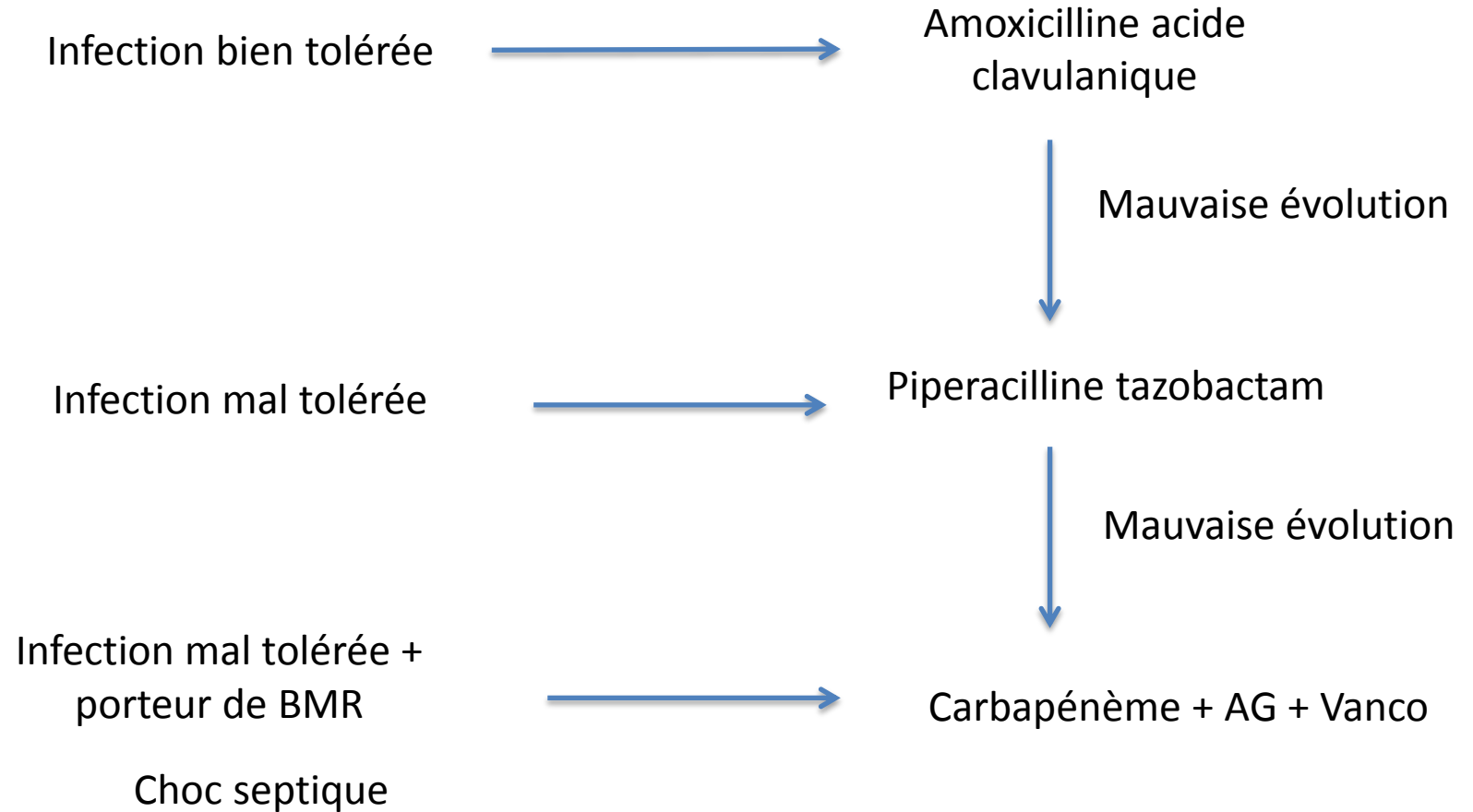
Identification microbiologique

- Difficile d'identifier les germes responsables,
- la colonisation inévitable et abondante en cas de topographie périnéale.
- Limiter l'irrigation et l'usage de produits irritants. Prélèvement le plus profond possible des tissus sous cutanés.
- puis de quantifier les résultats.
- En cas d'infection sur escarre sans ostéite, l'antibiothérapie sera le plus souvent probabiliste et doit prendre en compte une possible infection plurimicrobienne et la présence fréquente d'entérobactérie et d'anaérobie en cas de siège périnéal

Quelle antibiothérapie systémique ?

- En l'absence de gravité (BMR ou non) :
 - Amoxicilline acide clavulanique
- Si gravité et/ou non réponse :
 - Pip Taz +/- vanco (SAMR connu et/ou FDR)
- Si choc :
 - carbapénème vanco amiklin ?
- Attention à l'inflation
- Intérêt de la bithérapie ?
- Adaptation si prélèvements profonds

Algorithme



Infected Pressure Ulcers in Elderly Individuals

Nigel J. Livesley and Anthony W. Chow

Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of British Columbia and Vancouver Hospital & Health Sciences Centre, Vancouver, British Columbia, Canada

Table 1. Antibiotic regimens for infected pressure ulcers.

Regimen	Recommended dose schedule
Monotherapy	
Cefoxitin	1–2 g iv or im every 6–8 h
Ceftizoxime	1–2 g iv every 8–12 h
Cefotetan	1–2 g iv or im every 12–24 h
Ticarcillin-clavulanate	3.1 g iv every 4–6 h
Piperacillin-tazobactam	2–4 g iv every 6–8 h
Imipenem	0.5–1 g iv every 6–8 h
Meropenem	0.5–1 g iv every 6–8 h
Gatifloxacin	400 mg iv or po daily
Combination therapy	
Clindamycin	450–600 mg iv every 6–8 h or 450 mg po q.i.d.
Plus ciprofloxacin	200–400 mg iv every 12 h or 500 mg po b.i.d.
Plus ofloxacin	200–400 mg iv every 12–24 h or 400 mg po b.i.d.
Metronidazole	500 mg iv every 6–8 h or 500 mg po t.i.d.
Plus ciprofloxacin	200–400 mg iv every 12 h or 500 mg po b.i.d.
Plus ofloxacin	200–400 mg iv every 12–24 h or 400 mg po b.i.d.
Treatment of infection due to MRSA	
Vancomycin	0.5 g iv every 6–8 h
Quinupristin/dalfopristin ^a	7.5 mg/kg iv every 8–12 h
Oxazolidinone ^b	600 mg iv every 12 h

NOTE. MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

^a Synercid (Aventis Pharmaceutical Products).

^b Linezolid.

Durée de traitement

- Durée du traitement antibiotique : pas standardisée.
- Si Escarre + ostéite ???
- Corrélée à la chirurgie ?
- Recommandations habituelles : 2 à 4 semaines en cas d'infections des parties molles si celles-ci sont en partie conservées et 4 à 6 semaines en cas de reliquat d'ostéite.
- 1 étude pas de bénéfice à ATB > 3 semaines (Thornhill-Joynes M, Gonzales F, Stewart CA, Kanel GC, Lee GC, Capen DA, Sapico FL, Canawati HN, Montgomerie JZ. Osteomyelitis associated with pressure ulcers. Arch Phys Med Rehabil. 1986 May; 67(5):314-8).
- Dans notre centre: traitement antibiotique 10 jours.
- En cas d'arthrite de hanche associée la durée préconisée dans notre centre est de 6 semaines quel que soit le geste chirurgical (synovectomie ou résection tête col).

Durée de traitement ?

- Etude rétrospective en soins courants au Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center
- 3 groupes de patients :
 - ostéomyélite aigue
 - ostéomyélite chronique
 - ostéomyélite à bactériologie négative
- Méthode : prélèvements profonds et histologie puis débridement large et couverture par lambeaux
- Evaluation :
 - durée séjour postopératoire,
 - infection locale,
 - désunion avec reprise chirurgicale,
 - récurrence au même site
- Traitement : 5 à 7 j IV chez ostéomyélite chronique et ostéomyélite à bactériologie négative
- Ostéomyélite aigue : traitement 6 semaines

	Durée ATB	Durée hospitalisation post opératoire	Désunion avec reprise	Récurrence au même site
Ostéomyélite chronique	5-7j	70 j	10,7%	1,8%
Ostéomyélite bactériologie négative	5-7j	72,4 j	10,2%	4,1%
Ostéomyélite aigue	6 semaines	78,6 j	13,2%	17%

Chirurgie

- Soins locaux majeurs parfois réalisés au bloc opératoire.
- Un avis chirurgical doit être pris >> faisabilité ? Balance bénéfique/risque
- Intervention
 - en urgence si infection menaçant le pronostic vital,
 - différée en fonction de l'évolution, de l'étendue de l'escarre ainsi que des possibilités de couverture fascio cutanée
- Indications :
 - Nécrose tissulaire importante afin de prévenir l'infection
 - Structures nobles (axes vasculaires, tissus ostéo articulaire, tendons) exposées et donc menacées
 - Os à nu
 - Infection
- Nécessite
- Prévention secondaire d'emblée et correction des FDR
- CI Escarre plurifactoriels chez patients grabataire

Antibiothérapie locale

- Antibiothérapie locale : pas de donnée dans la prise en charge des escarres constituées infectées
- Avantages théoriques séduisants :
 - Pas de passage systémique de l'antibiotique
 - Pas d'interactions médicamenteuses, l'éventuelle toxicité systémique
 - Limiter l'émergence de résistances bactériennes indirecte au niveau de la flore digestive.
- Pas d'intérêt démontré, de manière comparative, l'intérêt de l'antibiothérapie locale dans la prise en charge des escarres constituées infectées (Pressure ulcers prevalence, cost, risk assessment: consensus development conference statement. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Decubitus **1989**).

ATB locale

Table 6. Recommended Approach to Using Topical Antimicrobials for Treating Chronic Wounds in Various Clinical States

Infection status	Definition	Consequences	Antimicrobial therapy
Uninfected	No classical ^a or secondary ^b clinical evidence of infection	None	None
Uncertain	Only secondary clinical evidence of infection or quantitative culture with $\geq 10^5$ cfu/g of tissue	Possibly slowed or absent wound healing; malodor; discomfort	Consider short-term topical antiseptic therapy
Infected	Classical ^b clinical signs or symptoms of inflammation	Progression of infection; failure of wound healing; discomfort	Systemic ^c antibiotic therapy (with or without topical antiseptic)

NOTE. In addition to usual required wound care (eg, debridement, off-loading, proper dressings, correcting critical ischemia, malnutrition, hyperglycemia, or other metabolic problems).

^a Purulent discharge, or erythema, warmth, pain or tenderness, or induration.

^b Nonpurulent (serous or sanguineous) exudate, discolored or friable (easily bleeding) granulation tissue, breakdown or "pocketing" at the base of the wound, or abnormally foul odor.

^c Oral or parenteral, depending on severity of infection and agent(s) required.

Prise en charge des FDR en curatif

- Etat nutritionnel et la malnutrition
 - prévention ? ;
- Lutter contre les points d'appui et l'immobilité
 - toutes les 2h ?
 - Dynamique > statique ?
- Incontinence urinaire et fécale ;
- Hydratation et soins cutanés
- Améliorer vascularisation;
- Prise en charge de la neuropathie
- Prise en charge psychologique et de la douleur

Autres thérapies

Traitement	Données	Conclusions
VAC	7 essais ; 205 patients	<u>Bénéfice</u> mais données de mauvaise qualité
Application locale topique à l'argent	3 essais ; suivis court	Pas de données suffisante pour recommander
Ultra sons locaux	3 essais ; 146 patients	Pas de bénéfice démontré mais essais de petite taille
Photothérapie	7 essais ; 403 patients	Bénéfices incertains
Oxygène hyperbarre		<u>Bénéfices</u> possible à court terme pour « pieds diabétiques »
Application locale de miel		Pas de bénéfice démontré
Traitement électromagnétique	2 essais ; 60 patients	Pas de bénéfice démontré
Aloes officinale	7 essais ; 347 patients	Méthodologie non fiable

Un problème récurrent/décourageant ?

- Insuffisamment pris en compte
- Manque de données
- Mal évaluées
- « Routine » ?
- Sentiment d'impuissance ?
- Importance de la prévention ++++
- Pourtant progrès importants
- **NE PAS ETRE PASSIF ! Identifier les escarre**

Ne pas être passif

- Dépister précocement (recherche active)
- Identifier les escarres
- Proposer un plan de soin rigoureux
- Fixer des objectifs
- Evaluation régulière objective
- Discuter des différentes options thérapeutiques (pst/chirurgie)
- Prise en charge active des FDR
- Discussion éthique

Outils de surveillance

PUSH Tool

Patient name: _____ Patient identification number: _____

Ulcer location: _____ Date: _____

Directions:

Observe and measure the pressure ulcer. Categorize the ulcer with respect to surface area, exudate, and type of wound tissue. Record a subscore for each of these ulcer characteristics. Add the subscores to obtain the total score. A comparison of total scores measured over time provides an indication of the improvement or deterioration in pressure ulcer healing.

Length × width*	0 0 cm ²	1 Less than 0.3 cm ²	2 0.3 to 0.6 cm ²	3 0.7 to 1.0 cm ²	4 1.1 to 2.0 cm ²	5 2.1 to 3.0 cm ²
		6 3.1 to 4.0 cm ²	7 4.1 to 8.0 cm ²	8 8.1 to 12.0 cm ²	9 12.1 to 24.0 cm ²	10 More than 24.0 cm ²

Subscore _____

Exudate amount†	0 None	1 Light	2 Moderate	3 Heavy
-----------------	-----------	------------	---------------	------------

Subscore _____

Tissue type‡	0 Closed (wound completely covered with epithelium [new skin])	1 Epithelial (superficial ulcers; new pink or shiny tissue that grows in from the edges or as islands on the ulcer surface)	2 Granulation (pink or beefy-red tissue with a shiny, moist, granular appearance)	3 Slough (yellow or white tissue that adheres to the ulcer bed in strings or thick clumps or that is mucinous)	4 Necrotic (eschar; black, brown, or tan tissue that adheres firmly to the wound bed or ulcer edges; may be firmer or softer than surrounding skin)
--------------	---	--	--	---	--

Subscore _____

Total score _____

*—Measure the greatest length (top to bottom) and the greatest width (side to side) using a centimeter ruler. Multiply these two measures (length × width) to obtain an estimate of surface area in cm². Do not simply guess; always use the same method each time the ulcer is measured.

†—Estimate the amount of exudate (drainage) present after removal of the dressing and before applying a topical agent to the ulcer.

‡—Type of tissue that is present in the wound bed. Score as a 4 if there is any necrotic tissue present, as a 3 if there is any amount of slough present and necrotic tissue is absent, as a 2 if the wound is clean and granulation tissue is present, as a 1 if it is a superficial wound that is reepithelializing, and as a 0 if the wound is closed.

Figure 5. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) tool for monitoring the healing of pressure ulcers.

Adapted with permission from Stotts NA, Rodeheaver G, Thomas DR, et al. An instrument to measure healing in pressure ulcers: development and validation of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(12):M795.

Commentaires

- Pas d'évidence base >> bon sens + protocole
- Eviter le sur traitement antibiotique
- Eviter sous prise en charge
- Ne pas éviter réflexion pluridisciplinaire et éthique
- Traitement antibiotique = une partie de la stratégie globale de prise en charge médico chirurgicale des patients.

Conclusions

- Pas d'infection= pas d'ATB
- Pas d'infection = pas d'écouvillon
- Si infection (dermo hypodermite et/ou fièvre syndrome inflammatoire) : si peu grave >> AAC
- Si sévère >> Pip taz ? Carbapénème (si connu BLSE) ?
- Prlvts profonds ?
- Durée 7-10j
- Chirurgie ?
- Prise en charge des FDR

Points essentiels

- **Il faut différencier colonisation et infection.**
- **L'antibiothérapie prolongée n'a pas d'intérêt**
- **La place et les modalités de l'antibiothérapie locale doit être étudiée**
- **Eviter les antibiothérapies large spectre non justifiée**
- **La prise en charge doit être pluridisciplinaire**
- **Rechercher et corriger les facteurs de risques**
- **Différencier l'escarre simple de l'escarre avec ostéite associée**
- **Discuter chirurgie**

Références

- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus; 15/16 nov 2001- Paris Sociétés savantes / ANAES. www.has-sante.fr
- Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires RBP AFSSAPS - Juillet 2004
www.agmed.sante.gouv.fr
- The management of pressure ulcers in primary and secondary care : a Clinical Practice Guideline. 09 2005 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), www.nice.org.uk