

La réduction des pressions d'interface et de la TCPO² par le décubitus semi latéral à 30°

Ph. ESPINASSE, S. ROMEU

Département Médical, Asklé Santé - 200, rue Charle Tellier, ZI de Grézan, 30034 NÎMES

Mots clés : Escarres, Posture, Décubitus latéral oblique, pression d'interface, Pression partielle Transcutanée en Oxygène.

La pression est le facteur causal primordial du développement des escarres. Il est admis que tout appui prolongé des tissus mous contre un support non adapté est ischémiant et donc hypoxémiant. Des régions anatomiques, physiologiquement vulnérables, sont directement concernées par ces effets. Nous citerons l'occiput, les ischiens, le sacrum, les talons mais nous nous intéresserons plus particulièrement au grand trochanter.

Le risque de survenue de troubles trophiques consécutifs à l'application d'une pression prolongée entre le support et les saillies osseuses est lié à des facteurs de risques spécifiques à la personne et à l'environnement matériel. Nous distinguons principalement les facteurs prédictifs représentés par la réduction de la mobilité ou le syndrome d'immobilité et l'état de dénutrition sévère se manifestant par une diminution du matelassage sous cutané, ainsi que de la résistance vasculaire locale et tissulaire aux contraintes mécaniques. Les dysmorphies modifient la répartition des pressions et exposent des proéminences osseuses à des troubles trophiques majeurs. La diminution de la sensibilité diminue la douleur d'éveil et majore le risque lié à l'immobilité.

Face au risque d'atteinte à l'intégrité de la peau ou des tissus de la personne, la démarche de soins débute par une identification rigoureuse des troubles de santé et des besoins de la personne puis la détermination des actions de soins.

Le changement de position régulier est une pratique admise avec une fréquence toutes les 2 à 3 heures en fonction du niveau de risque pouvant être diminuée à 4 heures lorsqu'il est associé à un matelas de mousse visco élastique. L'une des manœuvres de positionnement consisterait à alterner entre le Décubitus Dorsal (DD) et le Décubitus Latéral Strict (DLS) à 90°. Or, Le DLS expose la peau en regard des zones anatomiques tel que le tubercule majeur, source d'inconfort et de douleur, ainsi que le grand Trochanter à des forces verticales sur une surface réduite. La masse de tissus y est faible, les modifications de l'irrigation sanguine des tissus sont démontrées par les modifications des mesures de la pression d'oxygène transcutanée. Les conséquences de la pression appliquée sont inversement proportionnelle à la durée et il convient d'intensifier la fréquence de changement de position.

Des études ont montré l'apparition d'une pression importante sur le grand trochanter dans le Décubitus Latéral Strict (DLS) à 90°.

Les conséquences d'un appui trochantérien intense et prolongé sont principalement fonctionnelles avec un risque de souffrance tissulaire pouvant évoluer vers l'ostéo-arthrite de la hanche.

La posture à 90° n'est pas physiologique, peu confortable et dangereuse pour la personne.

Le choix des matières, le galbe permettant d'épouser sans contraintes les zones anatomiques et les moyens permettant l'application d'une technique posturale éprouvée sont des éléments essentiels, fondamentaux de l'Aide à la Prévention d'Escarre .

Supprimer l'appui trochantérien et réduire les risques de développement d'une escarre qui représentent environ 7% des plaies de pression, est un challenge pour les équipes qui mérite d'être relevé.

Chez une personne présentant une incapacité sévère durable ou momentanée, le Décubitus Dorsal Strict et le DLS à 90° expose des zones anatomiques à des pressions d'interface élevées et une diminution rapide de la Pression partielle Transcutanée en Oxygène. En effet, l'absence de tissus mous réalisant un « matelassage », expose directement la peau dont la résistance reste élevée mais temporaire.

Rappelons que la pression d'oxygène transcutanée est le reflet des contraintes imposées à la peau par le support ou par une position donnée. Une étude menée par Colin et coll. démontre que les valeurs de TCPO² sont étroitement liées à la pression d'appui et qu'une pression forte ou durable exercée sur une région anatomique vulnérable crée des perturbations de la micro circulation cutanée et sous cutanée et favorise la formation de l'escarre.

Maintenir l'intégrité de la peau à un niveau optimal nous amène à aider le patient à corriger ou à réduire l'atteinte cutanée et sous cutanée et favoriser sa guérison. Pour cela des méthodes éprouvées sont à appliquer notamment le changement de positions selon une fréquence corrélée au niveau de risque de la personne et selon les données scientifiques reconnues pour ce qui concerne l'inclinaison latérale de la personne. Colin, Seiler et Defloor ont démontré l'intérêt de pratiquer une technique qui répond efficacement au bénéfice attendu pour la personne. En outre, il convient de réduire les risques d'auto-infection par l'utilisation de traversin ou oreiller à la destination dérivée, vers des régions potentiellement exposées aux souillures biologiques.

Evaluer la tolérance clinique de la personne à être mobilisée. Le choix du positionnement Latéral Oblique à 30° répond aux besoins des patients et des soignants. Notre but est de préserver les zones à risque : sacrum et Trochanters et de redistribuer les points d'appui sur la face postéro-externe du bassin. En effet, le squelette de la fosse iliaque externe offre par sa forme concave, dépourvues de saillies osseuses et recouvert du capiton des muscles fessiers, une réduction conséquente des risques d'altération de l'état cutané et des tissus des régions anatomiques concernées.

Support	Position	Omoplate	Région Dorsal	Tubercule Majeur	Grand Trochanter	Sacrum	Région Fessière
Matelas Standard	Décubitus Dorsal Strict	100	69	0	0	40	100
	Décubitus Latéral 90°	0	0	100	100	0	0
	calage par oreiller à 30°	100	100	0	30	40	87
	Décubitus Latéral Oblique à 30°	40	40	0	0	7,5	55
Surmatelas Alova	Décubitus Dorsal Strict	30	25	0	0	27	41
	Décubitus Latéral 90°	0	0	100	42	0	20
	Décubitus Latéral Oblique à 30°	30	29	0	0	14	35

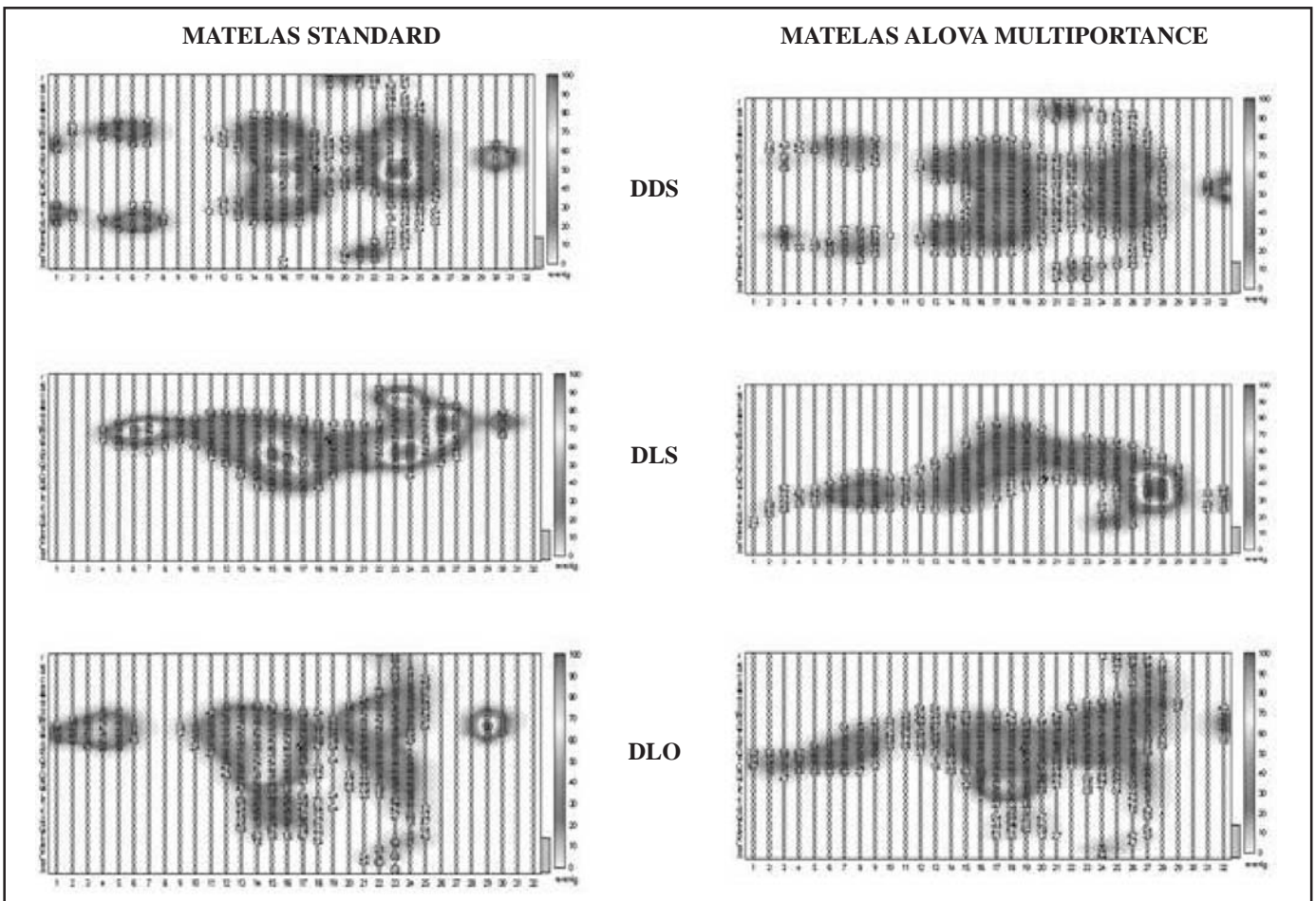
Coef. Variation 2,6%. Valeurs: mm de Hg, Poids patient 84 kg, Taille 181 cm.

Les cartographies obtenues au moyen du système de nappe de capteurs de pression FSA, permettent de visualiser les zones d'hyper appui et l'intérêt démontré du DLO à 30° obtenu avec la cale en alova au delà de la pertinence à associer un matelas aux caractéristiques favorisant l'immersion du corps. En outre, vous pouvez observer les limites à l'utilisation exclusive de traversins qui permettent un positionnement aléatoire et, selon leurs consistances, peuvent induire des pressions d'appui, sources de douleurs et d'inconfort.

Ce tableau exprime les valeurs comparées de pics de pression en fonction de la position adoptée en Décubitus. Au delà des données de DDS,

Il apparaît clairement un abaissement des pressions d'appui sur les régions anatomiques exposées. En effet, on constate la suppression totale de l'appui de l'épaule avec une redistribution acceptable au niveau de la région dorsale (40 mm de Hg sur matelas standard et 29 mm de Hg sur surmatelas de mousse visco élastique Alova). Le report sur la région fessière est tout aussi tolérable à l'exception de la valeur retrouvée par le calage par oreiller. La valeur du Pic de Pression au niveau du grand trochanter est abaissée de 100%.

Le positionnement à 30° permet de protéger la peau et les tissus du risque d'escarres en décubitus dorsal et évite le report des pressions sur



les trochanters et l'épaule liées au DLS.

L'analyse des pressions d'interface capteurs de pression en DLO à 30° démontre qu'il n'existe pas de pic de pression localisé sur la zone fessière préjudiciable. Les données recueillies de TCPO² renforcent la démarche.

En conclusion, le DLO à 30° permet la réduction des pressions d'interface et la préservation d'une vascularisation adaptée. La présence d'un galbe anatomique favorise le maintien de la personne dans un axe physiologique. Les caractéristiques de la mousse utilisée améliorent la répartition des pressions d'appui et le confort de la personne. La manœuvre de changement de position peut s'effectuer par un seul soignant au lieu de deux par un déplacement unilatéral du dispositif équivalent à quelques degrés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Colin D, Préault L, Lebastard N., Saumet JL, Le décubitus semi latéral comparé au décubitus latéral au moyen des mesures de pression d'oxygène transcutanée, 1996, JPC n°2, 31-33
2. Nouvel F., Jacquot JM., Abric M., Évaluation de la cale de positionnement semi latéral à 30° en Alova® 5^{ème} Conférence Nationale des plaies et Cicatrisations.
3. Seiler W.O. and al, Influence of the 30° laterally inclined position and the "super-soft" 3-pieces mattress on skin oxygen tension on areas of maximum pressure. Implications for pressure sore prevention. Gerontology,1986, 32,158