

Classification des ulcères de pression

Les escarres ont fait l'objet de nombreuses classifications (1-5) .

Parmi celles-ci, quelques unes sont tellement exhaustives qu'elles n'ont guère d'utilité pratique et ne contribuent pas à une classification correcte et uniforme des escarres.

En ce qui concerne la subdivision des escarres en plusieurs degrés, nous avons utilisé les classifications de l'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) et de l'AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research).

Dans la pratique, la subdivision "rouge/jaune/noir" établie par l'industrie ('Three Color Concept'®, Marion Laboratories Inc.) est également très répandue (7) . Cuzzell (7) souligne le fait que cette classification n'a pas pour but de déterminer l'incidence ou la gravité des escarres, mais qu'elle devrait plutôt servir de fil conducteur dans le traitement des plaies. Nous ne recommandons toutefois pas d'ajouter cette classification à celles de l'EPUAP et de l'AHCPR . Yarkony estime même que la classification "rouge/jaune/noir" est potentiellement dangereuse, car elle ne tient compte ni de l'étendue, ni de la profondeur de la lésion, pas plus que de la pathologie. Le risque d'une simplification extrême est réel. Haalboom e.a. (1) mettent en garde contre une sous-estimation de la gravité des escarres (ce qui conduit à un traitement trop peu intensif) et rejettent donc cette classification. Lorentzen et al. (9) rapportent que les prestataires de soins n'aboutissent que dans une mesure limitée à une appréciation identique des plaies sur la base du système de classification rouge-jaune-noir. Buntinx et al. (10) signalent une concordance modérée entre les prestataires de soins qui utilisent ce système de classification. Gryson plaide pour une description de la plaie qui tiendrait compte de la physiologie et des phases de la cicatrisation.

1. Stades

Les escarres sont divisées en 4 stades. Il est important de considérer les 4 stades comme 4 manifestations de l'escarre, et non comme 4 phases qui se suivent nécessairement. Chez certains patients, une escarre peut commencer par une phlyctène ou par une plaie superficielle, voire même une lésion en profondeur (par exemple, une plaque nécrotique noire au talon). Une escarre peut parfois se développer en tache noire nécrosée (escarre en profondeur).

Classification des ulcères de pression

Stade 1: rougeur ne disparaissant pas à la pression

Le premier stade se manifeste par une rougeur qui ne disparaît pas à la pression, et ce en l'absence de lésion cutanée. Ce stade peut s'accompagner d'une décoloration de la peau, de chaleur, d'un œdème ou d'une induration du tissu (cf. photos 1 et 2).



Photo 1: Rougeur disparaissant à la vitropression (Absence d'escarre)



Photo 2: Rougeur ne disparaissant pas à la pression du doigt (Escarre)

Pour une peau foncée, ce stade se manifeste par une altération observable de la peau, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes:

- ◆ température de la peau (supérieure ou inférieure à celle de la peau environnante)
- ◆ consistance du tissu (ferme ou molle)
- ◆ sensibilité (douleur, démangeaisons)

Cliniquement, les personnes à peau claire présentent une rougeur persistante dans une zone bien délimitée alors que les personnes à peau foncée présentent une zone délimitée rouge, bleue ou violacée. Cette zone colorée ne blanchit pas à la pression du pouce.

Afin de pouvoir distinguer la rougeur disparaissant à la pression (absence d'escarre) de celle ne disparaissant pas à la pression (escarre), on peut utiliser petit disque transparent (un disque de pression) (13). Celui-ci consiste en un morceau arrondi de plastique transparent d'un diamètre de ± 5 cm (par ex. porte-clés, verre grossissant, ...). Il permet d'exercer une pression sur la peau

Classification des ulcères de pression

tout en observant si cette pression entraîne un blanchissement de la peau ou non.

Stade 2: phlyctène ou phlyctène ouverte

Le deuxième stade est une altération superficielle de la peau au niveau de l'épiderme et/ou du derme. L'ulcère est superficiel.

Cliniquement, ce stade est caractérisé par une phlyctène, éventuellement ouverte (cf. photo 3).



*Photo 3: Escarre au stade 2
(phlyctène, éventuellement ouverte)*

Stade 3: escarre superficielle

Le stade 3 est une atteinte de la peau avec dommage ou nécrose de l'épiderme et du derme, dommage qui peut toucher jusqu'aux fascia sous-jacents mais qui n'atteint pas les tissus situés plus en profondeur (cf. photo 4).



Photo 4: Escarre au stade 3 (escarre superficielle)

Cliniquement, ce stade se manifeste par un cratère, avec ou sans atteinte des tissus environnants.

Stade 4: escarre en profondeur

Le stade 4 se caractérise par une atteinte importante, nécrose tissulaire et/ou détérioration, des muscles, du tissu osseux ou des tissus sous-jacents avec ou sans dommage du derme et de l'épiderme. A ce stade, une détérioration du tissu peut se produire, ainsi que des lésions en forme de sinus (cf. photo 5).

Classification des ulcères de pression



Photo 5: Escarre au stade 4 (escarre en profondeur)

2 Toutes les lésions de la peau ne sont pas des escarres

2.1 Les lésions dues à l'humidité et les escarres

Les lésions dues à l'humidité et les escarres sont souvent confondues. Un contact prolongé de la peau avec l'urine, les fèces, la transpiration ou l'humidité d'une plaie, s'accompagnent souvent de lésions de la peau (cf. photo 6-7). L'effet corrosif de par exemple l'urine peut amollir la peau. Une rougeur apparaît et les tissus épidermiques superficiels sont détruits (14).



Photo 6: Lésion due à l'humidité (rougeur qui ne disparaît pas à la vitropression)



Foto 7: Lésion due à l'humidité

Classification des ulcères de pression

Ces lésions dues à l'humidité sont souvent considérées à tort comme des lésions de décubitus. Par exemple, on observe souvent au niveau du périnée une lésion en forme de fissure avec des berges blanches et amollies, lésion causée par l'humidité et l'effet corrosif de l'urine et des fèces; il ne s'agit pas d'une lésion de décubitus. Une forme particulière de lésion due à l'humidité est ce qu'on appelle la lésion de copie (voir photo 8). La sécrétion produite par une blessure peut, en raison de l'adhésion à la surface cutanée opposée, faire apparaître une lésion presque identique (lésion de copie). Ce n'est pas davantage une lésion de décubitus, mais une lésion due à l'humidité.



Foto 8: Lésion de copie

Il importe d'être en mesure de faire la distinction entre une lésion liée à la pression et une lésion due à l'humidité. Il est possible d'obtenir de nombreuses informations en observant la forme et la couleur de la lésion. Les lésions dues à l'humidité ont, de manière générale, une couleur pourpre et ne sont pas bien délimitées (contrairement aux lésions dues au décubitus). La rougeur causée par les lésions dues à l'humidité peut disparaître ou non à la pression. Dans le cas d'une escarre du 1^{er} degré, la rougeur ne disparaît pas à la pression. En outre, des éléments tels que la localisation de la lésion (les lésions dues à l'humidité n'apparaissent pas nécessairement à hauteur d'un point de pression), la présence d'humidité, le matériau utilisé, une incontinence ou une diarrhée, la position du corps ou les mouvements du patient, peuvent être importants. Il importe donc d'observer le patient dans sa totalité.

Les lésions dues à l'humidité ne sont pas des escarres. Des mesures visant à prévenir les escarres (diminution de l'intensité et de la durée de la pression et du cisaillement) ne sont d'aucun secours dans la prévention des lésions dues à l'humidité. Des mesures visant à prévenir les lésions dues à l'humidité (par exemple, entraînement à la miction, mesures visant à protéger et à régénérer la peau), ne contribuent pas à la prévention des escarres.

2.2. Les excoriations / brûlures

De même, une lésion due à la friction ne constitue pas une escarre de décubitus. Une destruction de l'épiderme résultant d'un frottement continu sur des draps rêches ou causée par des mouvements compulsifs entraîne la formation d'ampoules subépidermales et la perte des couches superficielles de l'épiderme. Des excoriations apparaissent, voire des brûlures douloureuses. De telles excoriations se produisent surtout au niveau des coudes, mais peuvent également apparaître au niveau des talons, des chevilles ou des

Classification des ulcères de pression

genoux. La lésion due à la friction n'est qu'une lésion épidermique. Elle n'est pas associée à un cisaillement, ni à une déformation tissulaire. Aucune hypoxie ne se produit. Des mesures de prévention des escarres ne favoriseront pas la guérison de ces lésions. Des mesures de protection de la peau pourront remédier à ces lésions, voire les prévenir (14;15).

D'autres lésions (telle que les infections fongiques et l'extravasation due à l'administration de cytostatiques) peuvent parfois ressembler à des lésions de décubitus.

Références

- (1) Haalboom JRE, Van Everdingen JJE, Cullum N. Incidence, prevalence, and classification. In: Parish LC, Witkowski JA, Crissey JT, editors. The decubitus ulcer in clinical practice. Berlin: Springer, 1997: 12-23.
- (2) Torrance C. Pressure sores aetiology, treatment and prevention. Beckenham: Croom Helm, 1983.
- (3) Shea JD. Pressure sores : classification and management. Clin Orthop Rel Res 1975; 112:89-100.
- (4) David JA, Chapman RG, Chapman EJ, Lockett B. An investigation of the current methods used in nursing for the care of patients with established pressure sores. Guildford: Nursing Practice Research Unit, 1983.
- (5) Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure ulcers in adults : prediction and prevention. Clinical practice guideline number 3. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 92-0047, 1992.
- (6) Haalboom JRE. Richtlijnen van de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) voor de behandeling van decubitus. WCS nieuws 2000; 16(2):107-109.
- (7) Cuzzell JZ. The new RYB color code. Am J Nurs 1988; 88(10):1342-1346.
- (8) Yarkony GM. Pressure ulcers: a review. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75:908-917.
- (9) Lorentzen HF, Holstein P, Gottrup F. [Interobserver variation in the Red-Yellow-Black wound classification system]. Ugeskr Laeger 1999; 161(44):6045-6048.
- (10) Buntinx F, Beckers H, De Keyser G, Flour M, Nissen G, Raskin T et al. Inter-observer variation in the assessment of skin ulceration. J Wound Care 1996; 5(4):166-170.
- (11) Gryson L. Concept praktische wondzorg, een meer praktijkgerichte aanpak. Brugge: KHBO, 2000.
- (12) Gryson L. Let op vochtigheid en diepte. Nieuwe wondzorgprotocol is eenvoudig en praktisch. Nursing Thuis 2001; 1(1):26-28.

Classification des ulcères de pression

- (13) Derre B. Evolutie van beginnende decubitus op intensieve zorgen. Verpleegwetenschap Universiteit Gent, 1998.
- (14) Defloor T. Decubitus, de stand van zaken I. Urine veroorzaakt geen decubitus. Nursing 1999;(3):53-55.
- (15) Defloor T. De mythe van polyurethaan folie bij decubituspreventie. Nursing 1997;(4):21-23.

Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al. Herziening Belgische richtlijnen voor Decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2004.