

# ESCARRES PELVIENNES

Dr N. Bertheuil – Pr E. Watier  
Service de chirurgie plastique  
Hôpital sud Rennes

# DEFINITION

- Nécrose ischémique des tissus compris entre une saillie osseuse et une surface de contact
- Cause: compression prolongée
- Terrain neurologique (para- tétraplégiques, comateux...)
- Localisations : sacrum, ischions, trochanters (E. pelviennes)
- Multiples dans 20% des cas
- Flore microbienne: pseudomonas aeruginosa, E. coli, B. proteus
- Prévention de l'escarre ++

# PATHOGENIE

- A l'état normal: sensation d'inconfort sur les points de contact (siège) déclenchant un changement de position (éveil et sommeil)
- En cas d'altération de la sensibilité et de la mobilité, la compression prolongée favorise la survenue d'une escarre
- Au début: rougeur → phlyctène → **plaque de désépidermisation = stade 0 de l'escarre** réversible avec une cicatrisation lente (2 mois)
- Si compression prolongée → pétéchies, taches ecchymotiques, nécrose cutanée sans fièvre puis détersion suppurée classique = **escarre constitué (4 stades)**

# STADES ESCARRE CONSTITUE

- Plusieurs classifications évolutives, aucun consensus
- Classification du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) retenue par l'HAS:
  - Stade 1:** modification couleur, consistance, température ou sensibilité de la peau en regard d'une zone d'appui (rougeur)
  - Stade 2:** nécrose épidermique (phlyctène) et/ou dermique (ulcération cutanée)
  - Stade 3:** atteinte du tissu sous-cutané jusqu'au fascia (ulcération profonde)
  - Stade 4:** atteinte des muscles, os, tendons, articulations

# ASPECT CLINIQUE CLASSIQUE

- PDS en zone d'appui
- Berges décollées, épaissies, scléreuses
- Fond sanieux et/ou nécrotique
- Ecoulement  $\pm$  purulent
- Structure pyramidal à sommet cutané
- Bilan lésionnel en per-opératoire



# PREVENTION

- Simple et repose sur quatre mesures (Villain)
  - Evaluer le risque: savoir évoquer l'escarre chez tous patients inconscients, immobilisés, déficits neurologiques
  - Rechercher le signe d'alarme: plaque de désépidermisation ++ (surveillance biquotidienne du siège et des talons)
  - Mettre en route les moyens de prévention: massages trophiques, matelas Cliniplot®, lit fluidisé
  - Eviter tout ce qui est inutile: changement de position si >3h et les équipements « anti-escarres » miracles!
  - Privilégier l'hygiène du siège + alèzes absorbantes (prévention des macérations). Pour les para- tétraplégiques rééduqués: décompression toutes les 15mn, éviter tout traumatisme cutané, auto-surveillance au miroir (si rougeur, mise en décharge au lit 36h)

# TRAITEMENT ESCARRE CONSTITUE

- Trois temps:
  - Préparation pré-opératoire
  - Intervention chirurgicale
    - Parage
    - Reconstruction
  - Phase post-opératoire

# PREPARATION

- Bilans: digestif (colostomie?), nutritionnel (albumine?), neurologiques (contractures?) et social (famille, entourage?)
- Corriger AVANT une dénutrition, troubles hydro-électrolytiques, anémie, infection urinaire sur sonde à demeure
- Nursing pour la prévention d'une aggravation et apparition de nouvelles escarres
- Soins locaux: parage au lit des zones nécrosées, pansements adaptés...



# PARAGE DE L'ESCARRE

- Au bloc opératoire
- AG (contractures, durée opératoire, positionnement)
- Excision « quasi-carcinologique » de la nécrose
- Excision des bourses séreuses
- Résection des trajets fistuleux
- Résection osseuse (ischiectomie partielle)
- TPN?

# INDICATIONS RECONSTRUCTION

Tient avant tout du terrain:

- Indications larges dans les escarres « neurologiques » (ischiatiques)
- Indications fréquentes dans les escarres « accidentelles » chez les sujets jeunes et coopérants
- Contre-indications chez les comateux, les grabataires en « fin de vie », les psychopathes

Techniques: plastie cutanée, musculo-cutanée, autres..

# IMPERATIFS DU TRAITEMENT

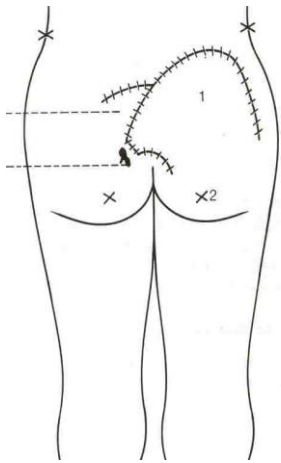
- Si possible un seul temps opératoire (parage + reconstruction)
- Fermeture de la zone donneuse
- Respect du capital cutané-musculaire
- Délais de décubitus post-op 1 mois
- Lit adapté
- Drainage prolongé ++
- Nursing

# PLASTIES CUTANÉES

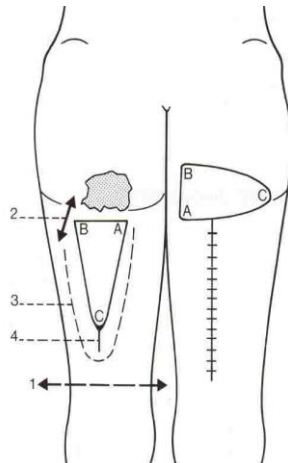
- Plastie en Z et dérivées
- Plasties de rotation
- Pour les escarres de petit diamètre (< 5cm)
- En fait peu utilisé chez le para/tétraplégique
- A privilégier chez le patient valide

# PLASTIES MUSCULO-CUTANÉES

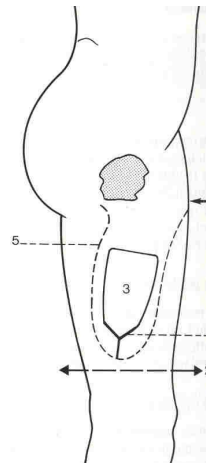
- Apanache des escarres pelviennes
- Para/tétraplégiques: remaniements musculaires ++
- Grand fessier, biceps femoris, tenseur du fascia lata, gracilis
- A part, L. fascio-cutanéés microchirurgicaux..



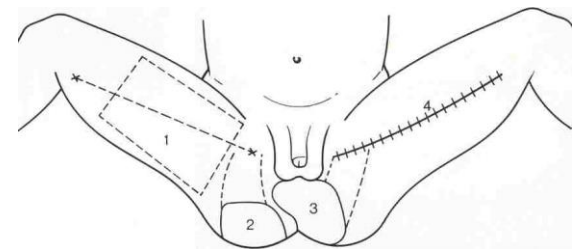
Gd fessier



Biceps femoris



T. fascia-lata



Gracilis

# ESCARRE ISCHIATIQUE

- Escarre du paraplégique rééduqué, actif, au fauteuil
- TOUJOURS chirurgical
- L.M.C fessier inférieur en îlot en 1<sup>ère</sup> intention ( $\emptyset < 5$  cm)
- L.M.C de biceps fémoral en îlot ou L.M.C de Griffith ( $\emptyset > 5$  cm)
- Accessoirement, L.M.C de gracilis



# ESCARRE ISCHIATIQUE



Pré-op L.M.C fessier inférieur



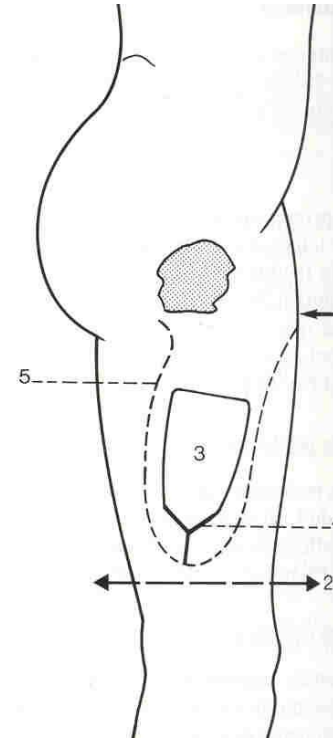
J+8



+ 6 mois

# ESCARRE TROCHANTERIENNE

- Risque d'arthrite septique de hanche ++
- L.M.C de fascia lata
- Sinon, L. inguinal en îlot





# ESCARRE SACREE

- Après échec de cicatrisation dirigée
- Si décollement des berges : TPN
- L. fascio-cutané de fessier supérieur
- L.M.C de fessier supérieur d'avancement en V-Y (1 ou 2)



Pré-op



TPN 15 j



L.M.C de Fessier sup en V-Y

# CONCLUSION

- Ethique de traitement: obligations de moyens et de résultat
- La cause de l'escarre échappe au chirurgien!
- Humilité chirurgicale!
- Si chirurgie: opter pour une technique reproductible, «ne pas se couper les ponts! »
- Coopération du patient indispensable
- Auto-surveillance (miroir)
- Décompressions au fauteuil
- Suivi régulier
- PREVENTION = meilleur traitement