Prise en charge des escarres dans le service de chirurgie de l'Institution nationale des Invalides

A. Bouix, M. Debacker

Résumé

L'Institution nationale des Invalides (INI) a pour vocation de prendre en charge les combattants blessés et parmi eux, un nombre important de traumatisés médullaires. À la fin de la première guerre mondiale, en 1917, l'INI a créé une structure pionnière dans la prise en charge de ces blessés en regroupant de multiples spécialités. Les spécialités chirurgicales étaient à la fois orthopédiques, viscérales, urologiques… Sous la pression des tutelles, l'institution a dû redéfinir les limites de son service de chirurgie en recentrant son activité sur le traitement des escarres avec une prise en charge multidisciplinaire de cette pathologie invalidante, complexe et parfois à risque vital. L'INI a donc décidé de relancer son activité chirurgicale par un projet médical de traitement et prévention des escarres des blessés médullaires, des patients neurologiques non traumatiques ou des patients graves de réanimation. Une équipe pluridisciplinaire s'emploie quotidiennement à améliorer la prise en charge de cette pathologie lourde sur le plan médical et socioprofessionnel.

Mots-clés : Chirurgie. Escarre. Lambeaux. Neurologique.

Abstract
MANAGEMENT OF PRESSURE ULCERS IN SURGICAL UNIT OF THE *INSTITUTION NATIONALE DES INVALIES*.

The *Institution Nationale des Invalides* (INI) provides medical care for injured soldiers and among them, an important number of spinal cord trauma patients. Historically at the end of the First World War, the INI created a pioneer structure designed to support these patients. It included many medical specialties: orthopedic, visceral and urologic specialties, among others (see Professor Jean Camus' Conference in Paris: *War Injuries on the Nervous System*, 1917). The Institution had to redefine the scope of its department of surgery by focusing its activity on the treatment of pressure sores with a global approach of this disabling, complex and sometimes life-threatening pathology. Therefore the INI gave its surgical activities new strength with a medical project concerning the treatment and prevention of pressure sores for non traumatic neurologic patients, patients with spinal injuries, as well as seriously injured patients in recovery units. A multidisciplinary team is involved and continuously improves the treatment of this heavy pathology from both a medical and a socio-professional aspect.

Keywords: Neurological. Pressure sore. Skin flaps. Surgery.

Introduction

Le service de chirurgie de l'Institution nationale des Invalides (INI) a, depuis 2010, recentré son activité sur la chirurgie d'escarre. Le risque d'escarre est élevé chez les blessés médullaires puisque l'on estime que 50 à 80 % d'entre eux en développeront au moins une dans leur vie, avec un risque d'autant plus important que la lésion médullaire est complète et haut située (1).

Chez le sujet valide assis ou couché, la pression exercée sur les points de contact entraîne une sensation d'inconfort, à l'origine de changements de position semi-automatiques, y compris pendant le sommeil. Lorsque la sensibilité et la mobilité sont abolies ou diminuées, ces mouvements subconscients ne sont pas déclenchés, entraînant ainsi la survenue d'escarres.

Les mécanismes de constitution peuvent être mécaniques, (la pression directe exercée sur les tissus mous, le cisaillement, la macération par les urines ou les selles) et/ou liés au terrain (âge, pathologie neurologique, vasculaire).

Deux ans après la réouverture du service, il est apparu opportun de dresser le bilan d'activité du service de chirurgie de l'INI en matière de prise en charge des escarres.

A. BOUIX, médecin en chef, praticien confirmé, M. DEBACKER, médecin.
Correspondance : Médecin en chef A. BOUIX, Service de chirurgie, Institution nationale des Invalides, 6 boulevard des Invalides – 75700 Paris 07 SP.
E-mail : anne.bouix@invalides.fr

Population prise en charge

De janvier 2011 à septembre 2012, 273 patients ont été pris en charge pour des escarres à l'INI dont 66 % d'hommes et 34 % de femmes. L'âge moyen était de 51 ans et on retrouvait parmi les patients 70 % de paraplégie, 20 % de tétraplégie, 5 % d'hémiplégie et seulement 5 % de patients sans déficit moteur (marchant).

Un traumatisme était responsable du déficit dans 73 % des cas, les 27 % restants relevant d'une d'origine médicale : spina Bifida, sclérose en plaques, escarres de réanimation, maladies inflammatoires.

Un tiers des patients venait de Paris et proche banlieue, un tiers de la grande couronne et un tiers de province ou de l'étranger (2).

Le parcours de soins des patients

La base de la décision stratégique pour la prise en charge du patient est la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), organisée lors d'un passage en Hôpital de jour (HDJ) pendant lequel il est appréhendé dans sa globalité. Cette RCP permet un dialogue entre toutes les spécialistes impliquées dans la prise en charge : chirurgiens spécialisés, anesthésiste-réanimateur, médecin généraliste, infectiologue, médecin de rééducation, ergothérapeute, diététicienne et psychologue. La décision stratégique est en outre partagée par le service social, ce qui est fondamental pour adapter le circuit de soins de ces patients chroniques lourds. L'hôpital de jour a été ouvert en septembre 2011 et permet l'évaluation des patients adressés par d'autres services ou par des médecins traitants, qu'ils viennent de Paris-Ile-de-France ou de Province.

Le rôle du chirurgien

Il évalue l'escarre et juge de la nécessité d'une intervention en se basant sur le mode de survenue et le type de lésion anatomique.

Le mode de survenue :

- *L'escarre du patient neurologique*

Chez le patient neurologique, l'escarre peut survenir dans trois circonstances :

- Après l'accident, avant la rééducation. C'est l'escarre aigue post-traumatique (escarre de réanimation).
- Lors d'une hospitalisation dans un service n'ayant pas l'habitude du nursing de ce type de patient, alors que, habituellement, le malade handicapé se prend bien en charge. C'est l'escarre accidentelle qui survient très rapidement au cours de l'hospitalisation.

Dans ces deux catégories, l'indication chirurgicale est posée.

- Chez un patient qui se prend mal en charge. C'est l'escarre du récidiviste. L'indication chirurgicale est en principe retenue, mais l'intervention peut être rendue difficile par l'état local (3) (fig. 1).

- *L'escarre « accident »*

Elle est liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience. Elle survient chez des malades sans pathologie prédisposante, qui ont une autonomie normale et sont censés à terme la retrouver. Il s'agit fréquemment d'escarre de réanimation dont les sièges de prédilection sont le sacrum et les talons. On intervient chirurgicalement si la pathologie causale n'est plus au premier plan et si la perte de substance est trop importante pour qu'une cicatrisation spontanée soit possible.



Figure 1. Patient multirécidiviste ayant déjà eu une désarticulation de hanche gauche.

- *L'escarre du patient âgé grabataire*

Les localisations peuvent être multiples, le pronostic vital peut être en jeu. L'indication chirurgicale est rare. Elle est posée dans le but de soulager le malade, de simplifier les pansements, et de préserver la dignité du patient. En dehors de ces indications, le traitement reste médical.

Le type de lésion anatomique (4) :

- Devant une lésion de type 1, qui associe une nécrose cutanée et sous cutanée, l'excision est nécessaire, soit au lit, soit au bloc opératoire si la surface à exciser est importante. Un geste de couverture cutanée ou fascio-cutanée est nécessaire.
- Une lésion de type 2, qui comporte une : nécrose cutanée avec décollement sous-jacent peut correspondre à une escarre à peau conservée. Dans ce cas, c'est uniquement à la palpation que l'on perçoit une collection fluctuante par décollement de la bourse séreuse en avant d'un trochanter ou d'un ischion. Le traitement est chirurgical et consiste à réséquer toute la bourse ainsi que les tissus infectés. La perte de substance est profonde et impose une couverture par un lambeau musculo-cutané. Certains ont proposé une sclérothérapie par injection d'éthanol pur (5).
- La lésion de type 3, correspond à une nécrose musculo-aponévrotique et le traitement est toujours chirurgical car la perte de substance est profonde et large, Il faut faire des lambeaux musculo- cutanés épais et larges.

• La lésion de type 4, correspond à une arthrite de la hanche qui survient par contiguïté, au contact d'une escarre trochantérienne ou ischiatique : elle est souvent difficile à diagnostiquer et impose la résection de hanche, représentant ainsi un tournant dans la vie du paraplégique

• La lésion de type 5, signe l'atteinte des organes profonds : urètre, rectum, voire artère fémorale. C'est le stade ultime de l'évolution de l'escarre récidivée. Il faut exciser, couvrir par un lambeau mais aussi dériver (urines et selles).

Quand il s'agit d'une récidive d'escarres, le chirurgien participe à l'analyse des causes en évoquant, soit une chirurgie incomplète, soit une chirurgie excessive (ischiectomie). Les attitudes vicieuses (rétractions, spasticité) présentes chez le patient peuvent également être responsables de récidive. Il peut être amené à poser l'indication difficile d'une dérivation digestive première, en cas d'ulcérations confluentes du siège, d'ulcérations impliquant la marge anale ou en cas de troubles du transit incontrôlables.

La dérivation urinaire peut être proposée afin d'éviter la macération liée aux fuites urinaires, et est réalisée en cas de plaie urétrale. On pratique dans ce cas une dérivation urétéro-iléale avec cystectomie (Intervention de Bricker).

Le rôle des autres intervenants

L'anesthésiste effectue, en pré-opératoire un bilan :

– du capital veineux qui est souvent diminué par un lourd passé hospitalier. Il peut être nécessaire de poser un PICC-line (peripheral inserted central catheter) par nos collègues radiologues des Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sous écho-guidage, au niveau d'une veine humérale ;

– du type d'anesthésie à mettre en œuvre : sédation-analgésie, rachianesthésie ou anesthésie générale.

– de l'état artériel du patient. Ce bilan sera réalisé uniquement chez les patients ayant des facteurs de risque vasculaires et qui vont bénéficier d'un lambeau pédiculé (sural inversé).

Le médecin recherche une anémie souvent constante dans ce contexte inflammatoire qui devra être corrigée avant la chirurgie, une dénutrition qui sera appréciée cliniquement (perte de poids, apparition d'œdème,) et confirmée biologiquement par le dosage de l'albumine et de la pré-albumine, et des troubles ioniques fréquents chez ces patients dénutris.

La diététicienne conduit la renutrition dès la période pré-opératoire et la poursuivra dans les suites de l'intervention.

Le médecin rééducateur, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute évaluent les modes de survenue, apprécient la spasticité du patient, les possibilités de mobilisation, l'autonomie, le matériel nécessaire et prennent des renseignements sur la gestion du transit et des urines. Ils envisagent le projet de rééducation en post-opératoire et les éventuelles actions d'éducation thérapeutique qu'il faudra mettre en œuvre.

La psychologue apporte un soutien très important chez ces blessés médullaires qui ont un vécu complexe. Le soutien psychologique proposé aux patients permet d'accompagner le travail de transformation psychique que la blessure médullaire occasionne. L'escarre est elle-même un handicap dans le handicap. Il s'agit non seulement de tenir compte des phénomènes psychiques en amont du processus de l'escarre, mais aussi du retentissement psychosocial de l'escarre constituée.

L'assistante sociale contribue à la prise en charge globale de ces patients souvent isolés et effectue un bilan social. L'escarre et sa chirurgie peuvent provoquer une interruption d'activité et une dépendance temporairement accrue pendant une période longue qu'il faut savoir organiser. Dès l'hôpital de jour, l'assistante sociale prépare les suites opératoires en recherchant une structure d'accueil d'aval pour la remise au fauteuil (domicile ou centre de rééducation).

À la suite de cette concertation pluridisciplinaire et si une intervention chirurgicale est proposée, le malade donne son accord après avoir été informé du projet thérapeutique, du déroulement de l'hospitalisation et des suites opératoires (45 jours de décubitus strict et une remise au fauteuil progressive au-delà de cette période).

Une fois la décision opératoire prise en toute collégialité, la date d'intervention est fixée, en dehors de l'urgence ou de la semi-urgence, lorsque le devenir du patient est précisé, afin d'éviter l'augmentation de la durée moyenne de séjour.

Le patient est hospitalisé, la veille de l'intervention, dans le service de chirurgie.

L'intervention chirurgicale (6, 7)

Le traitement chirurgical consiste, pour tous les malades, en une excision suivie d'une couverture dans le même temps opératoire. Cette stratégie est possible si l'excision des tissus infectés est complète et si l'antibiothérapie est adaptée dès que possible en post-opératoire, au vu des résultats des prélèvements bactériologiques per-opératoires.

L'excision de l'escarre emporte la totalité des tissus nécrotiques et infectés et ne garde que des tissus sains. C'est le temps le plus difficile car, d'une part, les limites n'étant pas clairement définies, l'exérèse peut être incomplète et se compliquer de surinfection post opératoire, et d'autre part, l'excision peut léser des organes nobles (rectum, urètre, pédicule vasculaire…). L'os macroscopiquement infecté (au niveau du coccyx et de la tubérosité ischiatique) dont l'aspect est celui de « sucre mouillé » est réséqué dans sa totalité. Au niveau de l'ischion, l'excision reste prudente pour ne pas déstabiliser la position assise. Une fois l'excision terminée, des prélèvements bactériologiques profonds sont réalisés au contact de l'os ou des muscles.

La couverture se fait grâce à la confection d'un lambeau qui va couvrir la perte de substance par translation ou rotation. En fonction de la profondeur de la perte de substance le lambeau peut être cutané pur (lambeau LLL de Dufourmentel, lambeau de Griffith), fascio-cutané (lambeau de tenseur de fascia lata : TFL) ou musculo-cutané pour matelasser efficacement la cavité. Les muscles les plus fréquemment utilisés sont le grand fessier et les ischiojambiers.

Pour les escarres sacrées (fig. 2a), on réalise, dans la grande majorité des cas, un lambeau musculocutané de grand fessier en VY (fig. 2b). Ce lambeau est vascularisé

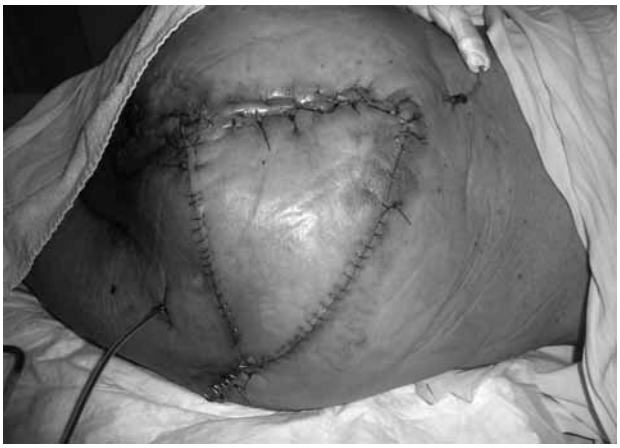



Figure 2. a et b, lambeau en VY de grand fessier droit pour escarre sacrée.




Figure 3. a et b, ilot de grand fessier gauche pour une escarre ischiatique à peau conservée.

par des branches, soit de l'artère fessière, soit de l'artère ischiatique. Il représente un triangle dont la base est sacrée et la pointe trochantérienne.

Il faut citer aussi le lambeau Dumurgier dit lambeau des Invalides, cette technique simple et fiable peut permettre la couverture d'escarres sacrée et rétro-trochantérienne de grande superficie par un lambeau unique (8).

Pour les escarres ischiatiques, deux types de lambeaux sont utilisés :

– le lambeau musculo-cutané de grand fessier en îlot pour de petites escarres ischiatiques loin de l'anus. Il réalise une « rustine » sur l'ischion, prélevé entre l'escarre et le trochanter, passé en sous cutané (fig. 3, 4).

Le lambeau musculo-cutané d'ischio-jambiers en VY pour des escarres plus vastes et plus proches de l'anus. On le prélève en traçant un triangle dont la base est ischiatique et la pointe au 1/3 moyen de la cuisse.

Dans le cas des escarres trochantériennes (fig. 5), l'indication opératoire est constante car elle expose et ce, quelle que soit la taille de l'escarre, à l'arthrite de hanche. La couverture après excision, en dehors de l'arthrite, utilise le tenseur de fascia-lata (TFL) ou une simple suture si la taille le permet.

En cas d'arthrite de la hanche associée à une escarre, nous réalisons une résection de hanche avec pose d'un fixateur externe dont les buts sont l'immobilisation, pour éviter de tirer sur les sutures et la stabilisation du moignon fémoral par la fibrose engendrée. En pratique, le fixateur est enlevé vers le 30e jour postopératoire.

L'escarre talonnière (fig. 6) est très rarement chirurgicale chez les handicapés moteurs car ce n'est pas une zone portante ; l'indication chirurgicale se discute lorsque l'escarre représente une épine irritative avec augmentation des contractures. Nous utilisons dans ce cas le lambeau plantaire interne et le lambeau neurocutané de l'artère surale à pédicule distal.

Place du VAC (Vacuum Assisted Closure)

Dans notre unité, les patients arrivent avec des escarres qui souvent sont au-delà de la possibilité thérapeutique que représente le VAC. Nous réservons cette indication chez quelques patients multirécidivistes sur lesquels les possibilités chirurgicales deviennent difficiles.

La prise en charge médico-chirurgicale péri-opératoire (9, 10)

Les drains aspiratifs sont ôtés en fonction de deux critères, la quantité et la couleur du liquide. Compte tenu



Figure 4. Lambeau ischiojambiers bilatéral pour escarres ischiatiques.



Figure 5. Résection de hanche droite par la voie du lambeau, fixateur externe pour arthrite de hanche sur escarre trochantérienne droite.

du haut risque de complications infectieuses (chirurgie hautement contaminée associant excision et plastie dans le même temps), l'accent est mis sur la nécessité de surveiller rigoureusement les résultats microbiologiques afin d'adapter l'antibiothérapie avec le maximum de réactivité. Le protocole appliqué à l'INI consiste en une antibiothérapie probabiliste par amoxicilline-acide clavulanique et métronidazole en per-opératoire, Cette antibiothérapie initiale est adaptée selon les résultats bactériologiques prélevés en per-opératoire (prélèvements locaux et osseux) et selon les résultats des redons mis en culture de façon systématique à J1, J3, J7 et plus selon l'évolution. Cette adaptation est faite en accord avec le bactériologiste de l'HIA Percy contacté trois fois par semaine. Une réunion hebdomadaire est organisée en sa présence à l'INI. La durée de l'antibiothérapie probabiliste peut être courte (3 jours) si les prélèvements sont négatifs. Le traitement peut durer 10 jours en cas d'escarre simple et jusqu'à 45 jours en cas d'arthrite de hanche.

Après la chirurgie, le patient est mis en décharge totale. Il est installé, en décubitus strict pour une période de 45 jours, sur un matelas à air dynamique avec protocoles de changements de position. La surveillance de l'état cutané général est rigoureuse.

Une prise en charge par les équipes de kinésithérapie et d'ergothérapie est indispensable tout au long de cette période de décubitus, pour la posture du patient au lit et l'entretien de la musculature des membres supérieurs indispensables aux autotransferts.

Un traitement des affections intercurrentes est entrepris si nécessaire. Il peut s'agir de la correction d'une anémie, du rééquilibrage d'un diabète, de pathologies respiratoires ou de crises d'hyper-reflexie autonome chez le tétraplégique. Le traitement de la spasticité est important afin de permettre un positionnement confortable et stable dans le lit. Les effets secondaires des antibiotiques sont surveillés

Une prise en charge nutritionnelle est débutée dès l'HDJ. Elle est poursuivie pendant l'hospitalisation avec la surveillance du bilan nutritionnel et la prescription si nécessaire de compléments hyper-protidiques per os, voire une alimentation entérale dans les cas les plus extrêmes. Un régime sans résidu peut être instauré quelques jours avant et après l'intervention afin de ne pas souiller les pansements, tout en favorisant dès que possible une alimentation hyperprotidique hypercalorique.




Figure 6. Lambeau sural postérieur pédiculé sur la saphène externe sur escarre talonnière droite.

La gestion des urines est assurée par la pose d'une sonde urinaire en pré-opératoire qui est laissée en place pendant une quinzaine de jours.

Les suivis psychologique et social, également initiés à l'HDJ sont prolongés au cours de l'hospitalisation.

Les informations sont régulièrement données au patient et à sa famille concernant l'évolution, les suites opératoires et le protocole de reprise de la station assise.

La sortie du service

Le parcours de soins idéal permet une hospitalisation d'une quinzaine de jours en secteur chirurgical aigu (en l'absence de complications).

La reprise de la station assise est progressive et est classiquement autorisée à partir du 45e jour quel que soit le type de lambeau afin d'être sûr de la cicatrisation des tissus.

Le patient opéré sort du service dès que l'état local le permet, avant le délai des 45 jours, soit pour son domicile (en hospitalisation à domicile) soit, pour un service de soins de suite et de réadaptation.

Pendant cette période, une préparation locale doit être faite, pour assurer la souplesse et l'élasticité de la zone opérée. À partir du premier mois, la région doit être massée et les cicatrices doivent être mobilisées. Pour les escarres ischiatiques, on doit attendre la fin du premier mois pour reprendre les flexions de hanche.

Le suivi en centre de rééducation spécialisé permet une surveillance tant locale (reprise de l'appui, état cutané, massages cicatriciels…) que générale (nutrition, gestion des antibiotiques et de leurs effets secondaires, prise en charge psychologique, éducation posturale, entretien de la musculature des membres supérieurs).

La difficulté actuelle concerne le devenir des patients et est essentiellement médico-sociale. Les solutions de sortie sont parfois difficiles à trouver en raison de problèmes sociaux et du manque de places dans les centres de soins de suite qui prennent en charge ces patients pendant la période post-opératoire avant la remise au fauteuil. Cela peut allonger la durée moyenne de séjour dans le service de chirurgie.

La remise au fauteuil est lente et progressive et ne se fait que si la cicatrisation est parfaitement acquise. Elle se fait le plus souvent dans un service de soins de suite et réadaptation. Pour quelques patients, elle est faite au sein de l'INI, dans le service de chirurgie ou en médecine physique et réadaptation.

Le patient est revu en consultation très rapidement si l'évolution est défavorable, sinon dans les deux mois post-opératoires.

Activité du service

En 2011 et 2012, les patients ayant bénéficié d'un lambeau pour escarre ont été comptabilisés. Tous les malades opérés d'une autre pathologie ont été exclus (dont les patients concernés par la chirurgie viscérale effectuée à l'INI dans le cadre de la prise en charge de l'escarre, à savoir colostomie et rétablissement de la continuité). N'ont pas été répertoriés les patients opérés à l'HIA Percy pris en charge à l'INI en post opératoire (2).

La répartition des 291 lambeaux réalisés pendant cette période et les types d'intervention réalisés sont présentés sur la figure 7. Les 16 arthrites de hanche ont été traitées par résection têtes et col, fixateur externe et lambeau.

La durée moyenne de séjour était de 33 jours, avec une durée moyen de 25,4 jours pour une escarre simple et de 47 jours, en cas de complications.

Parmi 120 dossiers de malades opérés pour escarre, on relevait 33 % d'échecs essentiellement pour raison infectieuse et plus rarement pour raison ischémique (remobilisation de lambeau chez des patients multi-opérés et lambeaux atypiques chez les multirécidivistes et 65 (54 %) étaient des récidivistes (escarre unique ou multiple, sur le même site ou des sites différents). Les causes de ces complications doivent être analysées. Pour les escarres simples et de première intention, le taux d'échec était de 15 %, alors qu'il était deux fois plus important en cas de récidive.

Les récidives d'escarres sont un thème peu étudié et avec de grandes variations dans la littérature (9). Plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer la récidive, et sont souvent associés chez un même patient.

Des facteurs favorisants sont inhérents au patient, comme une assise de mauvaise qualité, un temps de fauteuil à la reprise non respecté, un manque de surveillance cutanée, des transferts aléatoires ou un mauvais matériel. D'autres facteurs favorisants sont liés à la prise charge médicale, comme une indication chirurgicale mal posée, une chirurgie incomplète, mais aussi, une éducation mal faite ou mal comprise, un suivi trop négligent, une mauvaise prise en compte de la situation sociale. Enfin, des causes locales peuvent jouer un rôle, comme (i) une macération locale, fréquente par proximité de l'anus et du méat urinaire chez la femme, et qui influe négativement sur la cicatrisation, (ii) le type du lambeau de couverture, qui est décidé selon de multiples facteurs propres au patient (cicatrices préexistantes, interventions déjà réalisées, nombre de récidives, localisation et taille de l'escarre, mobilité résiduelle. . .), (iii) la spasticité qui est fréquente chez ces patients et présente chez 65 % des patients sur la série étudiée à l'INI.

La récidive d'escarre est une maladie complexe qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire médico-chirurgicale (médecin, chirurgien, anesthésiste, bactériologiste, nutritionniste, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale) dans un centre spécialisé comme l'INI qui s'est spécialisé dans ce domaine au sein de la région Ile de France.

Le projet du service de chirurgie de l'INI

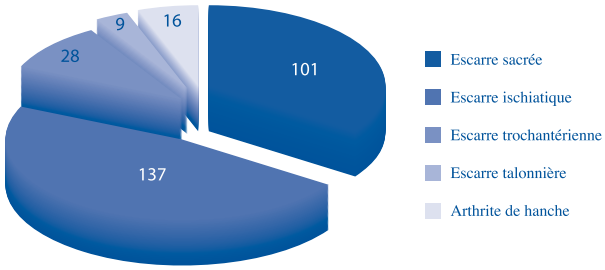
L'augmentation de l'activité nécessite un développement du réseau des partenaires incluant les HIA, les centres de rééducation, les hôpitaux régionaux et les associations de malades handicapés. Le service de chirurgie de l'INI travaille déjà en étroite coopération avec l'HIA Percy (Clamart) et l'hôpital Raymond Poincaré (Garches) pour la prise en charge des malades lourds dans le cadre de conventions signées.

Il est apparu que la caractéristique majeure de cette pathologie était le risque de récidive, et l'étude des facteurs de récidives est ainsi devenue un impératif. Ces facteurs peuvent être anatomiques relevant de la chirurgie, médicales (spasticité, rétractions), ergothérapiques (fauteuil) et/ou liés au comportement psychologique du malade. Leur analyse ne peut être que pluridisciplinaire et ne peut être faite que dans une unité dédiée à l'étude de la station assise.

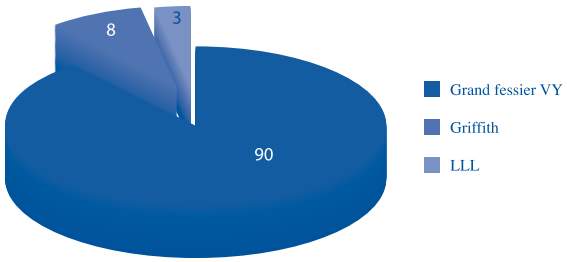
Outre des soins d'ordre médico-chirurgical, il semble nécessaire que des soins d'ordre psycho-corporel soient prodigués, dès l'hospitalisation avec notamment formation du personnel à l'hypnose conversationnelle et intégration de soins type fasciathérapie.

Depuis la reprise de l'activité du service centrée sur la chirurgie d'escarre, une journée annuelle de communication scientifique est organisée. Cette journée regroupe soignants et soignés autour de l'équipe médico-chirurgicale de l'INI. Chacun des acteurs de cette équipe expose les caractéristiques de sa prise en charge. Le but de cette journée est de fédérer la communauté soignante autour de ce problème de santé publique.

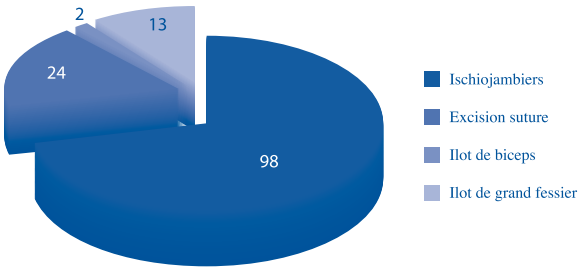
RÉPARTITION GLOBALE DES ESCARRES



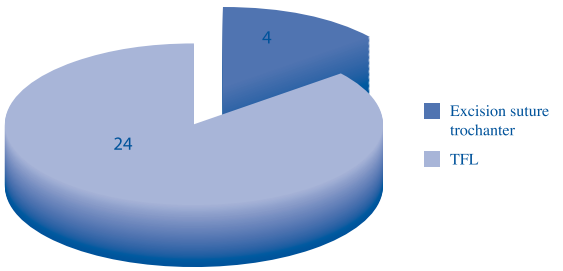
ESCARRE SACRÉE



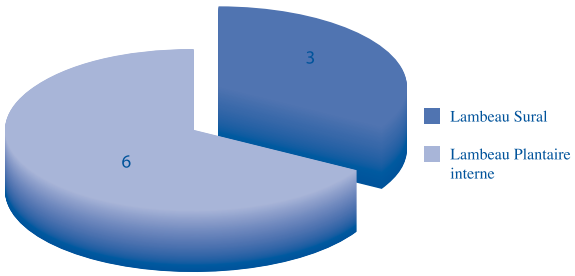
ESCARRE ISCHIATIQUE



ESCARRE TROCHANTÉRIENNE



ESCARRE TALONNIÈRE



Conclusion

L'escarre est une pathologie coûteuse et invalidante, véritable problème de santé publique. Depuis la reprise de l'activité chirurgicale de l'INI, près de 300 patients porteurs d'escarres graves ont pu être opérés et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, de manière à mieux appréhender les facteurs de récidive d'escarres. Il est maintenant nécessaire de mettre l'accent sur la prévention primaire et secondaire en travaillant non seulement au sein de l'INI, mais aussi en réseau avec les partenaires extérieurs intervenant auprès des patients à risques d'escarres.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bouix A. Les récidives d'escarres : prise en charge actuelle à l'Institution nationale des Invalides. Le Grand Invalide. Janvier-mars 2012; n°780: 4-5.
2. Boisier P. PMSI de l'Institut national des invalides, Document interne INI 2012.
3. Haute autorité de santé. Prévention et Traitement des escarres. Texte des recommandations de la Conférence de Consensus ; décembre 2001.
4. Tiresias. Prise en charge des escarres constituées. Volume 5. Ed: La prévention médicale, décembre 2009.
5. Bahé L, Prud'Homme A, Penaud A, Formé N, Zakine G. Indication de la sclérothérapie dans le traitement de l'escarre ischiatique. À propos de 13 cas. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique 2012; 57: 587-93.
6. Rimareix F, Delpit X, Bauer T, Lortat Jacob A. Traitement chirurgical des escarres. Elsevier Masson SAS, Paris. Techniques chirurgicales, orthopédie-traumatologie, 2007:44-72.
7. Voulliaume D, Grecea M, Viard R, Brun A, Comparin, JL. Foyatier JL. Stratégie chirurgicale pour le traitement des escarres ischiatiques : quelles options ? Quels résultats Annales de Chirurgie Plastique Esthétique 2011;56: 528-39.
8. Dumurgier C, Cottias P, Pujol G, Lantieri L, Gandon F, Rochebiliere A. Le lambeau des invalides. Lyon chirurgical 1993 89: 433-7.
9. Regan MA, Teasel RW, Wolfe DL, Keast D, Mortenson WB, Aubut JA. A systematic review of therapeutic interventions for pressure ulcers after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90: 213-31.
10. Foster RD, Anthony JP, Mathes SJ, Hoffman WY, Young D, Eshima I. Flap selection as a determinant of success in pressure sore coverage. Arch Surg 1997;132: 868-73.