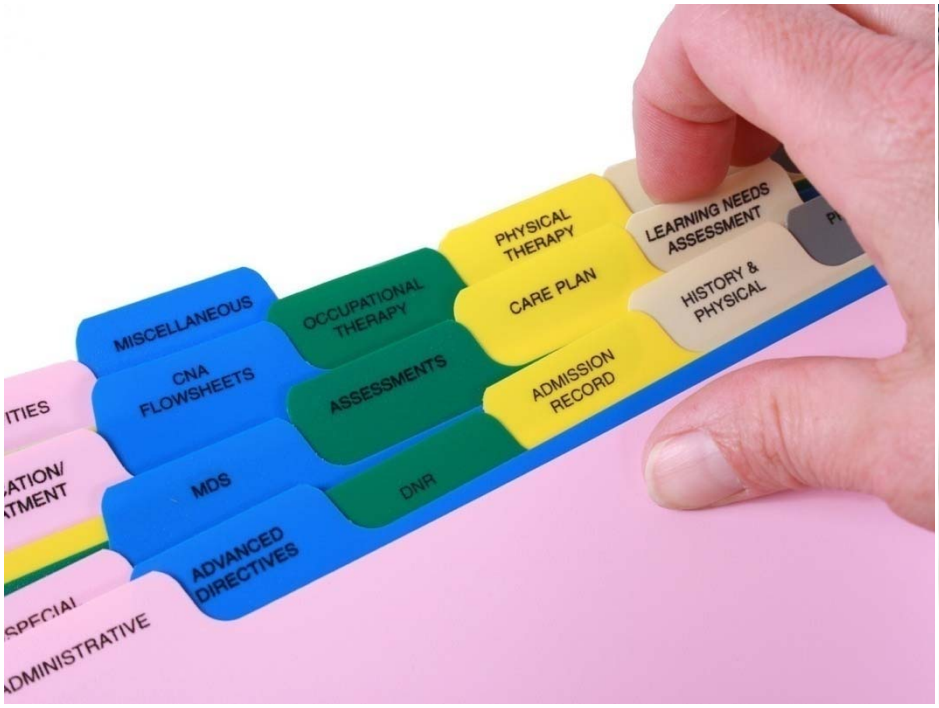
KCE REPORT 203BS

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RECOMMANDATIONS NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DES ESCARRES DE DÉCUBITUS

SYNTHÈSE





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	

Contrôle

Commissaire du Gouvernement	Yves Roger

Direction

Directeur Général	Raf Mertens
Directeur Général Adjoint	Christian Léonard
Directeur du programme d'études	Kristel De Gauquier

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)
Doorbuilding (10e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgique

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
http://www.kce.fgov.be

KCE REPORT 203BS
GOOD CLINICAL PRACTICE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RECOMMANDATIONS NATIONALES POUR LE TRAITEMENT DES ESCARRES DE DÉCUBITUS

SYNTHÈSE

DIMITRI BEECKMAN, CATHY MATHEÏ, AURÉLIE VAN LANCKER, GEERT VANWALLEGHEM, SABINE VAN HOUDT, LUC GRYSON, HILDE HEYMAN, CHRISTIAN THYSE, ADINDA TOPPETS, SABINE STORDEUR, KOEN VAN DEN HEEDE

COLOPHON

Titre :	Recommandations nationales pour le traitement des escarres de décubitus – Synthèse
Auteurs :	Dimitri Beeckman (UGent), Cathy Matheï (KULeuven), Aurélie Van Lancker (UGent), Geert Vanwalleghem (CNC vzw/ WCS/ AZ Delta), Sabine Van Houdt (KULeuven), Luc Gryson (CNC vzw), Hilde Heyman (WCS), Christian Thyse (AFISCeP.be), Adinda Toppets (UZLeuven), Sabine Stordeur (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Experts externes :	Diégo Backaert (Thuiszorg Groep Backaert); Hilde Beele (UZ Gent); Daniëlle Declercq (UMC Sint-Pieter); Anne Hermand (Cliniques uiversitaires Saint-Luc, Bruxelles); Aurore Lafosse (Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles); Dominique Putzeys (CIPIQ-s); Evelien Touriany (Hôpital Militaire Reine Astrid, Bruxelles); Dirk Van De Looverbosch (CRA Zorgbedrijf Antwerpen); Katrien Vanderwee (O.L.V. van Lourdes ziekenhuis Waregem).
Remerciements :	Nous remercions Liz Avital (NCGC, UK), Katie Jones (NCGC, UK) et Julie Neilson (NCGC, UK) pour leur collaboration à la préparation du rapport scientifique.
Validateurs externes :	Nicky Cullum (University of Manchester, United Kingdom); Bart Geurden (CEBAM); Sylvie Meaume (Hôpital Rothschild, France)
Autres intérêts déclarés :	Dominique Putzeys et Dimitri Beeckman déclarent avoir reçu des fonds pour la recherche au sujet de la prévention et/ou du traitement des escarres de décubitus. Diégo Backaert, Hilde Beele, Anne Hermand, Adinda Toppets, Geert Vanwalleghem, Dimitri Beeckman ont déclaré avoir reçu des honoraires pour des conférences ou le remboursement de frais de formation, de voyage ou pour leur participation à des conférences au sujet de la prévention et/ou du traitement des escarres de décubitus.
Layout :	Sophie Vaes

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 4 juillet 2013

Domaine :	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH :	Pressure ulcer ; Practice Guidelines
Classification NLM :	WR 598
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2013/10.273/28

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce.



Comment citer ce rapport ?

Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Vanwalleghem G, Van Houdt S, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van Den Heede K. Recommandations nationales pour le traitement des escarres de décubitus – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 203Bs. D/2013/10.273/28.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

PRÉFACE

Dans le prolongement des recommandations sur la prévention des escarres, publiées en janvier dernier, voici le second volet de notre projet : la formulation de recommandations nationales pour le traitement des escarres de décubitus. Le présent document a été élaboré en collaboration avec les équipes d'experts de l'Universiteit Gent et de la KULeuven, ainsi qu'avec nos collègues britanniques du NICE (entre-temps rebaptisé National Institute for Health and Care Excellence) et du National Clinical Guideline Centre.

Ce projet n'a pas été simple à mener. À la grande frustration de l'équipe, presqu'aucune étude de bonne qualité n'a pu être identifiée, et ce, pour la plupart des composantes du traitement. L'équipe de recherche n'a cependant pas ménagé ses efforts pour passer systématiquement en revue la littérature scientifique disponible, conformément aux normes internationales en vigueur. Les présentes recommandations nous livrent donc au moins un enseignement : pour la plupart des techniques de traitement largement acceptées et utilisées dans la pratique courante, les preuves scientifiques convaincantes sont minces voire inexistantes. Nous avons donc été amenés à fonder notre démarche de formulation des recommandations sur des études de moindre qualité, avec les exercices d'imagination et les risques de distorsion que cela comporte, ou sur le consensus d'experts en la matière.

Les informations rassemblées ne sont certainement pas sans valeur – on arrive en effet à soigner efficacement les escarres grâce à ces techniques – mais on aurait aimé disposer sur le terrain de preuves plus tangibles. C'est notamment le cas lorsqu'il convient de décider ou non d'investir dans des équipements ou des pansements onéreux. En tout état de cause, les traitements des escarres continuent à dépendre au premier chef du sérieux et de la personnalisation des soins dispensés par des soignants professionnels (infirmiers, médecins, diététiciens, etc.). En temps de crise, on pourrait être tenté de réaliser des économies sur ce poste, et de remplacer ces intervenants humains par des machines. L'efficacité de ces dernières n'est toutefois pas établie. Le fil rouge qui sous-tend les présentes recommandations est donc clair : une approche multidisciplinaire de haute qualité, donnant la priorité au patient, est et reste incontournable.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général

SYNTHÈSE

1. OBJECTIFS ET CHAMP D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

L'objectif du présent guideline est d'offrir une vue d'ensemble des données probantes actuelles sur le traitement des patients porteurs d'escarres de décubitus et de formuler des recommandations de bonne pratique (RBP) pour les professionnels de la santé exerçant dans les hôpitaux, dans les institutions de soins de longue durée (y compris les maisons de repos (et de soins), les centres de revalidation) et chez les personnes qui reçoivent des soins à domicile. Ce guideline sur le traitement suit la publication des Recommandations nationales pour la prévention des escarres de décubitus (rapport KCE 193[a]).

Le présent guideline porte sur les thèmes suivants :

- Support nutritionnel ;
- Dispositifs de redistribution de la pression (matelas, sur-matelas, lits, coussins) ;
- Débridement ;
- Produits d'application locale ;
- Pansements ;
- Indications pour la chirurgie ;
- Antibiothérapie systémique ;
- Electrothérapie ;
- Luminothérapie ;
- Oxygénothérapie hyperbare ;
- Traitement des plaies par la pression négative.

---

[a] Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A national guideline for the prevention of pressure ulcers. Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE reports 193C D/2013/10.273/97

Dans la pratique clinique, la dermatite associée à l'incontinence est fréquemment considérée à tort comme une escarre. Toutefois, le guideline n'englobera pas la prise en charge de la dermatite associée à l'incontinence, en raison de la nature unique et de l'étiologie spécifique de cette affection cutanée.

2. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

L'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) définit l'escarre (plaie de décubitus) comme une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, résultant d'une réponse interne à une charge mécanique externe appliquée aux tissus mous, en général sur une saillie osseuse. Cette charge mécanique externe peut être une force perpendiculaire à la surface de la peau (pression), une force parallèle à la surface de la peau (cisaillement) ou résulter d'une pression associée à un cisaillement.

Le degré de gravité d'une escarre varie de l'érythème (rougeur) ne disparaissant pas à la pression à la destruction tissulaire impliquant la peau, la graisse sous-cutanée, les muscles et les os. Dans sa classification, l'EPUAP a défini l'escarre de catégorie I comme étant l'érythème persistant ou qui ne blanchit pas à la pression, l'escarre de catégorie II comme une abrasion superficielle du derme ou une phlyctène, l'escarre de catégorie III comme un ulcère superficiel et l'escarre de la catégorie IV comme une ulcération profonde.

Les taux de prévalence des escarres rapportés dans les pays européens restent élevés puisqu'ils sont compris entre 8,9% et 18,1% dans les hôpitaux et entre 6,4% et 31,4% dans les maisons de repos (et de soins). En Belgique, la prévalence des escarres n'a été étudiée au niveau national que dans le contexte hospitalier avec une prévalence rapportée de 12,1% (Catégories I-IV). Les escarres sont associées à un inconfort considérable, une comorbidité importante et des coûts élevés.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Revue systématique de la littérature

Le présent guideline a été élaboré en collaboration avec le National Clinical Guideline Centre (NCGC, Royaume-Uni) ; l'étude approfondie des différents thèmes a été répartie entre les deux organisations (KCE et NCGC).

La recherche de littérature conduite dans OVID Medline, EMBASE, CINAHL et la Cochrane Library (entre septembre 2012 et avril 2013) a ciblé les revues systématiques de la littérature et les essais cliniques contrôlés randomisés (RCT). Lorsqu'aucun RCT n'a été identifié pour un thème particulier, les études de cohorte avec groupe témoin ont été inclues.

3.2. Formulation des recommandations

Sur la base des bilans de preuves, l'équipe de recherche a établi une première liste de recommandations. Pour déterminer le niveau de preuve et la force des recommandations, nous avons suivi la méthodologie GRADE (Tableaux 1 & 2).

Les recommandations basées sur des consensus d'experts ont été nommées 'meilleures pratiques'. Deux guidelines existants (à savoir, celui de l'EPUAP/NPUAP de 2009 & du National Institute for Clinical Excellence – NICE – de 2005) ont servi de base pour la formulation de ces meilleures pratiques. Ces guidelines ont été sélectionnés lors d'une recherche systématique de la littérature et sur la base d'une évaluation de leur qualité (par la notation AGREE II) conduites par trois examinateurs indépendants.

Toutes les recommandations et les meilleures pratiques ont été examinées par un panel d'experts cliniques (voir colophon), qui les ont évaluées en leur attribuant un score compris entre '1' ('complètement en désaccord') et '5' ('complètement d'accord'). Une discussion face-à-face a ensuite été organisée.

Finalement, trois validateurs externes ont évalué et validé ce guideline en utilisant le système de notation AGREE II. Le processus de validation a été présidé par le CEBAM (Le Centre belge d'Evidence Based Medicine).

Les déclarations d'intérêt ont été actées pour tous les experts impliqués dans le processus de développement du guideline.

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE[b].

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des preuves à l'appui
Elevé	Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.	RCT sans limitations importantes ou preuves irréfutables provenant d'études d'observation
Modéré	Nous sommes modérément confiants en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.	RCT comportant des limitations importantes (résultats incohérents, faiblesses méthodologiques, méthodes indirectes ou imprécises) ou exceptionnellement des preuves solides émanant d'études d'observation
Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.	RCT comportant des limitations très importantes ou études d'observation ou séries de cas
Très faible	Nous avons très peu confiance en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.	

[b] Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6.

Tableau 2 – Force des recommandations selon le système GRADE[c].

Grade	Définition
Forte	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent très certainement sur les risques (*l'intervention est à mettre en pratique*) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent très certainement sur les bénéfices attendus (*l'intervention est à éviter*).
Faible	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent probablement sur les risques (*l'intervention est probablement à mettre en pratique*) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent probablement sur les bénéfices attendus (*l'intervention est probablement à éviter*).

[c] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658): doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.

4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LE TRAITEMENT DES ESCARRES

Pour débuter, des considérations générales ont été formulées, sur la base de deux guidelines existants (à savoir, celui de l'EPUAP/NPUAP 2009 & de NICE 2005) et d'un consensus entre les experts. Tous les détails de la base scientifique sur laquelle s'appuient les recommandations et les meilleures pratiques peuvent être consultés dans le rapport scientifique et ses suppléments.

4.1. Généralités

4.1.1. Individualisation du plan de traitement des escarres pour chaque patient

Meilleures pratiques

Le traitement des escarres de décubitus doit relever d'une approche combinée, adaptée aux besoins individuels et au contexte, et doit être basée sur les principes de la prise de décision partagée :

- **Le traitement doit tenir compte de différents facteurs comme l'état général du patient, le plan de soins global et les préférences du patient. Les besoins du patient et le contexte de prise en charge doivent être réévalués régulièrement ;**
- **Un plan de soins individualisé doit être élaboré, basé sur les données d'évaluation, les facteurs de risque identifiés et les objectifs et préférences du patient. Ce plan est élaboré en collaboration avec le patient, les aidants informels et les professionnels de la santé. Les actions planifiées et acceptées/refusées sont notifiées dans le dossier du patient et communiquées à tous les soignants (y compris lors de la transition vers un autre environnement de soins).**

4.1.2. Evaluation holistique et plan de soins individualisé

Meilleures pratiques

Les patients porteurs d'escarres de décubitus doivent bénéficier d'une évaluation holistique dès le premier contact, reprenant :

- **L'état général du patient ;**
- **Les préférences du patient ;**
- **Les facteurs de risque de développement et de détérioration des escarres de décubitus (voir recommandations sur la prévention[d]);**
- **Un examen physique ciblé incluant :**
  - **Les facteurs pouvant affecter la cicatrisation (perfusion altérée, troubles sensitifs, infection systémique…) ;**
  - **L'évaluation vasculaire pour les cas d'escarres des extrémités (ex. examen physique, antécédents de claudication, index de pression systolique cheville/bras...) ;**

[d] Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A national guideline for the prevention of pressure ulcers. Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE reports 193C D/2013/10.273/97

Meilleures pratiques

- **L'évaluation de la douleur (voir ci-dessous) ;**
- **L'évaluation nutritionnelle (voir ci-dessous) ;**
- **L'évaluation de l'escarre (voie ci-dessous).**

- **Il convient de réévaluer régulièrement et de documenter les observations.**

- **Les patients porteurs d'escarres de décubitus doivent bénéficier d'une évaluation de la plaie, dès le premier contact et de façon répétée. Le but de cette évaluation est de déterminer la gravité de l'escarre, d'établir un plan de soins, d'évaluer les résultats du traitement, de détecter les complications et de communiquer ces informations aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.**
- **L'évaluation de la plaie doit inclure :**
  - **La cause de l'escarre (ex. lésion causée par une sonde nasogastrique, un masque à oxygène, la pression sur une proéminence osseuse) ;**
  - **Le site/la localisation ;**
  - **Le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de la lésion ;**
  - **Le stade ou la catégorie de la lésion ;**
  - **Les dimensions de l'escarre et le type de tissu ;**
  - **La quantité et le type d'exsudat ;**
  - **Les signes locaux d'infection ;**
  - **La douleur ;**
  - **L'aspect de la plaie (ex. bords de la plaie, tunnel/espace sous-jacent (sinus/fistule), tissu nécrotique, présence ou non d'un tissu de granulation et épithélialisation) ;**
  - **La peau environnante ;**
  - **L'odeur ;**
  - **L'aspect du pansement (saturation en exsudat, couleur, adhésion…).**
- **Une approche structurée pour l'évaluation et le suivi de l'escarre doit être utilisée. Cette approche structurée doit inclure :**
  - **L'utilisation régulière d'une méthode standardisée de mesure des dimensions de l'escarre de décubitus (entre autres largeur, longueur, profondeur, sinus et fistule) pour faciliter le suivi de la plaie. La partie la plus profonde de la plaie doit être mesurée à l'aide d'une sonde stérile en prenant soin de ne pas provoquer de nouvelles lésions ;**
  - **L'évaluation de la cicatrisation incluant des données telles que la diminution de la quantité d'exsudat, la diminution de la taille de la plaie et l'amélioration du tissu du lit de la plaie ;**
  - **L'utilisation d'un appareil photographique pour suivre le processus de guérison dans le temps ;**
  - **L'utilisation d'un système de classification standardisée pour l'évaluation initiale de la catégorie de l'escarre (système de classification NPUAP/EPUAP) ;**

Meilleures pratiques

- **L'évaluation régulière et le suivi de la plaie (outil PUSH, PSST, échelle Sessing[e]) dont la fréquence dépendra de l'état de la plaie et de l'évaluation holistique du patient. Lors de chaque réfection de pansement, il faut observer l'escarre de façon à repérer les changements qui indiqueront la nécessité de réviser le traitement (ex. amélioration-détérioration de la plaie, augmentation ou diminution d'exsudat, signes d'infection, ou autre complications) ;**
- **Toutes les évaluations et les actions doivent être rapportées et datées.**

Tout changement dans les caractéristiques de la plaie doit être documenté, et l'information doit être rendue accessible et communiquée aux membres de l'équipe multidisciplinaire.

4.1.3. Prévention primaire et secondaire

Meilleures pratiques

Les patients porteurs d'escarres de décubitus doivent être considérés à risque de développer d'autres escarres. Il est donc nécessaire d'appliquer les principes généraux de prévention des escarres de décubitus (voir les recommandations sur la prévention[f] : évaluation du risque et de la peau, repositionnement) de manière à :

- **prévenir le développement de nouvelles escarres de décubitus ;**
- **prévenir l'aggravation des escarres existantes ;**
- **faciliter le processus de guérison.**

En ce qui concerne la nutrition et le matériel de redistribution de la pression, des recommandations spécifiques sont formulées (voir ci-dessous).

---

[e] See for examples at the website of the Belgian Ministry of Public Health (FOD/SPF): http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/EvidenceBasedNursing/physiologicaldomain/integrityoftissues/cwcare-pressureulcers/19074612_NL

[f] Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A national guideline for the prevention of pressure ulcers. Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE reports 193C D/2013/10.273/97

4.1.4. Evaluation et prise en charge de la douleur

Meilleures pratiques
L'évaluation et la prise en charge de la douleur sont d'une grande importance et doivent être intégrées au plan de soins général. Les données scientifiques relatives au traitement de la douleur liée aux escarres de décubitus n'ont pas été spécifiquement étudiées dans le cadre de ces recommandations. Nous vous renvoyons vers les procédures généralement acceptées d'évaluation et de traitement de la douleur.

4.1.5. Eduquer et former les professionnels de la santé au traitement des escarres

Meilleures pratiques
L'éducation et la formation doivent être adaptées aux besoins du soignant individuel et aux responsabilités du groupe de professionnels de la santé. **Les éléments suivants doivent être inclus dans chaque programme d'éducation/de formation :** • **Evaluation holistique et planification personnalisée des soins aux patients ;** • **Evaluation de l'escarre de décubitus ;** • **Processus normal de cicatrisation ;** • **Evaluation de la douleur ;** • **Support nutritionnel ;** • **Reconnaître les signes d'inflammation et d'infection ;** • **Prise en charge de l'exsudat ;** • **Options de traitement local, les techniques de débridement et/ou de protection des tissus ;** • **Protection de la peau ;** • **Propriétés et efficacité des différents types de pansements ;** • **Positionnement et repositionnement ;** • **Propriétés et efficacité des différentes surfaces de support (ex. matelas, matériel d'élévation du talon, coussins d'assise).**

4.2. Support nutritionnel

Meilleures pratiques
L'évaluation de l'état nutritionnel du patient porteur d'escarres de décubitus fait partie intégrante de l'évaluation globale du patient et est un processus continu tout au long de sa prise en charge. L'évaluation initiale doit comprendre la documentation des facteurs suivants : • **Le poids et la taille actuels ;** • **La perte récente de poids ;** • **Les habitudes alimentaires ;** • **Les modifications récentes dans les habitudes alimentaires et dans la consommation alimentaire ;** • **L'adéquation de la consommation alimentaire totale (aliments, liquides, suppléments oraux, nutrition entérale ou parentérale).**
Le support nutritionnel dans le traitement des patients porteurs d'escarres de décubitus devrait se baser sur : • **Une évaluation nutritionnelle formelle (ex. Mini Nutritional Assessment) ;** • **L'état de santé général ;** • **Les préférences du patient ;** • **L'avis d'un professionnel ayant des compétences spécifiques en nutrition afin d'assurer un apport suffisant en calories, protéines, hydrates de carbone et lipides, liquides, micro nutriments, et ce particulièrement lorsque l'apport nutritionnel est réduit ou que des déficiences sont suspectées ou confirmées.**

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Un professionnel ayant des compétences spécifiques en nutrition peut recommander des interventions de support nutritionnel (ex. suppléments nutritionnels) pour les patients porteurs d'escarres de décubitus. **Comme les études cliniques ne démontrent pas la supériorité d'une intervention nutritionnelle sur une autre, nous ne sommes pas en mesure de recommander un type particulier de régime alimentaire complémentaire (en type et en quantité) enrichi de suppléments nutritionnels.**	Faible	Très faible

4.3. Dispositifs de redistribution de la pression

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
L'utilisation de dispositifs de répartition de la pression (matelas de faible technologie maintenant une basse pression continue ou dispositifs de haute technologie) est recommandée chez les patients porteurs d'escarres de décubitus. Le matériel de répartition de la pression doit être utilisé en combinaison avec un repositionnement régulier.	Forte	Très faible
Comme les études cliniques ne démontrent pas la supériorité d'un dispositif de distribution de pression par rapport à un autre (ex. matelas à air pulsé, matelas à pression alternée), le choix du matériel doit reposer sur l'évaluation globale du patient, tenant compte du niveau de risque, du confort, et de l'état général du patient.	Faible	Très faible

Meilleures pratiques

Lorsque l'escarre s'aggrave ou ne cicatrise pas, ou lorsque le niveau de risque augmente :

- **Le professionnel de santé doit envisager de remplacer le matériel de répartition de la pression par un autre qui va réduire la durée d'exposition à la pression et/ou améliorer la redistribution de la pression et réduire les forces de cisaillement ;**
- **Les interventions axées sur la prévention et les soins de plaie locaux doivent être intensifiés ;**
- **Avant d'envisager le remplacement du matelas, il faut s'assurer de l'efficacité des plans de prévention et de traitement actuels et passés.**

4.4. Débridement

Meilleures pratiques

Il faut débrider les tissus dévitalisés dans le lit de la plaie ou les bords de la plaie.

Si le débridement de l'escarre est envisagé, le choix de la (des) méthode(s) (chimique, bioactif, chirurgical, autolytique, enzymatique, mécanique) doit se baser sur : l'état de santé général du patient ; les objectifs de soins ; l'état de la plaie et de la zone environnante ; le type, la quantité et la localisation du tissu nécrotique ; le lieu de soins ; la disponibilité des produits de débridement et des compétences professionnelles.

4.5. Pansements et produits d'application locale

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Nous recommandons l'utilisation de pansements et de produits d'application locale modernes (ex. hydrocolloïdes, hydrogels, hydrocellulaires, mousses, alginates, pansements à l'argent – Cf. Table 13) pour optimaliser la cicatrisation de la plaie plutôt que l'utilisation de pansements classiques (ex. gaze, tulles gras, simples pansements couvrants). **Etant donné que les études cliniques ne démontrent pas la supériorité d'un type de pansement moderne ou de produit moderne pour application locale par rapport à un autre, le choix d'un traitement doit être basé sur :** • **L'évaluation de la plaie (viabilité du tissu, exsudat, profondeur, gravité de l'infection, odeur, douleur, bords de la plaie et environnement de la plaie) ;** • **L'évaluation cutanée générale ;** • **Les objectifs du traitement ;** • **Les caractéristiques des pansements ;** • **L'effet positif obtenu précédemment avec un pansement ou un produit particulier ;** • **Les indications d'utilisation du fabricant et les contre-indications ;** • **Le risque d'effets indésirables ;** • **Les préférences et habitudes du patient (style de vie, possibilités et confort).**	Faible	Très faible

4.6. Indications pour la chirurgie

L'évaluation de l'efficacité clinique des différentes techniques chirurgicales pour le traitement des escarres de décubitus dépassait les objectifs de ce guideline. Seules les indications d'un traitement chirurgical ont été étudiées.

Meilleures pratiques

Référer le patient pour un traitement chirurgical des escarres de décubitus dépendra :

- **du niveau de risque (anesthésie et intervention chirurgicale) ;**
- **de la récidive ;**
- **des préférences du patient (style de vie, confort et possibilités) ;**
- **de l'évaluation de la plaie (localisation anatomique, classification) ;**
- **de l'évaluation cutanée générale ;**
- **de l'état de santé général ;**
- **des besoins prioritaires de soins ;**
- **de l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux de récidive ;**
- **du succès précédent des techniques chirurgicales ;**
- **de l'échec des interventions dans le cadre d'un traitement conservateur.**

4.7. Antibiothérapie systémique

Meilleures pratiques

En présence de signes cliniques systémiques et/ou locaux d'infection chez un patient porteur d'escarres, une antibiothérapie systémique peut être envisagée par le médecin référent du patient.

4.8. Thérapies adjuvantes

Pour élaborer cette recommandation, nous avons analysé la littérature sur l'électrothérapie, l'oxygénothérapie hyperbare, la luminothérapie et le traitement des escarres par la pression négative.

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Comme les études cliniques n'ont pas démontré l'efficacité clinique du traitement des escarres par la pression négative, l'électrothérapie, la luminothérapie ou par l'oxygénothérapie hyperbare, nous ne pouvons pas recommander l'une de ces thérapies pour la prise en charge en routine des escarres de décubitus.	Faible	Faible à Très faible

4.9. Traitement des escarres du talon

Meilleures pratiques
Les talons porteurs d'escarres doivent être placés en décharge. Le choix de dispositifs de décharge du talon pourrait tenir compte de facteurs tels que le coût, la facilité d'utilisation, le confort du patient, les préférences du patient et la localisation de l'escarre sur le talon.
Pour les patients alités et les patients assis dans un fauteuil, inclinés en arrière avec les pieds surélevés, un dispositif permettant la décharge complète des talons devrait être utilisé. Ceci peut être obtenu en répartissant le poids de la jambe le long du mollet sans concentrer la pression sur le tendon d'Achille. Le genou sera légèrement fléchi et soutenu.

5. DISCUSSION

En dépit des avancées importantes en médecine et dans les soins infirmiers, les escarres de décubitus représentent toujours une cause majeure de morbidité et de mortalité. Selon leur lieu d'activité, **les cliniciens ont à leur disposition une pléthore d'options pour traiter les escarres de décubitus**. La prise en charge des escarres de décubitus nécessite beaucoup de ressources et implique des coûts élevés liés aux produits utilisés. Dans un tel contexte, ce guideline dispense des recommandations utiles pour guider la pratique quotidienne des dispensateurs de soins, de préférence sur la base des meilleures preuves disponibles.

Un écart important subsiste entre la pertinence très élevée de cette thématique et la **faible disponibilité d'études cliniques robustes sur le plan méthodologique conduites sur l'évaluation des traitements pour les escarres de décubitus**. En général, les études disponibles pour chaque thème de ce guideline manquent de puissance et souffrent de faiblesses méthodologiques telles que : répartition non masquée des patients entre deux groupes de comparaison, groupes non comparables au début de l'étude, pas d'évaluation des résultats à l'aveugle ou vérifiée de façon indépendante, faible description des soins standards et des interventions concomitantes.

5.1. Meilleures preuves disponibles

Il convient de noter que pour de multiples options de traitement, il n'y a que peu ou pas de preuves scientifiques disponibles, ou bien celles-ci sont entachées de lacunes méthodologiques importantes. Néanmoins, l'absence de preuves scientifiques ne signifie pas que nous ayons la preuve de l'absence d'un effet. Dans l'attente d'autres études de qualité méthodologique élevée dans ce domaine, de nombreuses options offertes, voire la plupart, reposent sur un consensus international qui a été confirmé par les experts belges consultés durant le présent projet.

5.2. Utilisation du guideline

Le traitement des escarres de décubitus requiert une approche individualisée et multifactorielle incluant une évaluation holistique, une approche structurée de l'évaluation de l'escarre et du suivi (ex. photographies et outils d'évaluation de l'escarre), ainsi qu'un plan de soins individualisé accepté par l'équipe multidisciplinaire. Ce plan individualisé inclut les soins de plaie (ex. débridement, pansements, fermeture chirurgicale de la plaie), la prise en charge des symptômes (ex. gestion de la douleur), les interventions de prévention primaire et secondaire (ex. dispositifs de redistribution de la pression et repositionnement) de même que les interventions systémiques pour favoriser la cicatrisation de la plaie (ex. support nutritionnel).

Tout comme les recommandations nationales pour la prévention des escarres de décubitus (voir rapport KCE 193)[g], il est essentiel de personnaliser le présent guideline en fonction des besoins spécifiques de l'organisation ou de l'environnement de soins. De plus, en raison du faible niveau de preuves, d'autres considérations doivent intervenir dans la prise de décisions.

Ce guideline doit être considéré par les organisations comme l'assise sur laquelle elles pourront élaborer leur propre politique globale ciblant chacun des soignants impliqués. Une telle politique comprend le développement de procédures et protocoles qui tiennent compte des caractéristiques locales. Les cliniciens et les établissements de santé devraient être informés des preuves scientifiques limitées sur lesquelles reposent la plupart des stratégies de traitement.

Les associations de soins de plaie (ex. CNC, WCS, AFISCeP) et les organisations scientifiques et professionnelles peuvent soutenir l'utilisation de ce guideline dans la pratique quotidienne en le diffusant via leurs sites Internet et leurs sessions de formation continue. Les établissements de santé pourraient aussi investir dans les équipes multidisciplinaires de soins de plaie, responsables d'apporter un soutien aux cliniciens et aux organisations dans la prise de décisions éclairées et qui pourrait s'engager dans des activités telles que : le développement d'un module sur les soins de plaie dans le dossier (électronique) du patient, l'organisation d'une formation continue multidisciplinaire, la consultation de soins de plaie au lit

---

g Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A national guideline for the prevention of pressure ulcers. Brussels: Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE reports 193C D/2013/10.273/97

du patient ou à distance (ex. avec support photographique), le suivi de l'impact des investissements sur les résultats des patients.

5.3. Besoins en études ultérieures

Des recherches ultérieures sont nécessaires, compte tenu du fossé qui se creuse entre l'importance de cette thématique et l'indigence en études cliniques méthodologiquement solides. Aussi, il est urgent de disposer d'essais cliniques contrôlés et randomisés, multicentriques, bien élaborés pour assurer une puissance statistique suffisante, en vue de comparer l'efficacité clinique de différentes options de traitement. La priorité doit être accordée aux études portant sur :

- l'efficacité clinique des matelas à pression variable 'de haute technologie' et les matelas 'de faible technologie' (tels que les différents types de matelas en mousse) ;
- l'efficacité clinique des différentes interventions nutritionnelles (type et contenu) sur la cicatrisation des escarres de décubitus ;
- l'efficacité clinique des pansements modernes et des produits d'application locale, comparés entre eux. Le pansement moderne/produit local qui serait l'objet de l'étude devrait être comparé à un comparateur cliniquement pertinent (ex. autre produit local ou pansement répondant aux mêmes indications) ;
- l'efficacité clinique de la thérapie par pression négative comparée aux pansements communément utilisés comme stratégie alternative à la thérapie par pression négative et pour lesquels il y a de bonnes preuves d'efficacité.

RECOMMANDATIONS POLITIQUES[h]

A l'attention des responsables du Health Research System :

- **Soutenir le développement de programmes de recherche sur l'efficacité des différentes options de traitement (par exemple, types de pansements, thérapie par pression négative) actuellement utilisées dans la pratique quotidienne pour traiter les escarres de décubitus.**

A l'attention du Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière et en concertation avec le Conseil National pour la Promotion de la Qualité :

- **Définir et mettre en œuvre des indicateurs de processus et de résultats basés sur le contenu du présent guideline. Ces indicateurs doivent être alignés sur les initiatives existantes en matière d'indicateurs pour les escarres.**

A l'attention du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement :

- **Décliner le présent guideline en procédures, protocoles, programmes d'éducation, etc. dans un format qui soit facile à utiliser dans la pratique quotidienne. Cette initiative doit être concrétisée en étroite collaboration avec les organisations professionnelles.**

A l'attention des professionnels responsables des changements de pratique dans les maisons de repos (et de soins), les hôpitaux et les autres environnements de soins :

- **Développer des programmes complets pour le traitement des escarres (par exemple les campagnes d'évaluation et de feedback, les infirmières référentes en soins de plaies, les comités multidisciplinaires de soins de plaie) à intégrer dans la politique globale de soins de plaie de l'organisation. Outre le personnel infirmier, cette approche multidisciplinaire devrait aussi impliquer les gériatres, les chirurgiens plasticiens et les dermatologues dans les hôpitaux, le Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC) dans les MRS/MRPA, le médecin généraliste pour les patients soignés à domicile.**

[h] Le KCE reste seul responsable des recommandations.