

Positionnement & escarres en réanimation : cause ou traitement ?

Philippe MICHEL

August 24, 2017

CH René Dubos – Pontoise

Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)

Contents

1 Introduction	1
2 Épidémiologie	2
3 positionnement du patient	3
4 Escarres liées aux positions	3
5 Escarres liées aux matériels	3
Bibliographie	3

1 Introduction

La réanimation se définit comme un “*Ensemble de techniques permettant de suppléer une ou plusieurs fonctions vitales atteintes de manière réversible*” (Pr RAPIN). Un service de réanimation applique ces techniques, c’est à dire du matériel lourd (respirateurs, générateurs d’épuration extra-rénale, ECMO...) mais surtout beaucoup de personnel à savoir, réglementairement (pour la France) deux infirmiers pour cinq patients et un aide-soignant pour quatre patients. Si les séjours sont volontiers courts (durée moyenne de séjour autour de 6,5 jours) les patients sont lourds et on compte environ 40 % de patients sous ventilation artificielle, le plus souvent sédatisés voire curarisés c’est à dire parfaitement immobiles dans leur lit. Donc, a priori, un terrain favorable à l’apparition rapide d’escarres. De plus ces patients doivent parfois être placés dans

des positions spécifiques, peu physiologiques, ce qui augmente ce risque. Enfin, les nombreux matériels (cathéters, sondes, capteurs. . .) posés sur le patient peuvent générer des pressions ou friction et créer ainsi des lésions spécifiques.

2 Épidémiologie

Malgré de très nombreuses études sur le sujet, souvent anciennes, la prévalence des escarres en réanimation est difficile à apprécier. le premier obstacle est la définition de la “réanimation” qui varie d’un pays à l’autre. De plus, au fil des années, le profil des patient a beaucoup changé. En ne retenant que les études multicentriques, souvent anciennes, les estimations vont de 4 to 25% et sont résumées sur le tableau 1.

		%
Bours 2001[1]		28,7
Pokomy 2003[14]		11,7
Pender 2005[13]	ventilés	20
Fife 2001[5]		12,4
Eachempati 2001[4]		3,8 – 8
NHS	stades II à IV	4,8
VanGlider 2009[18]	3 ans, 96 000 patients	13,5

Table 1: Épidémiologie des escarres en réanimation

Les facteurs de risque d’escarre ont beaucoup été étudiés. les facteurs habituels restent valables en réanimation (âge, diabète, sexe féminin, indice de masse corporelle, tabac, durée de séjour. . . [4, 3, 17, 7, 12]). Le rôle de la dénutrition est difficile à mettre en évidence indépendamment des autres facteurs. Le taux de pré-albumine, considéré comme un bon marqueur biologique de dénutrition semble lié à l’apparition d’escarres indépendamment des signes cliniques de malnutrition[15]. la saison hivernale semble plus propice[11] ?

Plus spécifiques à la réanimation l’usage de catécholamines, les pathologies cardiovasculaires[4] sont souvent cités. Comme les catécholamines, médicaments vasoconstricteurs, sont utilisés chez les patients les plus graves en situation hémodynamique précaire leur responsabilité propre est difficile à établir[9]. L’incontinence urinaire mais surtout fécale est un facteur aggravant souvent noté[16]. Les scores de gravité des patients (APACHE 2, IGS 2. . .) utilisés au quotidien dans les services de réanimation ne semblent pas capable de prédire la survenue d’escarres[3].

Mais certaines études ne retrouvent aucun facteur favorisant en dehors de la qualité des soins[8] ce qui incite à prendre tous ces résultats avec prudence.

Les scores de risque d’escarre, en particulier le Braden, sont utilisés au quotidien en réanimation bien que peu validés dans ce type de services. Un travail montre une prédiction médiocre du risque d’escarre par le score de Braden en réanimation[10], la moins mauvaise estimation étant la mesure au deuxième jour d’hospitalisation avec un

seuil à 12 (AUC 79,5 %). Huyn et al. retrouve un seuil à 13 toujours avec une valeur prédictive médiocre (AUC 67 %). Une étude[2] montre même que l'estimation globale par l'infirmier fait mieux que le score de Braden.

3 positionnement du patient

Un patient ventilé est souvent sédaté pour des raisons de confort mais aussi afin de permettre une meilleure adaptation au respirateur surtout dans les cas les plus graves. Auprès le patient est curarisé pendant 24 à 48 h ce qui empêche tout mouvement. Pour favoriser la ventilation et l'expansion du poumon, que le diaphragme soit actif ou non, il faut éviter d'avoir le poids de l'abdomen qui pèse sur le thorax. Les patients ventilés sont donc placés par défaut en position *transat*, le torse relevé à 45°, les membres inférieurs légèrement relevés. Si le problème hémodynamique est au premier plan on laisse le patient en décubitus dorsal strict, à plat; de même pour certains patients neurologiques pour qui on privilégie le flux sanguin intra-cérébral.

Les atteintes pulmonaires sévères représentent une part importante du recrutement en réanimation. Les cas les plus graves sont regroupés dans le cadre du **Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA)**. Le tableau se caractérise par une atteinte parenchymateuse pulmonaire diffuse entraînant une hypoxémie profonde. La cause est plus souvent infectieuse mais on peut aussi voir des origines toxiques immunologiques ou autres. La thérapeutique, outre le traitement de la cause, repose sur la ventilation assistée. Hors l'atteinte n'est pas homogène. Le plus souvent, les zones postérieures du poumon (chez un patient qui reste en décubitus dorsal sans bouger) sont plus atteintes, moins aérées que les zones antérieures, hautes. La ventilation est difficile car si le réglage convient pour les zones postérieures il distend les parties antérieures. C'est pour cela qu'on a proposé de placer le patient en **Décubitus ventral (DV)**. Longtemps empirique, cette pratique a prouvé son efficacité[6] et est maintenant bien codifiée. On réalise une ou deux séances de 16 h. le patient est intubé, ventilé, lourdement sédaté voire curarisé. la tête est maintenue droite pendant la manoeuvre et placée sur un support respectant les yeux et permettant à la sonde d'intubation de ne pas être écrasée. Mais cette position peu physiologique chez un patient qui n'a aucun mouvement spontané en raison de la sédation et des curares entraîne rapidement des escarres antérieures sur le front, la joue et le torse.

4 Escarres liées aux positions

5 Escarres liées aux matériels

Bibliographie

- [1] G. BOURS, E. LAAT, R. HALFENS et M. LUBBERS : Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units: Results of a cross-sectional survey. *Intensive Care Medicine*, 27(10):1599–1605, octobre 2001.

- [2] F. COMPTON, F. HOFFMANN, T. HORTIG, M. STRAUSS, J. FREY, W. ZIDEK et J-H. SCHÄFER : Pressure ulcer predictors in ICU patients: nursing skin assessment versus objective parameters. *Journal of Wound Care*, 17(10):417–424, octobre 2008.
- [3] J. COX : Predictors of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 20(5):364–375, septembre 2011.
- [4] S. R. EACHEMPATI, L. J. HYDO et P. S. BARIE : Factors influencing the development of decubitus ulcers in critically ill surgical patients. *Crit. Care Med.*, 29(9):1678–1682, septembre 2001.
- [5] C. FIFE, G. OTTO, E. G. CAPSUTO, K. BRANDT, K. LYSSY, K. MURPHY et C. SHORT : Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Crit. Care Med.*, 29(2):283–290, février 2001.
- [6] Claude GUÉRIN, Jean REIGNIER, Jean-Christophe RICHARD, Pascal BEURET, Arnaud GACOUIN, Thierry BOULAIN, Emmanuelle MERCIER, Michel BADET, Alain MERCAT, Olivier BAUDIN, Marc CLAVEL, Delphine CHATELLIER, Samir JABER, Sylvène ROSSELLI, Jordi MANCEBO, Michel SIRODOT, Gilles HILBERT, Christian BENGLER, Jack RICHECOEUR, Marc GAINNIER, Frédérique BAYLE, Gael BOURDIN, Véronique LERAY, Raphaelle GIRARD, Loredana BABOI et Louis AYZAC : Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 368(23):2159–2168, juin 2013.
- [7] S. HYUN, X. LI, B. VERMILLION, C. NEWTON, M. FALL, P. KAEWPRAG, S. MOFFATT-BRUCE et E. R. LENZ : Body Mass Index and Pressure Ulcers: Improved Predictability of Pressure Ulcers in Intensive Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 23(6):494–501, novembre 2014.
- [8] Toshiko KAITANI, Keiko TOKUNAGA, Noriko MATSUI et Hiromi SANADA : Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4):414–421, février 2010.
- [9] Anna E. KRUPP et Jill MONFRE : Pressure Ulcers in the ICU Patient: an Update on Prevention and Treatment. *Current Infectious Disease Reports*, 17(3), mars 2015.
- [10] M. LIMA-SERRANO, M.I. GONZÁLEZ-MÉNDEZ, C. MARTÍN-CASTAÑO, I. ALONSO-ARAUJO et J.S. LIMA-RODRÍGUEZ : Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, février 2017.
- [11] Francisco MANZANO, Maria José NAVARRO, Delphine ROLDÁN, Maria Angeles MORAL, Isabel LEYVA, Carmen GUERRERO, Maria Angustias SANCHEZ, Manuel COLMENERO et Enrique FERNÁNDEZ-MONDEJAR : Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Journal of Critical Care*, 25(3):469–476, septembre 2010.

- [12] Mohammad NASSAJI, Zahra ASKARI et Raheb GHORBANI : Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients: Smoking and pressure ulcer. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4):418–423, août 2014.
- [13] Lauren R. PENDER et Susan K. FRAZIER : The relationship between dermal pressure ulcers, oxygenation and perfusion in mechanically ventilated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1):29–38, février 2005.
- [14] Marie E. POKORNY, Dixie KOLDJESKI et Melvin SWANSON : Skin care intervention for patients having cardiac surgery. *Am. J. Crit. Care*, 12(6):535–544, novembre 2003.
- [15] Raffaele SERRA, Santo CAROLEO, Gianluca BUFFONE, Marina LUGARÀ, Vincenzo MOLINARI, Francesco TROPEA, Bruno AMANTEA et Stefano de FRANCISCIS : Low serum albumin level as an independent risk factor for the onset of pressure ulcers in intensive care unit patients: Albumin and pressure ulcers. *International Wound Journal*, 11(5):550–553, octobre 2014.
- [16] Eman S. M. SHAHIN, Theo DASSEN et Ruud J. G. HALFENS : Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(4):563–568, août 2008.
- [17] Gerri C. SLOWIKOWSKI et Marjorie FUNK : Factors Associated With Pressure Ulcers in Patients in a Surgical Intensive Care Unit:. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37(6):619–626, 2010.
- [18] Catherine VANGILDER, Stephanie AMLUNG, Patrick HARRISON et Stephanie MEYER : Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage*, 55(11):39–45, novembre 2009.