

# L'ESCARRE AU TALON

## Données probantes concernant le débridement.

PAR **DIANE ST-CYR**, INF., STOMOTHÉRAPEUTE, B.SC., M.ÉD.

Le plan de traitement d'une plaie est établi à partir d'une évaluation clinique. Il peut comprendre différentes méthodes de débridement des tissus dévitalisés. Il y a toutefois des situations où le débridement est contre-indiqué parce qu'il peut aggraver l'état de la plaie et provoquer de graves complications, telle une ostéomyélite ou même l'amputation d'un membre inférieur.

En se basant sur des données probantes, le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ont d'ailleurs émis des recommandations à ce sujet.

### NPUAP

Ainsi, la classification des plaies de pression publiée en 2007 par le NPUAP, qui définit les plaies de pression de stade indéterminé, a publié une mise en garde concernant le débridement des escarres aux talons.

Le NPUAP donne la définition suivante de *stade indéterminé* : «Perte tissulaire complète dont la base est recouverte de tissus nécrotiques humides (jaunes, beiges, gris, verts ou bruns) ou d'une escarre (beige, brune ou noire) dans le lit de la plaie. Description additionnelle : La vraie profondeur de la plaie, donc le stade ne peut être déterminé tant que les tissus nécrotiques humides ou

### SOINS LOCAUX D'UNE PLAIE SANS POTENTIEL DE CICATRISATION :

- > Désinfection quotidienne avec solution de Providone<sup>MD</sup> 10 % ou de chlorexidine 0,5 %.
- > Bien assécher.
- > Couvrir d'un pansement sec protecteur.



inf OIIQ



Moi, je m'@bonne  
au bulletin électronique de l'Ordre.

À LIRE!

pour tout savoir sur  
les nouvelles de l'heure...

[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org)

Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



Figure 1 &gt; Escarre stable



Figure 2 &gt; Escarre molle partiellement ouverte

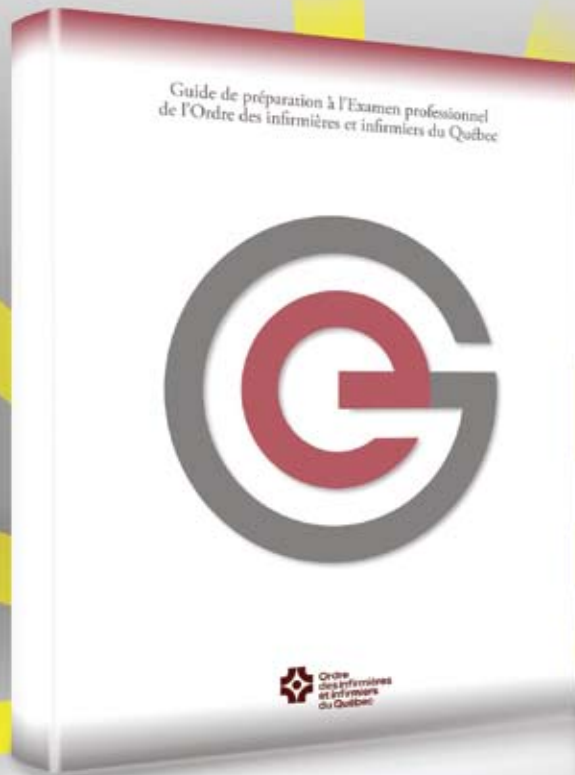
l'escarre ne sont pas suffisamment débridés pour permettre de visualiser la base de la plaie. Une escarre stable sur les talons (sèche, adhérente, intacte sans érythème ni fluctuation liquidienne) constitue une couche de protection naturelle (biologique) et ne devrait pas être enlevée. » (Voir figure 1)

Par contre, l'escarre de la figure 2 peut être débridée. En effet, on observe qu'elle est partiellement ouverte et molle, que le tissu nécrotique est complètement mobile lorsqu'il est manipulé, que de l'exsudat suinte sous l'escarre et qu'il y a du tissu de granulation sur les rebords de la plaie.

### Faut-il ou non débrider ?

### RNAO

Dans son document révisé en 2007 portant sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers pour l'évaluation et le traitement des lésions de pression de stade I à IV, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario énonce aussi des recommandations particulières quant au débridement des plaies de pression situées sur les membres inférieurs ; ces recommandations tiennent compte de l'état de santé général du client et de l'état vasculaire du membre inférieur. La recommandation 3.2a se lit comme suit : « Des ulcères ou des plaies



Guide de préparation à l'Examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

## NOUVELLE ÉDITION

Ce guide tient compte du champ d'exercice actuel de l'infirmière, y compris du plan thérapeutique infirmier, ainsi que des principales difficultés éprouvées par les candidates à l'examen.

49<sup>99</sup>\$

COMMANDEZ MAINTENANT  
Disponible à partir  
du 26 avril 2010

sur les membres inférieurs avec une escarre sèche chez des patients en phase palliative, ne requièrent pas d'être débridés s'il n'y a pas d'œdème, d'érythème, de fluctuation liquidienne ou de drainage. Évaluer ces plaies quotidiennement pour surveiller la présence de complication qui exigerait de les débrider. »

La recommandation 3.2b stipule : « Avant de débrider des ulcères sur les membres inférieurs, faire une évaluation vasculaire complète (p. ex. : évaluation clinique, pouls pédieux palpables, remplissage capillaire, indice de pression systolique cheville bras et pression de l'orteil) afin d'écartier la présence d'une atteinte vasculaire. »

Selon l'article 36.7 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, les infirmières peuvent déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent (L.R.Q., c. I-8).

Finalement la recommandation 3.2c consiste à : « Déterminer si le débridement est approprié pour le patient et la plaie ».

Le panel d'experts met l'accent sur la prudence avant de sélectionner le débridement comme une intervention appropriée étant donné les risques et le maintien de la sécurité des patients liés au débridement. Les situations cliniques où un débridement n'est pas approprié comprennent des plaies sur un membre ou un orteil

ischémique lorsque l'amputation n'est pas possible ; ces plaies n'ont alors pas de potentiel de cicatrisation. Dans ces cas, il est recommandé de garder le tissu nécrotique le plus sec possible afin de prévenir l'odeur et l'infection. L'escarre procure une barrière à la contamination externe pour les plaies, incurables. Il n'est pas nécessaire d'enlever l'escarre de certaines plaies, telles de petites zones sur les talons et les orteils (AHCP, 1994).

La RNAO recommande alors pour le soin local des plaies sans potentiel de cicatrisation d'appliquer quotidiennement une solution de Provioline<sup>MD</sup> 10 % ou de chlorhexidine 0,5 % pour désinfecter l'ulcère et l'assécher complètement car l'humidité favorise l'augmentation de la charge microbienne. La plaie peut être couverte d'un pansement sec protecteur. ■

#### RÉFÉRENCES :

Agency for Health Care Policy and Research (1994). *Treatment of Pressure Ulcers*, AHCP, coll. « Clinical Practice Guideline », Rockville (MD), déc. 1994, n° 15.

Doughty, D.B. et R. Holbrook. « Lower-extremity ulcers of vascular etiology », in R.A. Bryant et D.P. Nix (ss. la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts*, 3<sup>e</sup> éd., St. Louis, Mosby Elsevier, 2007, p. 258-306.

Loi sur les infirmières et infirmiers [ L.i.i. ], L.R.Q. c. 1-8, art. 36, al. 2(7) L.Q. 2002, c. 33, art. 12.

Ordre des infirmières et infirmières du Québec (OIQ). *Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier. De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIQ, 2007, 486 p.

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Assessment & Management of Stage I to IV Pressure Ulcers (Rev.)*, coll. « Nursing Best Practice Guideline », RNAO, Toronto, 2007.