

Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression : Mise à jour 2006

PAR David H. Keast, MSc, MD, FCFP; Nancy Parslow, IA, ST; Pamela E. Houghton, BScPT, PhD; Linda Norton, OT Reg (Ont), Chris Fraser, BSc, RD

Résumé

En 2000, l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) a produit et avait publié dans *Ostomy/Wound Management* les recommandations de meilleures pratiques pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression basées sur une recherche documentaire et une revue de plusieurs lignes directrices de pratique clinique disponibles à l'époque. Depuis ce temps, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a amorcé un processus rigoureux d'élaboration de lignes directrices. Les recommandations de l'ACSP relatives aux ulcères de pression ont été révisées et rattachées aux lignes directrices correspondantes de l'AIIAO pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression. Ces recommandations de pratiques exemplaires sont destinées à servir d'outils de pratique

avalisés par la revue rigoureuse des preuves dans les lignes directrices de l'AIIAO. La revue des preuves n'a entraîné que des changements mineurs aux recommandations originales. Le processus décisionnel clinique dans la prise en charge des ulcères de pression peut être guidé par l'algorithme qui dirige le clinicien pour identifier et traiter les causes sous-jacentes, pour identifier et gérer les besoins particuliers des patients et procurer de bons soins locaux de la plaie, envisageant des prise en charge d'appoint ou des pansements biologiquement actifs lorsque le bord de la plaie n'avance pas. Finalement, les recommandations suggèrent de mettre en place ces activités organisationnelles et éducatives qui permettent de traduire les lignes directrices dans la pratique.

Introduction

Avec le vieillissement de la population en Amérique du Nord, la population à risque d'ulcères de pression va augmenter. Une revue récente des bases de données au Canada¹ estime qu'un patient sur quatre dans les soins aigus et un patient sur trois dans les soins de longue durée ont fait un ulcère de pression. La prévalence globale dans tous les établissements a été de 26,0 %. Alors que la majorité (50 %) d'entre eux étaient des ulcères de stade I, ces données de prévalence soulèvent de l'inquiétude. Les comparaisons de prévalence peuvent être plutôt trompeuses en raison de méthodologies différentes, mais les études menées dans d'autres pays suggèrent une prévalence moins élevée. Dans une revue de six ans des données séquentielles des hôpitaux de soins actifs aux États-Unis,² les taux de prévalence se situaient entre un creux de 14 % et un pic de 17 %. Une autre étude a comparé la prévalence dans le contexte de soins actifs en Allemagne et aux Pays-Bas en utilisant une méthodologie uniforme.³ Aux Pays-Bas, la prévalence a été de 22 % et en Allemagne de 12 %, mais lorsque les taux de prévalence ont été

calculés seulement pour les patients au risque le plus élevé selon les scores de Braden, les taux de prévalence sont devenus plus égaux (33 % contre 28 %). Avec la tendance actuelle au Canada de diminuer le nombre de lits pour soins actifs et d'augmenter la prise en charge ambulatoire des troubles médicaux, les taux de prévalence plus élevés dans les établissements de soins actifs au Canada peuvent se rapporter à l'acuité de l'état des patients hospitalisés. Les taux observés aux soins actifs peuvent être plus comparables entre les différents pays. Une étude américaine a examiné l'incidence des ulcères de pression sur une période de 12 semaines dans 95 établissements de soins actifs.⁴ L'incidence a été de 29 %. Si on tient compte des ulcères de pression existants durant la même période, les données de prévalence peuvent s'approcher de celles signalées dans la revue canadienne. Néanmoins, les ulcères de pression sont coûteux à traiter et ils créent un impact significatif sur la qualité de vie pour les personnes qui en souffrent. Une étude irlandaise⁵ a montré qu'il en coûte un montant incroyable de 119 000 € pour traiter un ulcère de pression.

Les ulcères de pression sont de plus en plus regardés comme un

indicateur de la qualité des soins. Récemment, une province canadienne, la Saskatchewan, a inclus les ulcères de pression dans la liste des incidents critiques. Même lorsque les meilleures pratiques sont mises en application, toutefois, les ulcères de pression ne sont pas tous évitables. Dans un sondage de 2001 auprès d'experts en ulcères de pression, 62 % n'ont pas été d'accord avec l'énoncé « tous les ulcères de pression sont évitables ».⁶

En 2000, l'Association canadienne du soin des plaies (ACSP) avait publié dans *Ostomy/Wound Management* les recommandations de meilleures pratiques pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression.⁷ Elles n'étaient pas destinées à être une ligne directrice de pratique clinique mais plutôt une transformation des lignes directrices existantes en un outil succinct pratique (un Guide de référence rapide) utilisable au chevet du patient mais appuyé par les lignes directrices existantes pour des renseignements plus détaillés. Depuis ce temps, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a obtenu un financement à long terme stable du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour entreprendre un processus d'élaboration et d'entretien de lignes directrices de soins infirmiers. L'ACSP a pensé que plutôt de réinventer la roue, elle travaillerait avec des lignes directrices pour produire des outils de pratique qui seraient basés sur les preuves de ces lignes directrices mais interprétées pour les nombreux professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des plaies chroniques. Cette présente revue des recommandations de l'ACSP

de 2000 est basée sur une recherche documentaire des bases de données CINAHL, Medline et Cochrane et de même que les Lignes directrices suivantes de l'AIIAO (disponibles pour téléchargement gratuit à www.mao.org) :

1. Évaluation du risque et prévention des ulcères de pression. Mars 2005⁸
2. Évaluation et prise en charge des ulcères de pression de stade I à IV. Août 2002⁹
3. Évaluation et gestion de la douleur¹⁰
4. Favoriser la continence grâce à la miction provoquée¹¹

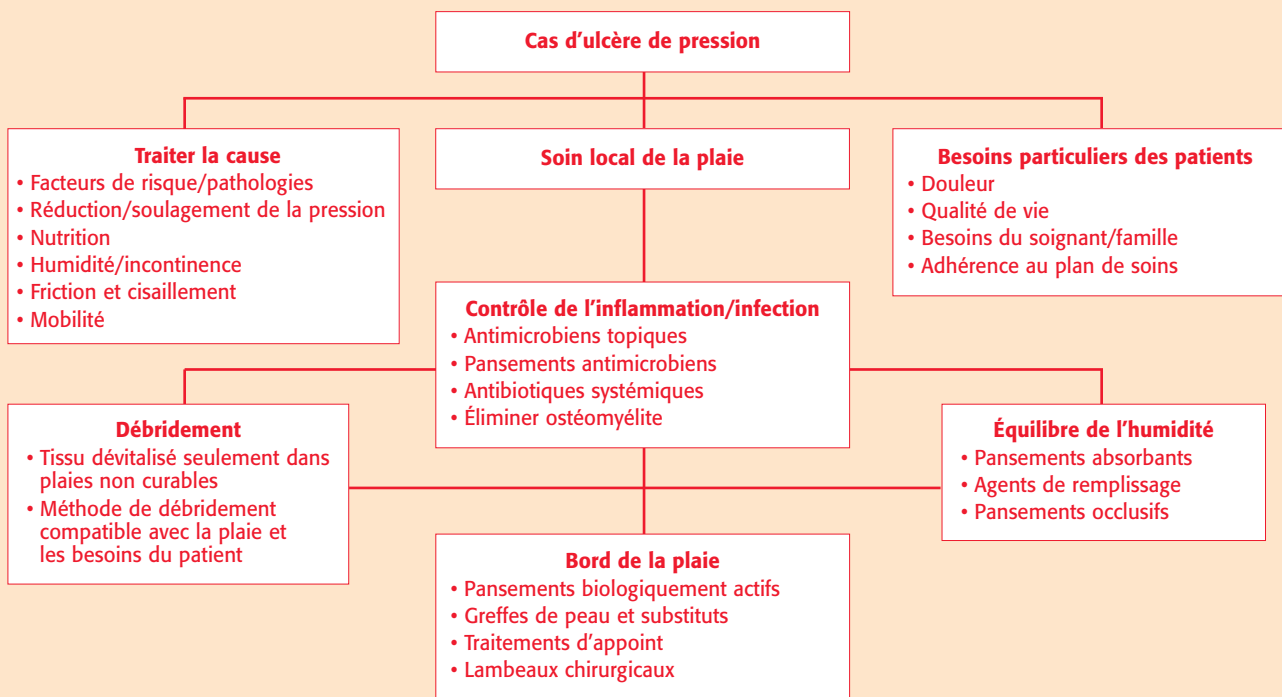
Un résumé de la mise à jour des recommandations apparaît au Tableau 1. Entre 2002 et 2005, l'AIIAO est passée à différents niveaux de preuve pour ses recommandations et ils sont comparés au Tableau 2. Les recommandations sont groupées pour correspondre au Cheminement de l'algorithme de l'évaluation et de la prise en charge apparaissant à la Figure 1. Cet algorithme est conçu pour aider au processus décisionnel clinique au chevet du patient. Finalement, suit une discussion de chaque recommandation qui établit le lien avec les Lignes directrices spécifiques de l'AIIAO et les nouvelles preuves disponibles. Il est important de noter que les deux dernières recommandations s'adressent au soutien organisationnel et éducatif requis pour mettre ces recommandations en application.

Identifier et traiter la cause

Recommandation 1 : (Niveau de preuve : Prévention IV, Prise en charge C)

FIGURE 1 :

Cheminement de l'évaluation et de la prise en charge des ulcères de pression



D'après Sibbald, Orsted, Schultz, Coutts et Keast.¹²

TABLEAU 1 :

Guide de référence rapide pour la prise en charge et la prévention des ulcères de pression

No	Recommandation	Lignes directrices de l'AIIAO		Niveau de preuve global
		Prévention ⁸	Prise en charge ⁹	Niveau de preuve
Identifier et traiter la cause				
1	Compléter une anamnèse du patient et un examen physique ciblé pour déterminer l'état général et les facteurs de risque qui peuvent mener à la formation d'un ulcère de pression ou qui peuvent affecter la guérison des ulcères existants.	1.1, 1.2(IV) ⁸	1, 12, 21(C) ⁹	IV
2	Évaluer et modifier les situations où la pression peut être plus élevée.	3.1(IV), 3.5(la), 3.6(la), 3.7(IV), 3.8(IV)	11(C), 13(A), 14(B), 15(B), 16(B), 17(C), 18(C)	IV
3	Maximiser l'état nutritionnel.	3.11(IV, lb)	7(B), 8(C)	IV
4	Maîtriser l'humidité et l'incontinence.	3.9(IV), 3.10(IV)	34(B)	IV
5	Maximiser l'activité et la mobilité, réduisant ou éliminant la friction et le cisaillement.	1.3(IV), 3.2(IV), 3.7(IV), 3.12(IV)		IV
Aborder les besoins particuliers des patients				
6	Évaluer et maîtriser la douleur.	3.3a(IV), 3.3b(IV), 3.3c(IV)	9(C), 10(B)	IV
7	Évaluer les besoins psychosociaux et y répondre.		2, 3	IV
Procurer un soin local de la plaie				
8	Évaluer le stade de la plaie et la traiter. Procurer un environnement optimal compatible avec les principes de préparation du lit de la plaie.	1.4a(IV), 1.5(IV), 2.1(IV)	4(C), 5(C), 6(C), 19(C), 20(C), 22(C), 23(C), 24(B), 25(C), 26(B), 27(C), 28(C), 29(B), 30(A), 31(B/C), 32(A), 33(C), 34(B), 37(A), 38(B), 39(C), 40(A), 41(A), 42(C), 43(C), 44(B)	III
9	Introduire des modalités d'appoint ou des pansements biologiquement actifs au besoin.		35(A), 36(A/B/C)	la
10	Envisager une intervention chirurgicale pour les ulcères profonds qui ne guérissent pas (Stades III et IV).		45	IV
Fournir un soutien organisationnel				
11	Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pouvant répondre plus spécifiquement aux besoins du patient.		57	IV
12	Éduquer les patients et les soignants au sujet de la prévention et de la prise en charge des ulcères de pression.	5.1(IV), 5.2(III), 6.2(IV)	48(C), 49(C), 50(C), 519(C), 52(C)	IV

Compléter une anamnèse du patient et un examen physique ciblé pour déterminer l'état général et les facteurs de risque qui peuvent mener à la formation d'un ulcère de pression ou qui peuvent affecter la guérison des ulcères existants.

Discussion

Essentiellement, cette recommandation demeure inchangée de l'article antérieur et est uniforme dans toutes les lignes directrices de pratique

clinique relatives aux ulcères de pression. Les Lignes directrices de l'AIIAO (Recommandations de Prévention 1.1 et 1.2,⁸ Prise en charge 21⁹) recommandent une évaluation du risque qui inclut une évaluation de la peau de la tête aux pieds à l'admission dans un établissement et par la suite, à une fréquence qui dépend du contexte de soins. L'opinion d'expert appuie clairement l'utilisation d'outils d'évaluation validés du risque (p. ex., Norton, Braden, Waterlow, Gosnell), mais il y a controverse sur quel outil convient le mieux à un contexte de soins

TABLEAU 2 :

Comparaison des niveaux de preuve de l'AIIAO

Niveaux antérieurs	Nouveaux niveaux
A Au moins deux ERC ayant procuré des preuves solides	Ia Méta-analyse ou revue systématique
	Ib Au moins un ERC
B Essais bien structurés mais pas d'ERC	IIa Au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation
	IIb Au moins une étude quasi-expérimentale bien conçue
	III Études par observation bien conçues
C Opinions d'experts, indique l'absence d'études applicables	IV Opinions d'experts indique, l'absence d'études applicables

*ERC = Essai randomisé contrôlé

particulier. Une récente étude belge suggère que l'utilisation des échelles Braden et Norton mène à l'emploi de mesures préventives inutiles chez 80 % des patients, mais que les deux échelles étaient meilleures pour prédire les ulcères de pression que le jugement clinique des infirmières.¹³ En Iran, une étude a comparé les quatre échelles précédemment notées et n'a pas trouvé de preuve suffisante pour recommander un outil plutôt qu'un autre mais a trouvé que le score de Gosnell était plus approprié pour les patients souffrant de pathologies orthopédiques ou neurologiques.¹⁴ Quoi qu'il en soit, une

opinion d'expert recommande l'utilisation constante d'un outil spécifique validé et d'élaborer des plans de soins basés sur les sous-échelles identifiées comme à risque. Cette recommandation a été récemment appuyée pour l'échelle de Braden dans le contexte de soins actifs par un travail fait à Ottawa.¹⁵

De même que les facteurs de risque extrinsèques qui sont abordés par les outils d'évaluation du risque, les Lignes directrices de l'AIIAO recommandent aussi l'évaluation des facteurs de risque intrinsèques qui comprennent le problème physique, psychosocial et médical.^{8,9} On doit tenir compte de facteurs comme les maladies neurologiques, l'âge avancé, l'état d'hydratation, les maladies vasculaire périphériques (Recommandation de Prise en charge 12) et le niveau de conscience.^{8,9}

Une fois qu'une personne a un ulcère de pression, la curabilité dépendra de la capacité de l'équipe de soins à tenir compte des facteurs intrinsèques et extrinsèques. L'évaluation est donc essentielle dans l'élaboration de plans de soins et dans l'aide apportée aux patients et aux familles pour déterminer les buts du plan de soins.

Recommandation 2 : (Niveau de preuve : Prévention Ia – IV, Prise en charge A – C)

Évaluer et modifier les situations où la pression peut être plus élevée.

Discussion

Des recommandations multiples dans les lignes directrices de l'AIIAO sur la Prévention⁸ et la Prise en charge⁹ appuient cette recommandation provenant de l'article original sur les meilleures pratiques.⁷ Une revue Cochrane¹⁶ appuie l'utilisation des matelas de mousse répondant à des normes élevées pour les personnes à risque de faire un ulcère de pression. Les mérites relatifs d'utiliser des surfaces à faible pression con-

TABLEAU 3 :

Facteurs à considérer lors de la sélection d'une surface de soutien thérapeutique¹⁹

Dimension	Considérations
Besoins du patient	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'état de santé du patient, le nombre de lésions, etc. S'assurer que le patient sait que l'adhérence et l'acceptation sont importants. Discuter l'impact de chaque type de surface de soutien thérapeutique considéré sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et comment on peut améliorer les AVQ si cette surface est choisie. <ul style="list-style-type: none"> Par exemple, certaines surfaces sont moins stables que d'autres. Une stabilité moindre peut se traduire par un équilibre moindre pour le patient, et une capacité moindre à être autonome quant à l'habillement et autres activités. Évaluer les situations de transfert et évaluer les façons de diminuer les forces de cisaillement durant les transferts.
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> Le produit doit convenir aux conditions de logement du patient. Les lits ou les fauteuils doivent cadrer avec l'environnement / le milieu de vie. Tenir compte de l'effet des lits, de s'asseoir sur d'autres (p. ex., le conjoint) <ul style="list-style-type: none"> Par exemple, le bruit de la pompe du matelas va-t-il déranger le sommeil de son conjoint?
Soignants	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer le rôle du soignant, notamment l'entretien du produit, l'impact sur la routine des soins, la géabilité et la facilité d'emploi.
Paramètres du produit	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le produit permet un alignement, une posture et un support corrects. Évaluer les coûts supplémentaires (les coûts marginaux comme l'électricité, le linge). Choisir la durabilité en fonction de l'utilisation, et les limites de poids selon la taille du patient. S'assurer que cela cadre avec le plan de soins global du patient. <ul style="list-style-type: none"> Par exemple, si le but est de diminuer la pression et le cisaillement, la surface de soutien thérapeutique ne doit pas contribuer à une hausse de la pression et du cisaillement non seulement lorsque le patient est dans son lit, mais aussi durant les transferts.

TABLEAU 4 :

Types de surface de soutien et leur impact sur le patient²⁰

	Catégorie	Considérations cliniques en plus de la pression d'interface
Statique	Standard (lit d'hôpital ou lit régulier du patient à la maison)	<ul style="list-style-type: none"> Le patient n'a pas à s'adapter à une nouvelle surface.
	Revêtement de mousse (mousse en nid d'abeille ou circonvoluée de 4 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> Exige un remplacement fréquent (qui le fera et quand?). Se détériore lorsque exposé à l'humidité. Peut être chaud.
	Matelas de mousse (remplace le matelas d'hôpital standard)	<ul style="list-style-type: none"> Peut souvent être adapté avec de la mousse ou du gel dans les endroits à risque élevé. Moins coûteux que les surfaces dynamiques. Généralement aucun impact sur les transferts ou la mobilité dans le lit.
	Flottaison statique (cellules d'air, gel, recouvrements de fluide / matelas)	<ul style="list-style-type: none"> Généralement moins coûteux que les surfaces dynamiques. Peut exiger moins d'entretien (gel, fluide). Matelas/recouvrements d'air peuvent exiger un certain entretien.
Dynamique	Air alternatif (gros traversins d'air avec sur-inflation et sous-inflation alternative séquentielle)	<ul style="list-style-type: none"> Le bruit de la pompe et le mouvement du matelas peuvent déranger. Peut diminuer la mobilité dans le lit et rendre les transferts plus difficiles.
	Faible perte d'air (l'air s'échappe constamment par les cellules, réduisant la tension de surface)	<ul style="list-style-type: none"> Comme ci-dessus. Les matelas à faible perte d'air peuvent être mieux capables de gérer l'humidité excessive.
	Retournement / rotation (aide aux changements de position du patient)	<ul style="list-style-type: none"> Le mouvement du lit peut perturber le sommeil. Le patient n'est peut-être pas bien positionné après la rotation relativement à la position sur la surface, contractures, etc. Le bruit, la facilité des transferts et la mobilité du lit demeurent des problèmes.
	Air fluidisé (le patient « flotte » sur des billes de silicone)	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est incapable de se transférer / autonomie diminuée avec la mobilité du lit. Les soins sont plus difficiles à prodiguer. Exige habituellement une hospitalisation.

stante ou à gonflement alternatif pour la prévention ont été moins clairs.

Le traitement de la cause de l'ulcère de pression est une partie importante du plan de traitement.¹⁷ L'une des causes primaires des ulcères de pression réside dans les zones de pression élevée habituellement appliquées sur des protubérances osseuses. La liste de positionnement dans la Ligne directrice de prise en charge de l'AlIAO recommande d'éviter de positionner le patient sur son ulcère de pression ou sur le trochanter et d'utiliser des oreillers et des cales pour faciliter ce positionnement.⁹ Les oreillers et les cales servent aussi à prévenir la pression sur les talons et le contact entre les protubérances osseuses comme les talons. Un horaire de repositionnement est aussi recommandé. La position étendue de côté à 30° a longtemps été recommandée pour enlever la pression des protubérances osseuses. Une récente étude randomisée contrôlée a comparé cette position avec les positions latérale et couchée à 90°.¹⁸ On n'a pas trouvé de différence dans l'incidence d'érythème sans blancheur avec l'utilisation de la position étendue de côté à 30° et un grand total de 78 pour cent des sujets ont éprouvé de la difficulté à maintenir la position. Cette étude remet cette technique en question pour la décharge de pression dans une population en majorité malade.

Un positionnement approprié est recommandé et l'établissement d'un horaire de repositionnement ne suffit peut-être pas à gérer

la pression. La prescription de dispositifs de prise en charge de la pression peut devenir nécessaire. Lors du choix d'une surface de soutien thérapeutique, on doit tenir compte des propriétés de prise en charge de la pression; toutefois, d'autres facteurs comme le confort du patient et l'impact sur son état fonctionnel peuvent être d'importance égale. Le Tableau 3 expose les facteurs à considérer lors du choix d'une surface de soutien thérapeutique.

Les surfaces de soutien thérapeutique ont été divisées en différentes catégories comme on le voit au Tableau 4. La Ligne directrice de Prise en charge de l'AlIAO recommande l'utilisation d'une surface de soutien statique si le patient peut adopter diverses positions sans écraser la surface.⁹ Une surface dynamique est recommandée lorsque le patient ne peut adopter diverses positions sans mise en charge sur un ulcère de pression, si le patient comprime complètement la surface statique ou si l'ulcère de pression ne montre pas de signe de guérison.

Si la plaie ne montre pas de signe de guérison, on devrait envisager le Cheminement vers l'algorithme d'évaluation et de prise en charge (Figure 1) avant de changer la surface de soutien pour s'assurer que tous les aspects (traiter la cause, le soin local de la plaie et les besoins particuliers des patients) ont été optimisés. Par exemple, le problème sous-jacent qui fait obstacle à la guérison de la plaie pourrait être la nutrition. Le fait d'avoir à faire face à la dépense accrue de changer la

surface de soutien ne règle pas la préoccupation sous-jacente et par conséquent aurait peu d'impact sur la guérison de l'ulcère. On doit aussi user de prudence lorsqu'on parcourt la liste de surfaces de soutien au Tableau 4 car l'impact sur l'état fonctionnel du patient tend à augmenter. Par exemple, il sera peut-être plus difficile pour le patient de se transférer d'une surface dynamique, augmentant ainsi le risque de blessure ou de pression et de cisaillement.

La pression doit aussi être évaluée sur toutes les surfaces avec lesquelles le patient entre en contact, y compris le fauteuil roulant, la chaise percée / le siège de toilette, les divans et le siège d'auto. « Aucune surface de soutien n'est idéale pour tout le monde ... le seul véritable test d'une surface de soutien est son effet sur le patient ou le client. »²¹

La cartographie de pression informatisée est une façon d'évaluer une surface. Grâce à cette technique, un mince tapis sensible à la pression est placé entre le patient et la surface. La pression interface est alors traduite en une image sur l'ordinateur. Ce système peut aussi être utilisé comme technique de rétroaction biologique car le patient a une image visuelle des changements de pression quand il/elle change de posture. Sans égard à la disponibilité d'un système de cartographie de pression informatisée, une évaluation du siège doit aussi être faite pour assurer une gestion adéquate de pression sur chaque surface.

Sans égard à quelles surfaces sont prescrites, elles peuvent être rendues inefficaces ou être nuisibles si elles ne sont pas utilisées de façon appropriée et convenablement entretenues.

Recommandation 3 : (Niveau de preuve : Prévention Ib – IV, Prise en charge B – C)
Maximiser l'état nutritionnel.

Discussion

Les recommandations 3.11 de la ligne directrice de Prévention⁸ et les numéros 7 et 8 de la ligne directrice de Prise en charge⁹ correspondent à la recommandation de l'article original.⁷ Dans cet article, la vitamine E et certains acides aminés sont cités comme facteurs associés à la guérison de la plaie, en plus des calories, protéines, vitamines A et C et le minéral zinc. D'autres sources suggèrent que l'apport en vitamine E orale n'est pas recommandé pour la prise en charge nutritionnelle des ulcères de pression car elle peut interférer avec la synthèse du collagène, peut faire disparaître l'oxygène au site de la plaie, peut prolonger la phase inflammatoire de la guérison et peut interférer avec les effets bénéfiques de la vitamine A dans la prise en charge de la plaie.^{22,23} Des recherches plus poussées sont nécessaires avant de pouvoir faire des recommandations sur les indications et les considérations d'innocuité associées à la supplémentation de certains acides aminés comme la glutamine pour la prise en charge de l'ulcère de pression.²⁴

Dans la mesure du possible, on devrait avoir une consultation avec un diététiste professionnel pour une évaluation minutieuse d'un patient à risque de faire ou qui présente un ulcère de pression. L'intervention nutritionnelle doit tenir compte des besoins évalués, qui sont élevés en présence d'ulcère(s) de pression, la suffisance de

l'apport actuel, les voies et l'étendue des pertes des substances nutritives et des liquides, les obstacles actuels à une nutrition optimale, les considérations liées à des problèmes cliniques ou à des états morbides coexistants, les indicateurs anthropométriques, biochimiques et cliniques de l'état nutritionnel et les buts / désirs du patient ou de son décideur remplaçant. Une évaluation minutieuse fournit les données requises pour l'élaboration d'un plan d'intervention nutritionnel qui rehausse le potentiel de guérison grâce à l'alimentation, aux suppléments et/ou au soutien de nutrition entérale, si indiqué.²⁵

La réaction du patient face à une maladie, une blessure ou une infection ou toute réaction inflammatoire est une amplification de la réaction de 'combat ou de fuite'. Un ulcère de pression chronique ne guérissant pas est un état inflammatoire perpétuel qui entrave davantage le potentiel de guérison.²⁶

Bien qu'il puisse y avoir plusieurs façons de surveiller l'état nutritionnel, la surveillance régulière du poids du patient demeure toujours une méthode fiable, valide, peu coûteuse et non invasive pour déterminer si un patient est dans un état anabolique, catabolique ou stable. L'identification d'une tendance de poids indésirable est un indicateur précoce de risque et permet une intervention proactive avant que la malnutrition et l'entrave à la guérison de la plaie ne deviennent graves. Une insuffisance protéinique peut provoquer un œdème qui peut masquer la perte musculaire et adipeuse, retardant l'identification de la cachexie qui peut être dépistée par la surveillance régulière du poids.²⁷ Alors que l'estimation de l'apport calorique quotidien par la portion de nourriture laissée sur le plateau du patient après chaque repas peut être une méthode de surveillance de l'état nutritionnel, on devrait l'incorporer avec d'autres évaluations plus objectives comme le poids corporel et les mesures de laboratoire de l'état nutritionnel.

Une hémoglobine inférieure à 100 g/L entrave la guérison de la plaie. Il est important de déterminer le type d'anémie (carence en fer ou anémie de la maladie chronique) et la traiter de façon appropriée. Le type d'anémie détermine la stratégie du traitement; une mauvaise gestion peut entraver le potentiel de guérison d'un patient et peut résulter en un risque pour le patient en raison d'une hémochromatose iatrogène.²⁸ Une série de cas récente suggère que l'érythropoïétine humaine recombinée puisse être utile pour renverser l'anémie de la maladie chronique qui peut être associée aux ulcères de pression chroniques.²⁹

L'identification et la correction de la déshydratation sont importantes pour optimiser la guérison. Il peut y avoir perte de fluides non seulement par les plaies suintantes mais aussi par vomissements, selles liquides fréquentes, débit urinaire élevé en raison de la prise de diurétiques ou d'un diabète mal équilibré, fistules et traitement par pression négative topique. Une baisse de la réponse à la soif et d'autres facteurs qui ont un impact sur les personnes âgées et autres patients à risque de déshydratation peuvent mener à un apport hydrique insuffisant et à un remplacement insuffisant des pertes hydriques.

Une revue Cochrane sur les interventions nutritionnelles pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression en 2003 n'a pu tirer de conclusions définitives sur l'effet de la nutrition parentérale

ou entérale dans la prévention et la prise en charge des ulcères de pression.³⁰

Recommandation 4 : (Niveau de preuve : Prévention IV, Prise en charge B)
Maîtriser l'humidité et l'incontinence.

Discussion

L'information présentée dans la recommandation 4 de pratique exemplaire a été validée comme courante par les preuves présentées dans la ligne directrice de Prévention de l'AIIAO, Recommandations 3.9 et 3.10 et la ligne directrice de Prise en charge, Recommandation 34.⁹

La Recommandation 3.9 de la ligne directrice de Prévention⁸ fournit des renseignements supplémentaires à propos du nettoyage de la peau, énonçant que la peau devrait être nettoyée délicatement au moment de la souillure avec un agent nettoyant doux au pH équilibré et non sensibilisant. De l'eau chaude (pas bouillante) est recommandée pour minimiser l'assèchement et l'irritation.^{31,32}

La Recommandation 3.10 souligne que l'exposition de la peau à diverses substances humides comme l'urine, les selles, la transpiration et le drainage de la plaie va augmenter la susceptibilité aux blessures^{33,34} et que la peau mouillée est fragile et plus susceptible à la friction et aux blessures par déchirure spécialement durant le nettoyage. La peau humide est aussi à risque accru d'éruptions cutanées par irritation et d'infections, comme le *Candida*. La Ligne directrice pour la Prévention et la Prise en charge des ulcères de pression publiée par la WOCN en 2003³⁵ confirme que l'incontinence fécale est un plus grand risque de rupture de la peau que l'incontinence urinaire en raison de l'irritation chimique qui résulte des enzymes dans les selles qui sont caustiques pour la peau. En présence d'incontinence urinaire et fécale, les enzymes fécales convertissent l'urée en ammoniac, élevant le pH cutané. Avec un pH cutané plus alcalin, la peau devient plus perméable aux autres irritants.³⁶ Le clinicien devrait évaluer les habitudes fécales et urinaires pour déterminer le type d'incontinence, et élaborer des programmes d'élimination et de propreté et de gestion pour diminuer les épisodes d'incontinence.

Pour gérer la continence, l'utilisation de dispositifs de collecte comme des condoms ou un système de poches pour contenir l'urine ou les selles devrait être considérée pour protéger la peau. Lorsque l'incontinence urinaire a contribué ou peut contribuer à un ulcère de pression, un cathéter urinaire peut être nécessaire pendant une courte période. Une consultation avec un spécialiste de la continence ou une infirmière stomothérapeute devrait être envisagée sur une base individuelle. On recommande aussi de consulter la ligne directrice de l'AIIAO Promouvoir la continence à l'aide de la miction provoquée pour plus de renseignements sur la continence.¹¹ Les tampons ou culottes d'incontinence devraient être changés quand ils deviennent saturés et les tampons et culottes ne devraient pas interférer avec toute surface de redistribution de la pression sur laquelle une personne peut être placée. L'utilisation de linge en coton est recommandée pour favoriser l'évaporation, l'aération de la peau et un séchage plus rapide de la peau rendue humide à cause de la transpiration. Des changements

fréquents du linge humide sont également recommandés pour maintenir la peau intacte sèche.

La Recommandation 34 de la ligne directrice de Prise en charge recommande l'utilisation de pansements appropriés pour gérer le drainage de la plaie et protéger la peau environnante.⁹ Les pansements ne devraient pas macérer le tissu environnant, car ce phénomène prolonge le temps de guérison. Le contrôle des exsudats de la plaie, qui implique de garder le lit de la plaie humide et la peau environnante intacte sèche, est un autre critère de sélection du pansement.^{37,38} Ovington³⁹ signale qu'une revue de la littérature de 1993 à 1998 n'a pas révélé de travaux cliniques ou d'ERC portant sur la macération ou la dessiccation de l'ulcère causée par une sélection de pansement inappropriée. Toutefois, de nombreux pansements absorbants empêchent le drainage latéral et en bout de ligne, la macération du pourtour de la plaie. Le remplacement des pansements est requis lorsque leur capacité d'absorption a été atteinte. Les crèmes, onguents, pellicules et feuilles solides de barrière protectrices comme les hydrocolloïdes peuvent être utilisés pour protéger la peau du pourtour de la plaie de l'exsudat de la plaie. L'utilisation de sacs collecteurs peut aussi être envisagée pour gérer les exsudats excessifs si l'emplacement de la plaie en permet l'application.

Recommandation 5 : (Niveau de preuve : Prévention IV)
Maximiser l'activité et la mobilité, réduisant ou éliminant la friction et le cisaillement.

Discussion

Les recommandations multiples dans la ligne directrice de prévention de l'AIIAO traitent du problème de friction et de cisaillement.⁸ Les recommandations 1.3, 3.2, 3.7 et 3.12 traitent de la maximisation de la mobilité et de la réduction de la friction et du cisaillement associés aux positionnements et aux transferts. Le cisaillement est une force mécanique qui bouge les structures osseuses dans une direction opposée à la peau de recouvrement (force de cisaillement). Les effets de la pression sont aggravés par l'addition du cisaillement. La friction est la force de deux surfaces bougeant l'une par rapport à l'autre, créant une chaleur locale et aboutissant souvent en une abrasion.

Les transferts, les repositionnements au niveau de glissements dans le lit ou dans le fauteuil roulant sont des causes primaires de friction et de cisaillement. Les transferts et les positionnements devraient donc être évalués chez tous les patients qui souffrent d'ulcères de pression. Les transferts en particulier devraient être évalués au début de la journée et à la fin de la journée lorsque la fatigue peut avoir un impact sur la qualité du transfert.

L'AIIAO recommande « qu'un patient souffrant d'un ulcère de pression sur une surface de siège devrait éviter la position assise. Si la pression sur l'ulcère peut être soulagée, on peut permettre une position assise limitée. »⁸ Malheureusement, l'alternative à s'asseoir dans la chaise est souvent l'alitement. L'alitement entraîne des complications comme l'anorexie, une baisse du fonctionnement exécutif, et des embolies pulmonaires. Toutefois, il n'y a pas d'études randomisées contrôlées qui indiquent que l'alitement est efficace dans la prise en

charge des ulcères de pression.¹⁷ La gestion de la pression, de la friction et du cisaillement tout au long des activités de vie quotidiennes du patient entraîne vraisemblablement une amélioration de la qualité de vie de ce dernier, et évite les complications connues de l'alitement.

Aborder les besoins particuliers des patients

Recommandation 6 : (Niveau de preuve : Prévention IV, Prise en charge B – C)

Évaluer et maîtriser la douleur.

Discussion

L'importance de l'information se trouvant dans la recommandation 6 des pratiques exemplaires a été validée par les preuves présentées par les recommandations se trouvant dans la Ligne directrice de l'AIIAO, Recommandations de Prévention 3.3a et 3.3b (Niveau de preuve IV)⁸ et les Recommandations de Prise en charge 9 (Niveau de preuve C) et 10 (Niveau de preuve B).⁹ De plus, les prestataires de soin des plaies sont dirigés vers la Ligne directrice de l'AIIAO, Recommandation 1, 2, 3, 4, 5 et 6 sur l'évaluation et la gestion de la douleur¹⁰ (Niveau de preuve C).

La Recommandation 3.3a dans la Ligne directrice de Prévention identifie le besoin de tenir compte de l'impact de la douleur sur la baisse de la mobilité et de l'activité comme facteur augmentant le risque de développement d'un ulcère de pression.⁸ Les mesures du soulagement de la douleur peuvent comprendre une médication efficace, un positionnement thérapeutique, des surfaces de soutien et autres interventions non pharmacologiques.

La Recommandation 3.3b dans la Ligne directrice de Prévention aborde le risque de rupture de la peau liée à la perte de sensation protectrice, ou la capacité de percevoir la douleur et d'y répondre de façon efficace.⁸ L'analgésie et les sédatifs peuvent déprimer le système nerveux central, entraînant une baisse de la vigilance, de l'activité et de la mobilité, modifiant ainsi la capacité de la personne de répondre à la douleur ischémique.⁴⁰ On doit aussi tenir compte de l'impact de la douleur sur la réduction de la perfusion tissulaire locale et du risque accru de développement d'un ulcère de pression ou d'un retard de guérison. Une recherche plus poussée est nécessaire dans le domaine de la douleur et de son impact comme facteur de risque pour le développement d'un ulcère de pression.

La Recommandation 9 de la Ligne directrice de Prise en charge énonce que tous les patients devraient être évalués pour la douleur liée à l'ulcère de pression ou à son traitement.⁹ Une revue des preuves signale que la douleur devrait être évaluée systématiquement et régulièrement en utilisant chaque fois le même outil validé.⁴¹ Les outils d'évaluation devraient être appropriés à la capacité cognitive du patient et devraient être faciles à utiliser. Il n'existe pas d'outil validé à utiliser spécifiquement avec les patients qui éprouvent la douleur d'un ulcère de pression. Le groupe d'experts suggère l'utilisation d'un outil validé dont la validité et la fiabilité ont été testées chez les adultes. Les outils dont la validité a été établie sont décrits dans la Ligne directrice de l'AIIAO, Recommandation 4 sur l'Évaluation et la Gestion de la douleur.⁴ Une étude récente a comparé les outils d'évaluation de la douleur à utiliser auprès des personnes souffrant d'un ulcère de la jambe⁴²

(Nemeth *et al.* 2003) et a découvert que les preuves courantes étaient insuffisantes pour recommander un outil d'évaluation quelconque de la douleur.⁴² Toutefois, ils ont suggéré qu'un processus d'évaluation en deux étapes puisse être utile. Initialement, l'évaluation devrait inclure une auto-évaluation liée à la présence et au niveau de douleur, et dans les situations où la douleur est présente, on doit effectuer une évaluation plus compétente de la qualité de la douleur. La Recommandation 5 de la Ligne directrice sur la douleur recommande que l'évaluation de la douleur comprenne aussi les indicateurs physiologiques et comportementaux de la douleur, et devrait être comprise dans les populations comme les nourrissons, les enfants, les personnes souffrant de déficience cognitive et de douleur aiguë.¹⁰

La Recommandation 10 de la Ligne directrice de la Prise en charge décrit les caractéristiques d'une évaluation de la douleur.⁹ Les caractéristiques supplémentaires d'une évaluation complète de la douleur sont décrites en détail dans les recommandations 3 et 6 de la Ligne directrice de la Douleur.¹⁰ La Ligne directrice de l'AIIAO appuie la recommandation de l'AHCPR que la prise en charge de la douleur de l'ulcère de pression devrait inclure l'élimination ou le contrôle de la source de la douleur (p. ex., couvrir les plaies, ajuster les surfaces de soutien, et repositionner) de même que procurer l'analgésie pour traiter la douleur liée aux interventions et à la plaie.³¹ La réussite de la prise en charge de la douleur exige un effort interdisciplinaire pour gérer les complexités de la douleur et laborer un plan de traitement multifacette. Une évaluation et un diagnostic précis du type de douleur, de son intensité et de son effet sur la personne sont nécessaires pour planifier des interventions ou des traitements appropriés et font partie intégrante de l'évaluation clinique globale.

Recommandation 7 : (Niveau de preuve : Prise en charge C)

Évaluer les besoins psychosociaux et y répondre.

Discussion

Les recommandations 2 et 3 de la Ligne directrice de l'AIIAO de la Prise en charge procurent une validation pour la recommandation 7.⁹ Une évaluation psychosociale comprenant une évaluation de la qualité de vie devrait être menée pour déterminer la capacité et la motivation du patient à comprendre le plan de traitement et à y adhérer. La discussion des preuves décrit la nécessité d'une évaluation psychosociale pour recueillir l'information nécessaire pour élaborer un plan de soins avec le patient qui correspond aux préférences individuelles et familiales, les buts et les ressources lorsque la compréhension, la coopération et l'initiative des patients et de leurs soignants sont requises. Le plan de traitement devrait comprendre des interventions pour s'attaquer aux besoins et buts psychosociaux identifiés. Le suivi devrait être planifié en coopération avec la personne atteinte et le soignant, en consultation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire appropriés.

Procurer un soin local de la plaie

Recommandation 8 : (Niveau de preuve : Prévention IV, Prise en charge A – C)

Évaluer le stade de la plaie et la traiter. Procurer un environnement optimal compatible avec les principes de préparation du lit de la plaie.

Discussion

Les recommandations multiples dans les lignes directrices de la Prévention et la Prise en charge se rapportent au soin local de la plaie.^{8,9} On peut trouver une discussion plus détaillée du soin local de la plaie dans l'article original Préparation du lit de la plaie, la revue subséquente en 2003¹² et l'article correspondant dans ce numéro (page 73). Les ulcères de pression devraient continuer à être stadifiés selon le système de stadification du NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*)—(Niveau de preuve IV), auquel on peut accéder à www.npuap.org ou dans l'Annexe E de la ligne directrice sur la Prévention.⁸ Il existe une controverse à propos de la stadification inverse. Les systèmes informatisés comme le Minimum Data Set, couramment utilisé aux soins de longue durée, nécessitent une stadification inverse à mesure que l'ulcère se ferme, mais l'opinion des experts ne le recommande pas sous prétexte que c'est cliniquement difficile à faire de façon précise et que même si l'ulcère est en train de guérir, la profondeur de la lésion tissulaire demeure telle qu'elle l'était au départ.

Le progrès vers la fermeture est le mieux évalué à l'aide d'un outil valide et fiable qui dépiste le changement dans le temps. En 1999, Woodbury *et al.*⁴³ ont fait une évaluation critique des outils existants à l'époque. Les outils PSST, Sessing et PWAT ont démontré la meilleure preuve pour leur utilisation. Depuis ce temps, d'autres travaux sur la validation de l'outil PUSH⁴⁴ ont été menés et on peut en recommander l'utilisation. L'outil utilisé doit être approprié au milieu et aux utilisateurs. La mnémonique MEASERB,⁴⁵ décrite dans l'article sur la Préparation du lit de la plaie de ce numéro (page 78), saisit les paramètres clés qu'il faut examiner dans le cadre de l'évaluation d'un ulcère de pression (Niveau de preuve IV).

Le soin local de la plaie implique le débridement du tissu non viable, l'évaluation et la prise en charge du fardeau bactérien et la prise en charge de l'exsudat grâce à une sélection de pansements appropriée. Dans les ulcères de pression incurables, le débridement du tissu non viable pour réduire la charge bactérienne et pour contrôler l'exsudat et l'odeur est justifié, mais le débridement jusqu'au saignement du tissu est contre-indiqué. Dans les ulcères curables, un débridement plus énergique est indiqué. Selon le patient, le contexte et les compétences du clinicien, toutes les formes de débridement peuvent être utilisées. Les preuves s'accumulent à l'effet que le débridement larvaire⁴⁶ est utile dans les ulcères de pression, mais au Canada l'acceptation du patient demeure faible.

L'évaluation des ulcères de pression pour l'infection demeure un défi clinique car la plupart des ulcères de pression sont colonisés. L'écouvillonnage de surface ne révélera que l'organisme colonisateur et ne reflètera peut-être pas une infection plus profonde. Dans une étude, des écouvillons superficiels ont été positifs pour 96 % des ulcères testés, alors que les aspirats de tissus plus profonds n'ont été positifs que dans 43 % et les biopsies tissulaires profondes que dans 63 % des mêmes ulcères testés.⁴⁷ Dans une étude rétrospective

des échantillons chirurgicaux d'ulcères de pression infectés, les organismes prédominants ont été *Enterobacter* (29 %), *Staphylococci* (28 %), *Enterococcus faecalis* (16 %).⁴⁸ Plusieurs ulcères de pression surviennent chez des patients institutionnalisés où des organismes antibiorésistants peuvent être prédominants. On doit tenir compte de tous ces facteurs quand on élabore des plans de traitement. On a signalé des cas d'ostéomyélite dans les ulcères de pression chez jusqu'à 32 % des patients.⁴⁹ Les examens diagnostiques peuvent comprendre des clichés radiographiques simples, une augmentation des globules blancs, une hausse de la VSG, des scintigraphies osseuses et des IRM, selon la situation clinique. Les recommandations 37 à 44 de la Ligne directrice de l'AlIAO sur la prise en charge abordent la colonisation et l'infection.⁹

La sélection des pansements est bien couverte dans les recommandations 30 à 34 sur l'évaluation et la prise en charge.⁹ Quelques principes généraux valent la peine d'être notés. Les ulcères situés dans des emplacements à risque de contamination par l'urine ou les selles devraient être couverts avec des pansements occlusifs pour réduire le risque de contamination. Plusieurs ulcères de pression ont des espaces sous-jacents ou des sinus. Les endroits visibles d'érosion et d'espaces morts doivent être remplis délicatement avec des matériaux absorbants comme des alginate ou des hydrofibres pour drainer l'exsudat dans le pansement secondaire. Un remplissage excessif avec de la gaze non déformable peut en fait entraîner une hausse des pressions tissulaires et des lésions additionnelles. Dans les endroits de risque élevé de contamination, l'utilisation de pansements antimicrobiens peuvent être utiles pour réduire le risque d'infection.

Recommandation 9 : (Niveau de preuve : Prise en charge A – C) Introduire des modalités d'appoint ou des pansements biologiquement actifs au besoin.

Discussion

La ligne directrice de l'AlIAO de la prise en charge indique qu'il y a des niveaux multiples de preuve selon la modalité. La littérature a fait l'objet d'une recherche plus poussée sur les essais cliniques randomisés contrôlés, les essais multicentriques et les méta-analyses qui ont examiné l'efficacité de la modalité sur la guérison (fermeture de la plaie) des ulcères de pression chroniques. Les essais cliniques examinant le bienfait de ces modalités sur d'autres types de plaie chronique ou sur les ulcères d'étiologie mixte n'ont pas été inclus dans cette revue. Une revue systématique de la littérature en se servant d'articles approuvés par des collègues publiés dans les revues cités dans Index Medicus et trouvés dans des bases de données médicales établies a été complétée.

Selon cette revue, on a fait les recommandations suivantes qui clarifient la ligne directrice de l'AlIAO :

1. L'utilisation de la thérapie par stimulation électrique (TSE) est recommandée pour le traitement des ulcères de pression chroniques (Niveau A).

Il y a 12 études randomisées contrôlées portant sur l'étude d'un total de 404 sujets. Dix études sur 12 signalent que la TSE a accéléré

la guérison de la plaie comparativement aux sujets du groupe témoin. Les résultats de ces essais cliniques doivent être combinés dans une méta-analyse.⁵⁰ Les résultats préliminaires signalés récemment ont révélé une hausse significative ($p < 0,0001$) des taux de fermeture attribuable à la TSE des ulcères de pression ($n=253$) comparativement aux témoins ($n=151$).⁵¹

2. Envisager le facteur de croissance d'origine plaquettaire (PDGF-BB), les champs électromagnétiques (CEM), les ultrasons thérapeutiques, la normothermie, les rayons ultra-violet C, le traitement par débridement larvaire pour stimuler la fermeture des ulcères de pression chroniques qui ne guérissent pas (Niveau B).

Une vaste étude multicentrique ($n=124$) a signalé une hausse importante de la guérison des ulcères de pression chroniques traités à l'aide de PDGF-BB recombinant.⁵² Une étude randomisée plus petite a aussi signalé une amélioration des taux de guérison des ulcères de pression chroniques traités à l'aide de PDGF-BB, toutefois ces différences n'ont pas été statistiquement significatives ($p=0,056$). L'effet des CEM et des ultrasons sur la guérison des ulcères de pression chroniques a fait l'objet de recherche dans plus d'une étude randomisée contrôlée; toutefois, les résultats ne sont pas constants. La normothermie, les rayons ultra-violet C et le traitement larvaire ont produit des résultats bénéfiques lorsque administrés aux ulcères de pression dans au moins un ERC.

3. Les preuves sont limitées pour appuyer l'utilisation du traitement topique par pression négative, le laser, la cellulose régénérée oxydée / le collagène, les substituts cutanés et l'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement des ulcères de pression chroniques qui ne guérissent pas (Niveau de preuve C).

Il y a deux études cliniques contrôlées qui signalent les effets du traitement topique par pression négative sur les ulcères de pression chroniques. Un rapport intérimaire⁵³ sur 22 personnes souffrant de 35 ulcères de pression profonds a conclu que le traitement topique par pression négative diminuait la taille de la plaie; toutefois, les différences signalées n'étaient pas statistiquement significatives ($p=0,46$). Joseph *et al.*⁵⁴ ont signalé dans une étude clinique contrôlée que le traitement topique par pression négative améliorait la taille de la plaie mieux que les plaies traitées par de la gaze trempée dans une solution saline. Cette étude n'a pas été incluse dans cette revue parce qu'elle avait de nombreux vices méthodologiques (ulcères chroniques d'étiologie mixte, plaies multiples par sujet incluses dans l'analyse, et aucune description des méthodes pour obtenir le résultat primaire de l'étude sur la profondeur de la plaie).

Une méta-analyse effectuée par Evans et Land de la Cochrane Collaboration, 2005⁵⁵ signale qu'il y avait des preuves faibles suggérant que la pression négative puisse être supérieure aux pansements de gaze imbibés de solution saline. Cependant, en raison du nombre total de sujets dans deux études ($n=34$) ils ont conclu qu'il n'y avait pas de preuves fiables que le traitement topique par pression négative augmente la guérison des plaies chroniques. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de méta-analyse publiée ayant examiné spécifiquement les

effets du traitement topique par pression négative sur les ulcères de pression. Il y a une étude clinique contrôlée qui s'est penchée sur le pouvoir du traitement au laser de stimuler la fermeture des ulcères de pression et ce rapport n'indique pas de différence statistiquement significative. La recherche documentaire n'a pas révélé une seule étude contrôlée publiée qui a examiné l'effet de la cellulose régénérée oxydée / du collagène, les substituts cutanés et l'oxygénothérapie hyperbare sur la guérison des ulcères de pression chroniques.

Recommandation 10 : (Niveau de preuve : Prise en charge C)

Envisager une intervention chirurgicale pour les ulcères profonds qui ne guérissent pas (Stades III et IV).

Discussion

La recommandation 45 de la ligne directrice de l'AIIO de la prise en charge⁹ correspond aux recommandations de l'article sur les meilleures pratiques.⁷ Une revue de Brown et Smith⁵⁶ en 1999 a révélé qu'aucun changement significatif dans la prise en charge clinique n'était justifié. Une revue rétrospective d'une expérience de 20 ans dans la reconstruction chirurgicale des ulcères de pression⁵⁷ a confirmé les taux d'échec très élevés de telles interventions. L'étude a examiné 598 ulcères chez 168 patients. La déhiscence de la ligne de suture est survenue dans 31 % des interventions chirurgicales et 11 % ont eu besoin de reconstruction. Chez 54 % des patients, les ulcères sont revenus après la fermeture du lambeau ou de la greffe. Ces résultats corroborent ceux qui ont été cités dans l'article original. Les taux d'échec élevés ont été associés avec le chômage, le faible niveau d'éducation et l'abus des drogues ou de l'alcool. Les taux de succès tels que cités dans l'article original sont plus élevés lorsque les patients souffrant d'ulcères de pression participent à un programme de réadaptation avant et après la chirurgie.⁷ La fermeture chirurgicale chez les patients plus jeunes où la qualité de vie est un enjeu significatif demeure une alternative viable chez des personnes soigneusement choisies.

Fournir un soutien organisationnel

Recommandation 11 : (Niveau de preuve : Prise en charge C)

Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pouvant répondre plus spécifiquement aux besoins du patient.

Discussion

La recommandation 57 de la ligne directrice de Prise en charge favorise la formation d'équipes interprofessionnelles pour traiter la question complexe du traitement des ulcères de pression. Il est intéressant de constater que peu d'autres lignes directrices de pratique clinique sur le traitement des ulcères de pression commentent sur le souhait de nombreux professionnels de la santé travaillant ensemble dans la prise en charge des ulcères de pression, et pourtant la discussion sur le besoin d'équipes dans l'article original sur les meilleures pratiques demeure valide aujourd'hui.⁹

Recommandation 12 : (Niveau de preuve : Prévention III – IV, Prise en charge C)

Éduquer les patients et les soignants au sujet de la prévention et de la prise en charge des ulcères de pression.

Discussion

L'information présentée dans la recommandation 12 de meilleures pratiques a été validée comme courante par les preuves présentées dans les Lignes directrices de l'AllAO de la Prévention, Recommandations 5.1 et 5.2, de la Prise en charge, Recommandations 48, 49, 50, 51 et 52.^{8,9}

La Recommandation 5.1 corrobore que les personnes à risque d'ulcères de pression devraient être informées et éduquées sur l'évaluation du risque et les stratégies de prévention, et que cette éducation devrait être dirigée à tous les niveaux des prestataires de soins de santé, incluant le patient, la famille et les autres soignants.^{58,59} En plus, l'information fournie relativement au contenu des programmes pour le patient et les soignants indique qu'ils devraient être personnalisés et procurer l'information relative aux facteurs de risque personnels de développement d'ulcère de pression, aux sites qui sont à plus haut risque de développement d'ulcère, à la façon d'examiner la peau à la recherche de lésions et à la reconnaissance des changements cutanés, comment prendre soin de la peau, y compris les méthodes pour soulager ou réduire la pression, où et quand obtenir de l'aide au besoin, et quand demander une évaluation immédiate par un professionnel de la santé si des signes de détérioration se manifestaient. En plus de l'information discutée dans la recommandation 12 de l'article sur les meilleures pratiques de 2000, la recommandation 5.1 de l'AllAO énonce que les programmes éducatifs pour la prévention des ulcères de pression doivent être structurés, organisés et complets, et devraient être mis à jour régulièrement pour incorporer les nouvelles preuves et les nouvelles technologies.⁸

La Recommandation 5.2 énonce que les programmes éducatifs devraient être basés sur les principes de l'apprentissage des adultes, en ajustant le niveau d'information et le mode d'exécution à l'auditoire.⁸ On recommande de surveiller les résultats des programmes éducatifs pour s'assurer qu'ils sont efficaces, par exemple, par la réduction de la prévalence et l'incidence des ulcères.

Les Recommandations 48 à 51 de la ligne directrice de la Prise en charge touchent la structure et le contenu des activités éducatives. Ces recommandations suggèrent d'inclure des discussions sur la qualité de vie et la gestion de la douleur dans l'éducation des patients et des soignants. Le contenu des programmes éducatifs tels que décrits dans la recommandation 12 de l'article original sur les meilleures pratiques a été confirmé par la ligne directrice de 2000 du *Royal College of Nursing*³⁴ avec l'addition de l'éducation sur la sélection, l'utilisation et le maintien de l'équipement de redistribution de la pression. Cette même ligne directrice recommande aussi de définir les rôles et les responsabilités de l'équipe interdisciplinaire relativement à l'évaluation et à la prévention du risque d'ulcère de pression. On suggère aussi que les programmes éducatifs comprennent un examen des limitations et des applications des outils de l'évaluation du risque. Une revue systématique par

McGough (telle que citée dans RCN, 2000)³⁴ appuie le concept que les programmes éducatifs peuvent réduire l'incidence et la prévalence du développement des ulcères de pression.

Conclusions

La prévalence globale estimée des ulcères de pression chez les patients institutionnalisés au Canada est de 26 %. Même si environ la moitié d'entre eux sont de stade I, l'importance du nombre demeure inacceptable. Les experts en ulcères de pression croient que les ulcères de pression ne sont pas tous évitables mais on espère qu'en mettant les meilleures pratiques en application dans tous les contextes de soins, on pourra en diminuer la prévalence.

La production et le maintien des lignes directrices de pratique clinique est un processus exigeant en main d'œuvre et coûteux. L'AllAO a les ressources financières et humaines pour entreprendre les processus rigoureux d'une revue systématique régulière de la littérature et de la production des lignes directrices. Ces lignes directrices sont toutefois souvent vastes, assorties de recommandations multiples, et ne sont peut-être pas pratiques pour aider les cliniciens au chevet du malade. De plus, elles ciblent les infirmières et, malheureusement, elles peuvent être ignorées par les autres disciplines. Le transfert des preuves dans la pratique exige un leadership fort et un soutien organisationnel et institutionnel permanent dans tous les milieux de soins. Les cliniciens ont besoin de soutiens multiples comme de l'éducation, un soutien stratégique et des outils de pratique pour transférer l'ensemble des preuves dans la pratique de tous les jours.

Les recommandations originales de meilleure pratique pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression publiées en 2000,⁷ bien que fondées sur une revue approfondie de la littérature, étaient principalement des opinions d'experts. En revoyant et en révisant ces recommandations et en les liant aux Lignes directrices de l'AllAO, nous espérons que ces outils de pratique sont maintenant solidement enchâssés dans les preuves. ☺

Références

1. Woodbury MG, Houghton PE. Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy/Wound Management*. 2004;50(10):22-38.
2. Whittington KT, Briones R. National prevalence and incidence study: 6-year sequential acute care data. *Adv Skin Wound Care*. 2004;17(9):490-4.
3. Tannen A, Dassen T, Bours G, Halfens R. A comparison of pressure ulcer prevalence: Concerted data collection in the Netherlands and Germany. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(6):607-612.
4. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, et al. The national pressure ulcer long-term care study: Pressure ulcer development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(3):359-67.
5. Gethin G, Jordan-O'Brien J, Moore Z. Estimating costs of pressure area management based on a survey of ulcer care in one Irish hospital. *Journal of Wound Care*. 2005;14(4):162-5.
6. Brandeis GH, Berlowitz DR, Katz P. Are pressure ulcers preventable? A survey of experts. *Adv Skin Wound Care*. 2001;14:244.
7. Dolynchuk K, Keast DH, Campbell KE, et al. Best practices for the prevention and treatment of pressure ulcers. *Ostomy/Wound Management*. 2000;46(11):38-51.
8. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers*. Toronto: RNAO. 2005. Available online at www.rnao.org/bestpractices/.

9. —. *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers*. Toronto: RNAO. 2002. Available online at www.mao.org/bestpractices/.
10. —. *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Management of Pain*. Toronto: RNAO. 2002. Available online at www.mao.org/bestpractices/.
11. —. *Nursing Best Practice Guideline: Promoting Continence Using Prompted Voiding*. Toronto: RNAO. 2005. Available online at www.mao.org/bestpractices/.
12. Sibbald RG, Orsted HL, Schultz GS, et al. Preparing the wound bed 2003: Focus on infection and inflammation. *Ostomy/Wound Management*. 2003;49(11):24-51.
13. Defloor T, Grypdonck MF. Pressure ulcers: Validation of two risk assessment scales. *J Clin Nurs*. 2005;14(3):373-82.
14. Jalali R, Rezaie M. Predicting pressure ulcer risk: Comparing the predictive validity of 4 scales. *Adv Skin Wound Care*. 2005;18(2):92-97.
15. Fisher AR, Wells G, Harrison MB. Factors associated with pressure ulcers in acute care hospitals. *Holist Nurs Pract*. 2004;18(5):242-53.
16. Cullum N, McInnes E, Bell-Syer SEM, Legood R. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2004;3:Art. No. CD001735. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
17. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, et al. Preparing the wound bed: Debridement, bacterial balance and moisture balance. *Ostomy/Wound Management*. 2000;46(11):14-35.
18. Young T. The 30 degree tilt position vs. the 90 degree lateral or supine positions in reducing the incidence of non-blanching erythema in a hospital inpatient population: A randomized controlled trial. *J Tissue Viability*. 2004;14(3):88, 90, 92-96.
19. Norton L, Sibbald RG. Is bed rest an effective treatment for pressure ulcers? *Ostomy/Wound Management*. 2004;50(10):40-52.
20. Sibbald RG, Norton L. Wound care text [German]. In press 2006.
21. Sprigle S. Prescribing pressure ulcer treatment. *Rehab Management*. 2000;June/July. Available online at www.rehabpub.com/ltrehab/672000/5.asp.
22. Albina JE. Nutrition and wound healing. *J Parenter Enter Nutr*. 1994;84(9):367-76.
23. Ross V. Micronutrient recommendations for wound healing. *Support Line*. 2002;24(4):3-9.
24. Langkamp-Henken B, Herlinger-Garcia KA, et al. Arginine supplementation is well tolerated but does not enhance mitogen-induced lymphocyte proliferation in elderly nursing home residents with pressure ulcers. *J Parenter Enter Nutr*. 2000;24(5):280-7.
25. Harris C, Fraser C. Malnutrition in the institutionalized elderly: The effects on wound healing. *Ostomy/Wound Management*. 2004;50(10):54-63.
26. Mast B, Schultz G. Interaction of cytokines, growth factors and proteases in acute and chronic wounds. *Wound Repair Regen*. 1996;4:411-20.
27. Walaszek P, et al. Involuntary weight loss: Treatment issues in long-term care. *The Consultant Pharmacist*. 2002;17(SA):511-21.
28. Spivak JL. Iron and anemia of chronic disease. *Oncology*. 2002;9(suppl 10):25-33.
29. Keast DH, Fraser C. Treatment of chronic skin ulcers in individuals with anemia of chronic disease using human recombinant erythropoietin: A review of four cases. *Ostomy/Wound Management*. 2004;50(10):64-70.
30. Langer G, Schloemer G, Knerr A, et al. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2003;4:Art. No. CD003216. Accessible online at www.thecochrane.library.com.
31. Agency for Health Care Policy and Research. *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention*. 1992. Available online at www.guidelines.gov.
32. Consortium for Spinal Cord Medicine. *Pressure Ulcer Prevention and Treatment Following Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-care Professionals*. United States Government: Paralyzed Veterans of America. 2000.
33. Braden BJ. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG, (eds.). *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book For Healthcare Professionals*, Third Edition. Wayne, PA: HMP Communications. 2001: 641-651.
34. Royal College of Nursing. *Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention*. London: Royal College of Nursing. 2000.
35. Wound Ostomy and Continence Nurses Society. *Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers*. 2003:15.
36. Ratliff CR, Rodeheaver GT. Pressure ulcer assessment and management. *Lippincott's Primary Care Practice* 1999;3:242-258.
37. Agency for Health Care Policy and Research. *Treatment of Pressure Ulcers*. 1994. Available online at www.guidelines.gov.
38. Compliance Network Physicians/ Health Force Initiative. *Guidelines for Outpatient Treatment of Chronic Wounds and Burns*. Berlin, Vienna: Blackwell Wissenschafts-Verlag. 1999.
39. Ovington L. Dressings and adjunctive therapies: AHCPR guidelines revisited. *Ostomy/Wound Management*. 1999;45(Suppl.1A):94S-106S.
40. Lindquist LA, Feinglass J, Martin GJ. How sedative medication in older people affects patient risk factors for developing pressure ulcers. *Journal of Wound Care*. 2003;12(7):272-275.
41. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual*. St. Louis: Mosby. 1999.
42. Nemeth K, Graham I, Harrison M. The measurement of leg ulcer pain: Identification and appraisal of pain assessment tools. *Advances in Skin & Wound Care*. 2003;16(5):260-267.
43. Woodbury MG, Houghton PE, Campbell KE, Keast DH. Pressure ulcer assessment instruments: A critical appraisal. *Ostomy/Wound Management*. 1999;45(5):42-55.
44. Gardner SE, Frantz RA, Berquist S, Shin CD. A prospective study of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(1):93-97.
45. Keast DH, Bowering K, Evans W, et al. Measure: A proposed assessment framework for developing best recommendations for wound assessment. *Wound Repair Regen*. 2004;12:S1-S17.
46. Sherman RA. Maggot versus conservative debridement therapy for the treatment of pressure ulcers. *Wound Repair Regen*. 2002;10(4):208-14.
47. Rudensky B, Lipschits M, Isaacsohn M, Sonnenblick M. Infected pressure sores: Comparison of methods of bacterial identification. *South Med J*. 1992;85:901.
48. Heym B, Rimariex F, Lortat-Jacob A, Nicolas-Chanoine MH. Bacteriological investigation of infected pressure ulcers in spinal cord-injured patients and impact on antibiotic therapy. *Spinal Cord*. 2004;42:230.
49. Darouiche RO, Landon GC, Klima M, et al. Osteomyelitis associated with pressure sores. *Arch Intern Med*. 1994;154:753.
50. Fernandez-Chimeno M, Houghton P, Holey L. Electrical stimulation for chronic wounds (Protocol). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2004;1:Art. No. CD004550. Accessible online at www.thecochrane.library.com.
51. Houghton PE. Proceedings of the 10th Annual Conference of the Canadian Association of Wound Care; November 2004. Calgary, AB.
52. Rees RS, Robson MC, Smiell JM, et al. Becaplermin gel in the treatment of pressure ulcers: A phase II, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Wound Repair Regen*. 1999;7(3):141-147.
53. Ford C, Reinhard E, Yeh D, et al. Interim analysis of a prospective randomized trial of vacuum-assisted closure vs. the Healthpoint system in the management of pressure ulcers. *Annals of Plastic Surgery*. 2002;9(1):55-61.
54. Joseph E, Hamori CA, Bergman S, et al. A prospective randomized trial of vacuum-assisted closure vs. standard therapy of chronic non-healing wounds. *Wounds*. 2000;12:60.
55. Evans D, Land L. Topical negative pressure for treating chronic wounds. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet database]. 2001;1: Art. No. CD CD001898. Accessible online at www.thecochranelibrary.com.
56. Brown DL, Smith DJ. Bacterial colonization/infection and surgical management of pressure ulcers. *Ostomy/Wound Management*. 1999;45(1A Suppl):109S-20S.
57. Schryvers OI, Stranc MF, Nance PW. Surgical treatment of pressure ulcers: 20 years experience. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(12):1556-62.
58. National Institute for Clinical Excellence. Pressure ulcer risk assessment and prevention. 2001. Available online at www.nice.org.uk.
59. Wiechula R. Best practice: Evidence-based practice information sheets for health professionals. [Pamphlet]. 1997.