

## **RÉSUMÉ DE L'ATELIER C-6 : ÉVALUATION ET TRAITEMENT DES ULCÈRES DE PRESSION CHEZ LES MALADES EN FIN DE VIE**

### **LES ULCÈRES DE PRESSION : UNE ENTRAVE AU CONFORT DES PERSONNES EN FIN DE VIE**

Les ulcères de pression sont des lésions circonscrites de la peau et des tissus sous-jacents, qui se développent, globalement, lorsque les tissus mous sont comprimés pour une période prolongée entre une proéminence osseuse et une surface externe (APES, 2002; OIIQ, 2007). Ces zones d'ischémie tissulaire présenteront une apparence et une gravité très variables selon les situations rencontrées. En effet, les lésions pourront aller d'un simple érythème à une perte tissulaire complète qui laissera exposés les os, les tendons et les muscles.

Les répercussions d'un ulcère de pression chez un malade en fin de vie sont fort nombreuses et non négligeables. La douleur, en particulier, apparaît dès le tout début du développement d'une telle plaie et constitue souvent un symptôme persistant. S'ajoutent fréquemment d'autres facteurs comme un écoulement, parfois abondant, ou une odeur nauséabonde qui témoignent habituellement de la présence d'une infection au site de la plaie. Ces symptômes physiques, les inquiétudes rattachées à l'apparition et à l'évolution de la lésion tout comme l'atteinte à l'intégrité corporelle sont autant d'éléments qui portent préjudice à la personne concernée et interfèrent ultimement avec sa qualité de vie.

### **UN SURVOL DE LA SITUATION EN SOINS PALLIATIFS**

Bien que les malades en soins palliatifs soient reconnus comme étant particulièrement à risque de développer des ulcères de pression, peu d'études se sont attardées à cette problématique dans un contexte de fin de vie (Chaplin, 2000; Galvin, 2002; McGill & Chaplin, 2002). Par conséquent, il s'avère difficile de donner un portrait juste de l'étendue de ce problème en soins palliatifs. Certains auteurs avancent une prévalence d'environ 10 à 12% (Brink, Fries Smith & Linkewich, 2006; Cunha et al., 2000) alors que d'autres parlent de pourcentages avoisinant les 37% (Hatcliffe & Dawe, 1996). Toutefois, notre expérience clinique au sein d'une maison de soins palliatifs «terminaux», soit la Maison Michel-Sarrazin (MMS), nous laisse hélas croire qu'une proportion encore plus grande de malades développe des ulcères de pression au fur et à mesure que la mort approche... Retenons donc qu'il s'agit d'un problème fréquent et récurrent auquel sont systématiquement confrontées les infirmières en soins palliatifs.

### **LA PERTINENCE D'UN PROTOCOLE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT**

Considérant, d'une part, la morbidité associée aux ulcères de pression et, d'autre part, la philosophie des soins palliatifs qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes malades, il apparaît vite essentiel pour le personnel infirmier en soins palliatifs de se doter d'outils qui permettront à la fois de mieux prévenir<sup>1</sup> l'apparition des ulcères de pression ou de faciliter le traitement des ulcères existants.

À cet effet, notamment, deux échelles de mesure d'évaluation des risques de développer des ulcères de pression ont été développées dans un contexte de soins palliatifs (Chaplin,

---

<sup>1</sup> Plusieurs écrits rappellent combien la prévention des ulcères de pression est, de loin, préférable au traitement curatif (Fletcher, 1996, Rutledge, Donaldson & Pravikoff, 2000).

2000; Hensch & Gustafsson, 2003). Bien que ces initiatives soient intéressantes, elles se sont néanmoins avérées de faible utilité dans un milieu de soins comme celui de la MMS puisqu'une forte majorité des malades, voire la totalité, y présente *volens nolens* un haut risque de développer des ulcères de pression. Dans un tel contexte, les échelles d'évaluation des risques ne peuvent remplir leur rôle « discriminant ». Le même constat émerge devant l'utilisation d'un protocole comme celui de Walding & Andrews (1995) qui intègre l'échelle de Waterlow (1985).

Par conséquent, devant ces constats, le comité de soins de la MMS a décidé de procéder à l'élaboration de son propre protocole d'évaluation et de traitement des ulcères de pression, en harmonie avec les caractéristiques propres aux malades qui viennent y séjourner. Le protocole est divisé en trois sections : la prévention, l'évaluation puis le traitement des ulcères et ses objectifs se veulent en accord avec la philosophie des soins palliatifs.

## **OBJECTIFS VISÉS PAR LE PROTOCOLE DE LA MMS**

### **Objectifs généraux**

- Respecter la dignité des malades et leur droit de choisir.
- Assurer le confort des malades.
- Prévenir les ulcères lorsque la peau est intacte.
- Prévenir/retarder la détérioration des lésions existantes.
- Favoriser la guérison si cela est possible.

### **Objectifs spécifiques**

- Identifier les causes.
- Atténuer pression/friction/humidité/cisaillement.
- Nettoyer l'ulcère de pression.
- Maintenir l'humidité de l'ulcère.
- Absorber le surplus d'exsudat.
- Protéger la peau saine.
- Contrôler la douleur.

## **L'INSTRUMENT DE LA MMS EN TROIS VOLETS**

### **Premier volet :prévention**

Avant que l'ulcère ne se développe, certaines mesures peuvent être privilégiées :

- Connaître les sites prédisposés et assurer une surveillance;
- Maintenir l'intégrité de la peau : la garder propre et sèche;
- Réduire la pression, la friction et le cisaillement :
  - Changer les positions régulièrement;
  - Éviter de maintenir la tête du lit surélevée inutilement;
  - Au besoin, se servir d'outils comme le piqué et le lève personne pour repositionner;
- Utiliser un coussin/surface approprié(e) au lit comme au fauteuil.;
- À éviter...
  - Matelas et coussins « coquilles d'œuf »;
  - Massage de l'ulcère de stade 1;
  - Coussins « beignes ».

### Deuxième volet : évaluation

Lorsqu'un ulcère apparaît, l'évaluation sera effectuée et supportée par une grille d'évaluation insérée au dossier du malade. Cette étape débutera par la classification de l'ulcère selon les stades suivants établis par le *National Pressure Advisory Panel* (NUAP) :

#### **Stade I**

- Rougeur.
- Peau intacte.
- Saillie osseuse.
- Ne disparaît pas après 30 minutes  
Sans pression

#### **Stade II**

- Perte tissulaire partielle (épiderme, derme).
- Abrasion, phlyctène
- Douleur possible

#### **Stade III**

- Perte totale de la peau.
- Lésion ou nécrose.
- Peut être infecté ou non.

#### **Stade IV**

- Perte tissulaire atteignant le muscle, l'os et les structures de soutien.
- Cratère profond pouvant avoir des ramifications (sinus).

#### **Stade X**

- Escarre noire.
- Lit de l'ulcère non visible.

L'évaluation sera ensuite complétée par des observations complémentaires comme : les dimensions de l'ulcère, la quantité et la nature de l'écoulement, l'odeur, etc.

### Troisième volet : traitement

- Le choix du traitement se fera en concordance avec les résultats de l'évaluation précédemment faite.
- L'éventail de produits offerts, dans le cadre du protocole, est plutôt restreint afin de faciliter les choix de traitements.
- La gamme de produits retenus témoigne d'un souci d'efficacité dans l'atteinte des objectifs et d'un bon rapport qualité/prix.

- Hydrocolloïdes : Duoderm<sup>MD</sup> (mince & CGF)
- Pansements mousse : Mépiléx<sup>MD</sup>, Mépiléx lite<sup>md</sup> & Mépiléx Border<sup>MD</sup>
- Hydrofibres : Aquacell<sup>MD</sup>
- Pansements transparents : Opsite<sup>MD</sup>
- Écrans protecteurs : Proshield<sup>MD</sup>
- Hydrogels : Gel Intrasite<sup>MD</sup>
- Pansements au charbon : Actisorb silver<sup>MD</sup>
- Pansements de gaze : Nugauze<sup>MD</sup>
- Bordures : Mépítac<sup>MD</sup>, Micropore<sup>MD</sup>, Opsite<sup>MD</sup>

### **UN REGARD VERS DES HORIZONS PLUS LARGES...**

Indéniablement, le protocole de la MMS a servi à améliorer l'évaluation et le suivi des ulcères de pression par le personnel infirmier. Du travail reste cependant à faire pour bonifier encore davantage notre processus, notamment en regard de la grille d'évaluation insérée au dossier qui nécessiterait de passer par une épreuve de validation rigoureuse. Des démarches sont entreprises à cet effet.

## RÉFÉRENCES :

- A.C.S.P. (2002). Modèle de guide des soins palliatifs. Ottawa : Association canadienne de soins palliatifs. Disponible le 5 mars 2008 à l'adresse suivante : <http://www.acsp.net/lemarche/normes/II.pdf>
- A.P.E.S. (2002). Guide pratique des soins palliatifs. (3<sup>ème</sup> édition). Montréal, Québec : A.P.E.S.
- Brink, P., Fries Smith, T. & Linkewich, B. (2006). Factors Associated with Pressure Ulcers in Palliative Home Care. Journal of Palliative Medicine, 9 (6), 1369-1375.
- Chaplin, J. (2000). Pressure Sore Risk Assessment in Palliative Care. Journal of Tissue Viability, 10, (1), 27-31.
- Cunha, D.F. da, Boggio Frota, R., Silva Arruda, M., de Carvalho da Cunha, SF., & Antunes Teixeira, PA. (2000). Pressures Sores Among Malnourished Necropsied Adults- Preliminary Data. Revista do Hospital das Clínicas. 55 (3), 79-82.
- Fletcher, J. (1996). The Principles of Pressure Sore Prevention. Nursing Standard, 10, (39), 47-53.
- Galvin, J. (2002). An Audit of Pressure Ulcer Incidence in a Palliative Care Setting. International Journal of Palliative Nursing, 8, (5), 214-216-218-221.
- Hatcliffe, S. & Dawe, R. (1996). Monitoring Pressure Sores in a Palliative Care Setting. International Journal of Palliative Nursing, 2, (4), 182-, 184-186.
- Henoch, I.& Gustaffson, M. (2003). Pressure Ulcers in Palliative Care: Development of a Hospice Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. International Journal of Palliative Nursing, 9, (11), 474-484.
- McGill, M. & Chaplin, J.(2002). Pressure Ulcer Prevention in Palliative Care 1 : Results of a UK Survey. International Journal of Palliative Nursing, 8, (3), 110, 112, 114., 116-119.
- O.I.I.Q. (2007). Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. (1992). Pressure Ulcers in Adults : Prediction and Prevention. Rockville MD. Agency for Health Care Policy & Research. 92-0047.
- Rutledge, D.N.; Donaldson, N.E.; & Pravikoff, D.S. (2000). Protection of Skin Integrity : Progress in Pressure Ulcer Since the AHCPR 1992 Guideline. The Online Journal of Clinical Innovation, 3, (5), 1-67.
- Walding, M. & Andrews, C. (1995) Preventing and Managing Pressure Sores in Palliative Care. Professional Nurse, 11 (1), 33-38.
- Waterlow, J. (1985). A Risk Assessment Card. Nursing Times, 27, (81), 48-55.