Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 75 (1966)
Heft: 2

Artikel: De la prévention des escarres de décubitus
Autor: Golaz, Paulette
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-682783

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

De la prévention des escarres de décubitus

Paulette Golaz, infirmière

Qu'est-ce qu'une escarre?

L'escarre est, selon Larousse: « une croûte noirâtre qui se forme sur la peau, les plaies, etc., et résulte de la mortification d'un tissu ».

Du point de vue du nursing, cette définition n'est point satisfaisante, l'escarre existant en fait avant l'apparition de la plaque noirâtre. Retenons donc qu'il s'agit d'un bloc de tissu dévitalisé. Si le risque d'escarre menace tout malade alité pour une période prolongée, il concerne également les patients chroniques, les vieillards hospitalisés dans les établissements médico-sociaux.

Aussi nous paraît-il opportun, à l'heure où les soins à donner aux pensionnaires de ces institutions prennent une importance de plus en plus grande, de consacrer quelques colonnes au problème des escarres de décubitus, problème que toute personne ayant à soigner un malade à domicile devrait connaître aussi.

La «Revue suisse des infirmières» nous a aimablement autorisés à reproduire l'article dû à la plume de Mlle Paulette Golaz, infirmière diplômée, qu'elle a publié à ce sujet dans son numéro 3 de mars 1965, sous le titre « L'escarre de décubitus et son traitement prophylactique » dont nous reprenons ci-dessous de très larges extraits. La rédaction

La formation des escarres

Pour bien comprendre le mécanisme de développement d'une escarre, il faut connaître les conditions de décubitus normal, d'une part, les conditions dans lesquelles il existe un risque d'escarre, de l'autre.

Les conditions de décubitus normal:

L'immobilité complète du corps sur un plan dur entraîne plus ou moins rapidement une sensation d'inconfort. Cette dernière est due à la compression des terminaisons nerveuses et à une diminution de la vascularisation.

Normalement le corps réagit automatiquement en changeant de position. Ainsi, lorsque nous sommes assis sur une chaise dure, nous changeons constamment de position sans nous en rendre compte, dès que nous percevons un sentiment d'inconfort. Pendant le sommeil, la sensation d'inconfort est retardée mais non abolie. Même couchés sur le plus confortable des matelas, nous nous retournons.

Ces mouvements spontanés de sauvegarde trophique permettent aux tissus de revêtement de « *souffler* » entre deux phases de compression.

Si la position reste inchangée encore un certain temps, on peut observer une rougeur et un pli cutané. Ces deux signes témoignent d'une gêne circulatoire.

Les conditions dans lesquelles il existe un risque d'escarre:

Les conditions de décubitus normal étant constatées, il est aisé de comprendre dans quelles conditions il y a risque d'escarre.

Le Dr Vilain dit que « *le risque d'escarre commence là où finissent les mouvements de sauvegarde trophique* » c'est-à-dire:

a) lorsqu'il y a forte diminution ou suppression de la motilité le malade n'a plus la possibilité de réagir à la sensation d'inconfort, soit par atteinte directe: paraplégie, hémiplégie, etc., soit par atteinte indirecte: fracture du col du fémur par exemple, où la douleur empêche tout mouvement;

b) lorsqu'il y a diminution ou suppression de la sensibilité, le malade ne perçoit plus la sensation d'inconfort; maladies neurologiques entraînant des perturbations de la sensibilité; états de torpeur, de coma; narcoses.

*

A côté de ces facteurs nécessaires, il existe encore des facteurs favorisants, qui sont: la chute du tonus musculaire, une gêne circulatoire générale, l'obésité.

La chute du tonus musculaire tout d'abord:

Normalement un muscle est en état de tonus constant, ce qui maintient une bonne irrigation sanguine. Dans certains comas ou paralysies, le tonus musculaire est fortement diminué, voire même aboli. L'irrigation sanguine est alors très diminuée. De plus, l'écrasement des tissus est plus traumatisant lorsque le muscle a perdu son tonus.

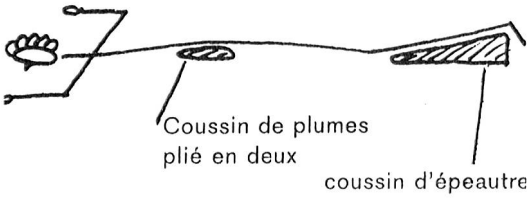
Une gêne circulatoire générale provient d'une circulation ralentie et les tissus comprimés accusent plus rapidement les effets du traumatisme.

Quant à l'obésité, elle provoque malgré l'augmentation de la surface portante, une compression plus forte et une circulation souvent plus mauvaise que chez un sujet de morphologie normale. De plus, la graisse se dévitalise très vite et sur une large surface.

Ces risques étant présents et si l'infirmière n'intervient pas par une action prophylactique, l'escarre fait son apparition. Elle sera localisée au niveau d'une saillie osseuse ou d'un point d'appui (sacrum, fesses, grands trochanters, ischions, omoplates, vertèbres, occiput, talons, genoux, coudes).

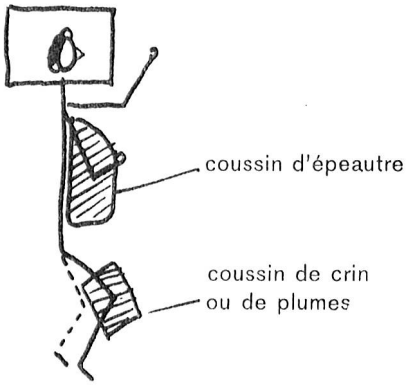
Pour pratiquer le massage trophique, l'on installera le malade en décubitus central si son état le permet.

▼



Ou en décubitus latéral, en ayant soin de placer un coussin d'épeautre devant lui afin de le retenir, l'installation devant favoriser la détente musculaire.

▶



La formation de l'escarre:

Le mécanisme de développement peut être explosif ou progressif.

Au 1er stade, il y aura rougeur et œdème. Au début, la compression entraîne un traumatisme des vaisseaux du derme. Il s'agit d'une thrombose veineuse qui se traduit par un œdème et une rougeur.

Au 2e stade, apparaîtra la nécrose. On observe alors une plaque de gangrène noirâtre. La thrombose s'est aggravée, entraînant un véritable infarctus. La graisse est alors dévitalisée.

Au 3e stade enfin, ce sera la plaie ouverte. Souvent cette plaque noirâtre se fissure à son pourtour, puis tombe. La plaie est alors « ouverte » et laisse apparaître une cavité formée par le reste de la graisse sous-cutanée en voie de fonte. Quelques semaines après, les aponévroses, les ligaments, puis finalement l'os apparaissent.

Le traitement prophylactique de l'escarre de décubitus

Il s'agit d'évaluer les risques d'escarre d'un malade dès son entrée à l'hôpital. Ceux-ci constatés, la mise en route des moyens prophylactiques doit se faire immédiatement. Attendre le premier signe d'alarme peut être catastrophique. Les moyens prophylactiques sont simples, mais leur application exige beaucoup de persévérance de la part de l'infirmière. Il serait en revanche parfaitement inutile d'entreprendre un tel traitement chez un malade qui peut se mouvoir dans son lit, qui se lève.

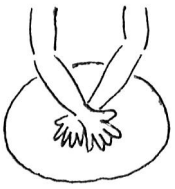
Ces moyens, quels sont-ils?

Le massage trophique tout d'abord, qui à lui seul permet de prévenir 80 % des escarres, c'est-à-dire le massage permettant une bonne nutrition des tissus et qui comprend, en profondeur le pétrissage des couches profondes, ayant pour but d'activer la circulation profonde, et la friction superficielle devant activer la circulation superficielle.

Puis la mobilisation, l'usage d'un matelas pneumatique, les changements de position, une alimentation adaptée.

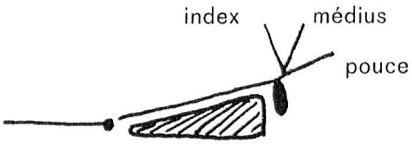
Comment pratiquer le massage?

Le massage profond: Procéder à une toilette locale si elle n'a pas eu lieu récemment; après la toilette, savonner (sans trop mouiller) la région à masser, puis sécher en tamponnant; si la peau est délicate, utiliser un savon acide; dessiner mentalement un schéma de la région à masser; appliquer la paume d'une main sur la région à masser. La paume de l'autre main s'applique sur la main qui masse afin d'augmenter la force de pression (la main ne se déplace pas, elle déplace les tissus); l'amplitude et la force du massage sont proportionnés à la résistance tissulaire du patient; le massage doit durer en moyenne 15 minutes, mais cette durée est à diminuer ou à augmenter selon le degré de résistance du malade; il est à répéter aussi souvent que l'état du malade le nécessite. Minimum: deux fois par jour. Parfois toutes les deux heures.



La main ne se déplace pas, elle déplace les tissus.

Pour les surfaces arrondies, utiliser l'index, le médius et le pouce, suivant le même schéma.



Pour les surfaces arrondies telle que le talon, l'on utilisera l'index, le médius et le pouce à la place de la paume de la main, en suivant le même schéma.

Le massage superficiel: Ce dernier doit suivre le massage profond, afin de compléter son action. Le malade reste dans la même position. Faire le poing en plaçant le pouce à l'intérieur, puis frotter la peau de la région en question jusqu'à ce qu'elle soit chaude.

La mobilisation: des exercices de mobilisation active ou passive compléteront le massage, une fois celui-ci terminé.

Le matelas pneumatique: ou matelas alternating, est un matelas « actif » dont les mouvements réguliers vont déplacer les points d'appuis.

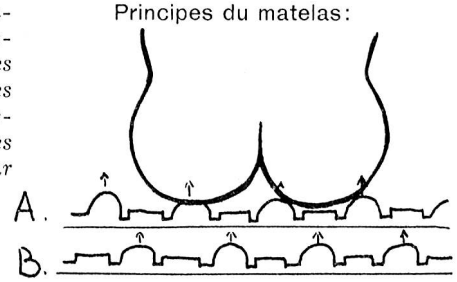
Les changements de position: pour un malade couché, il existe cinq positions théoriquement utilisables, soit: le décubitus dorsal, le décubitus ventral, le décubitus latéral (= 2) et la position assise.

Dans chacune de ces positions, les points d'appuis sont différents. Le changement fréquent de position permet d'éviter une compression ischémiante.

De ces cinq positions, ce sont le décubitus dorsal et ventral qui présentent le moins de danger: sur le dos parce que c'est au niveau du siège que le massage est le plus efficace; sur le ventre car le poids du corps est réparti sur une large surface.

Le matelas pneumatique est composé de neuf paires de tubes en plastique synthétique. Les neuf tubes pairs sont en pression (A) lorsque les neuf tubes impairs sont en dépression (B) et vice versa. Ceci toutes les quatre minutes, grâce à un moteur auquel le matelas est relié.

Principes du matelas:



C'est en position assise et en décubitus latéral que les risques sont les plus importants. Chez le malade qui n'est pas couché sur un matelas pneumatique, la position doit être modifiée toutes les deux heures.

Une alimentation adaptée: une alimentation riche en protéines et une hydratation suffisante contribuent à prévenir l'apparition d'escarres et favorisent leur guérison. Les rations sont à déterminer par le médecin et la diététicienne.

*

Aucun de ces moyens ne suffit à lui tout seul à prévenir les escarres. Pour être efficaces, ils doivent être associés judicieusement.

Les traitements soi-disant prophylactiques qu'il faut bannir:

Il vaut la peine d'en parler car ils sont encore très ancrés dans les coutumes hospitalières. Quels sont-ils?

Le rond de caoutchouc (torche):

Ce coussin annulaire a un effet antalgique chez certains malades, le point d'appui étant déplacé.

Placer un rond de caoutchouc à un malade présentant des risques d'escarres (circulation locale diminuée) équivaut au fait de placer un garrot au niveau d'un membre. Le peu d'apport sanguin persistant est alors stoppé.

Les applications médicamenteuses:

Le mercurochrome: est un antiseptique. Par conséquent son rôle est de désinfecter une plaie (= rupture, trouée). Alors pourquoi en mettre sur une plaque noirâtre alors que l'épiderme n'est pas encore clivé? L'application de ce colorant rouge sur une plaque de gangrène alors que l'épiderme est intact est inutile; plus même, c'est une erreur professionnelle, car il empêche d'observer la coloration des téguments. L'avantage est qu'il camoufle les dégâts et qu'il soulage la conscience de l'infirmière. Il faut donc réserver l'usage du mercurochrome à l'épiderme clivé.

Les pommades « cicatrisantes »: souvent à base de vitamines, d'hormones, d'huile de foie de morue. Elles peuvent être utiles pour améliorer l'état de la peau, mais elles ne servent pas à prévenir les escarres. Si leur usage est une nécessité, on les appliquera après le massage. Appliquée avant, une pommade empêcherait le massage, la main ne pouvant pas adhérer. D'autre part, la circulation étant activée, sa résorption est meilleure.

Le talc: après un massage, les pores de la peau sont dilatés. L'application de talc ne ferait que les obstruer.

*

En conclusion, retenons que la prophylaxie des escarres consiste à savoir évaluer les risques, rechercher systématiquement les premiers signes d'alarme comme on mesure la température d'un malade, mettre en œuvre les moyens de prévention à temps.

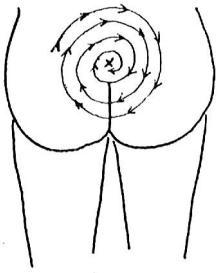
Retenons aussi que — hélas — 80 % des escarres sont dues à de mauvais soins, ou, plus exactement à un manque de soins!

*

Des tirés-à-part de l'article original de Mlle Paulette Golaz, paru dans le numéro de mars 1965 de la *Revue suisse des infirmières* peuvent être obtenus au prix de Fr. 1.— par exemplaire à l'adresse de son auteur: 15, avenue Victor-Ruffy, 1012 Lausanne.

Joindre en timbres-poste le montant des commandes et des frais de port.

Ex.: région sacrée



Ex.: région des fesses

Ce massage s'exécute de façon circulaire

Le massage trophique s'exécute de façon circulaire, en appliquant la paume d'une main sur la région à masser, la paume de l'autre main s'appuyant sur la main qui masse afin d'augmenter la force de pression.