

Sous l'égide de
PERSE et de la SOFMER
Avec la SoFCPRE

Recommandations de Bonnes pratiques pour la Prise en charge médico-chirurgicale des escarres chez le patient neurologique lésé médullaire.

B.BARROIS ^{1, 2}

A.GELIS ^{1, 2}, **B.PERROUIN-VERBE** ², **X.DEBOISSEZON** ², **D.BENSMAIL** ²,
D.CASANOVA ³, **P.ROUSSEAU** ³, **D.COLIN** ¹

Les recommandations pour la pratique clinique

Méthodologie :

Conférence d'experts sous forme d'une table ronde, 1^o réunion au cours du congrès SOFMER en 2014

- > Questions retenues après la table ronde,
- + Recherche bibliographique,
- > Proposition de recommandations diffusées aux experts des 3 sociétés savantes,
- = Rédaction après avis des 3 sociétés savantes avec relecture par des experts différents

Les recommandations pour la pratique clinique

Rationnel :

- * variabilité des modalités de prise en charge et de l'organisation de soins,
- * recommandations de bonne pratique pour les phases pré, péri et post-opératoires.

**Objectif : Le bon traitement,
pour le bon patient,
au bon moment.**

- * 1- Wong JKF, Amin K, Dumville JC., Reconstructive surgery for treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12. Art. No.: CD012032.DOI: 10.1002/14651858.CD012032.pub2.
- * 2- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pressure ulcers: prevention and management. Clinical guideline [CG179]. April 2014. www.nice.org.uk
- * 3- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. October 2014. www.npuap.org
- * 4- Cushing CA, Phillips LD, Evidence Based Medecine - Pressure Sores, Plast Reconst Surg, 2013,132:1720.
- * 5- Sameem M, Au M, Wood T, Farrokhyar F, Mahoney J. A systematic review of complication and recurrence rates of musculocutaneous, fasciocutaneous, and perforator-based flaps for treatment of pressure sores. Plastic and reconstructive surgery 2012;130(1):67e-77e.
- * 6- [Kenneweg KA](#), [Welch MC](#), [Welch PJ.](#), A 9-year retrospective evaluation of 102 pressure ulcer reconstructions, J Wound Care. 2015 Apr;24(4):S12-4, S16-21.
- * 7- Keys KA1, Daniali LN, Warner KJ, Mathes DW. Multivariate predictors of failure after flap coverage of pressure ulcers. Plast Reconstr Surg. 2010 un;125(6):1725-34.
- * 8- Chou CL, Lee WR, Yeh CC, Shih CC, Chen TL, Liao CC, Adverse outcomes after major surgery in patients with pressure ulcer: a nationwide population-based retrospective cohort study, PLoS One. 2015 May 22;10(5):e0127731.
- * 9- Jósvay J, Klauber A, Both B, Kelemen PB, Varga ZZ, Pesthy PC, The operative treatment of pressure sores in the pelvic region: A 10-year period overview, J Spinal Cord Med. 2015 Jul;38(4):432-8.
- * 10- Larson DL, Hudak KA, Waring WP, Orr MR, Simonelic K, Protocol management of late-stage pressure ulcers: A 5-year retrospective study of 101 consecutive patients with 179 ulcers. Plast Reconstr Surg. 2012; 129:897–904.

Indication

L'indication chirurgicale est recommandée, lorsque le traitement médical de cicatrisation dirigée est devenu impossible, pour les localisations suivantes :

- une escarre pelvienne de stade III ou IV,
- dont une escarre ischiatique dès le stade III,
- ou une escarre rétro trochantérienne avec atteinte articulaire de la hanche,
- une escarre de stade III ou IV du pied localisée au 5^{ème} rayon.

Phase pré-opératoire

Il est recommandé d'évaluer et de prendre en charge les patients dans leur globalité pour porter l'indication opératoire, en procédant à l'analyse respective des bénéfices et des risques.

> L'analyse doit comporter plusieurs étapes.

Etape 1 : analyse multifactorielle pré-opératoire

- * Présence et importance des facteurs de risque d'escarres locaux, loco-régionaux et généraux
- * Réalisation d'un bilan éducatif : représentations de l'escarre, conséquences psychologiques et sociales, comportements de prévention.
- * Analyse de l'étiologie des escarres à traiter : *accidentelle ou récidive*
- * Existence ou non d'un contrat de soins (objectifs partagés) et évaluation de la compliance du patient au traitement proposé

Etape 2 : procédure clinique préopératoire recommandée

- * *Consultation multi-disciplinaire :*
 - médecins MPR-infectiologue, chirurgiens -ortho-uro-viscero
 - et paramédicaux (infirmiers, aide soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, -spécialiste du positionnement-, diététiciens, assistants des services sociaux et psychologues)
- * *évaluation des troubles thymiques et des troubles comportementaux associés*

Etape 3 : procédure para- clinique pré-opératoire recommandée

* *évaluation par Imagerie*

- * systématiquement des radiographies
- * PAS d'IRM systématique (si ostéite)
- * PAS TDM
- * PAS scinti leuco marqués

* *bilans biologiques*

- * inflammatoire, nutritionnel et glycémique,
- * PAS de prélèvement microbiologique

Etape 4 : procédure chirurgicale pré-opératoire

- * **définir précisément le type de chirurgie choisi**
 - un traitement simple avec lambeau musculo cutané
 - d'autres solutions chirurgicales plus complexes.
- * **informer** le patient de la technique, des suites et des complications possibles.

Phase opératoire

le type de chirurgie choisi détermine :

- * la durée de la procédure,
- * le saignement,
- * la procédure post opératoire immédiate,
- * les complications possibles à dépister au plus vite.

Phase post- opératoire

Il est recommandé :

- ❖ de prévoir l'installation de l'opéré :
 - tout opéré sur un matelas spécifique d'aide à la prévention d'escarres.
 - et de réserver l'installation sur un matelas curatif au patient opéré de chirurgie complexe
- ❖ d'organiser la mise en décharge totale post opératoire immédiate, en SSR (éventuellement en service de MPR) ou en HAD.
durée **au minimum** de 3 semaines, souvent prolongée 4 semaines voire plus...

Phase post- opératoire

- ❖ Il est recommandé :
 - ❖ de reprendre la station assise de façon progressive, en service de MPR avec l'équipe pluri professionnelle une fois la cicatrisation complète obtenue, pendant au moins 3 semaines selon le résultat de la surveillance quotidienne du lambeau,
 - ❖ de prolonger la surveillance du lambeau et d'autoriser la reprise de la station assise prolongée avec un encadrement pluri professionnel.

Phase post- opératoire

Il est recommandé d'organiser la surveillance ultérieure :

- * définir ses modalités ,
- * évaluer les capacités du patient à surveiller sa peau (seul ou avec l'aide d'un tiers) à domicile – repérage des signes d'alerte et de l'attitude à adopter,
- * organiser un suivi médical post-opératoire prolongé : qualité de la cicatrisation, adaptation de l'assise et la poursuite de l'éducation thérapeutique du patient (risque de récives dans les 18 premiers mois).

