

## L'escarre vue par le dermatologue

Docteur Thierry Le Guyadec  
Service de Dermatologie  
HIA Percy



## Conférence de consensus Novembre 2001

Texte court :

.. Journal des Plaies et Cicatrisation - Mars 2002

.. Ann Dermatol Venereol 2002 ; 129 : 757 - 65

[www.escarre.fr/](http://www.escarre.fr/)

## Recommandations 2012 Perse (Dr B Barrois) Revue l'Escarre Mars 2013

Texte court :

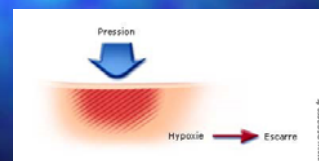
Synthèse des recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteurs d'escarres par consensus formalisé d'experts PERSE en partenariat avec la SFGG, la SOFMER et avec la participation de la SFFPC

[www.escarreperse.com](http://www.escarreperse.com)



## Définition

Zone localisée de nécrose tissulaire, se développant lors d'une compression des tissus mous, entre une proéminence osseuse et une surface externe sur laquelle repose le sujet



## Quelques chiffres sur l'escarre...

- touche environ 250 000 personnes par an en France
- dont 14 000 en meurent chaque année
- concerne 8,6% des hospitalisés, mais 22% après 65 ans
- L'âge moyen des porteurs d'escarres est de 74 ans
- plus de 35% des blessés médullaires en font une dans les 2 ans après l'accident et 85% une fois dans leur vie
- coût estimé à 690 M€ par an en ville, hors transport...

... mais la plupart des escarres peuvent être évitées

Prévenir les escarres,  
C'est les guérir!

## Physiopathologie : une pression trop forte prolongée trop longtemps

### Facteurs extrinsèques (+++) :

#### - Pression +++ :

Force perpendiculaire s'exerçant sur une surface limitée, surtout en regard des saillies osseuses : la compression prolongée des tissus mous (> P perfusion tissulaire) entraîne une ischémie tissulaire rapidement irréversible

#### - Cisaillement :

S'exerce parallèlement au support, en particulier en position assise instable, au niveau de la région sacrée et des ischions en position demi-assise

#### - Rottement et macération :

Sont des facteurs aggravants par l'ouverture initiale de la peau ; augmentent lors de l'incontinence, du port de couches ; les malades doivent être soulevés et non tirés du plan du lit lorsqu'on les mobilise

### Facteurs intrinsèques (liés au malade) :

- immobilisation prolongée (+++) secondaire à des troubles neurologiques ou vasculaires : le patient qui ne ressent plus la gêne liée à la position couchée allongée ne mobilise plus spontanément ses points d'appui (rachis, os iliaques, calcaneums)

- l'âge, la dénutrition, la déshydratation aggravent le tableau

## Apparition de la plaie :

**Une apparition brutale** : L'escarre est une plaie qui se développe en profondeur avant de s'ouvrir vers l'extérieur : C'est pourquoi sa gravité est souvent importante dès son apparition. Ceci renforce la nécessité de prévenir l'escarre.

**Une évolution rapide** : Une fois les tissus en état d'hypoxie, ils vont se dégrader très vite. Le passage du stade d'érythème (rougeur cutanée) à celui d'ulcère (plaie ouverte) peut prendre quelques heures.

La surveillance doit donc être fréquente afin de détecter tout érythème signe d'une escarre en formation.

## Etiologie

### Escarre de décubitus (+++)

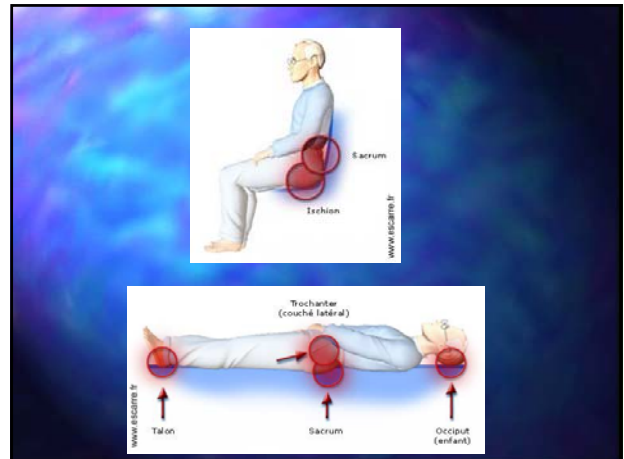
- la plus fréquente, liée à l'immobilisation prolongée
- la moitié des escarres du sujet âgé survient après un AVC ou une fracture du col fémoral
- peut survenir à tout âge lors d'une immobilisation prolongée : coma, réanimation, paralysies post-traumatiques...

### Escarre : complication

- des atteintes sensitives lors d'affections neurologiques non traumatiques (neuropathie diabétique ou éthylique)
- ou iatrogènes : sous plâtre, post opératoires...

## Clinique : siège

- Les zones de prédilection sont représentées par les zones d'appui avec une faible épaisseur de revêtement cutané ; par ordre de fréquence décroissante :
  - talons 40%
  - région sacrée 40%
  - régions trochantériennes chez l'altité en latéral
  - ischion, chez le paraplégique
  - malléoles
- Plus rarement : atteintes scapulaires, coudes, nuque...



## Clinique : 4 (à 5 si stade 0) stades évolutifs

(classification du National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989)

**Stade 0 :** Hyperhémie réactionnelle ; rougeur qui blanchit à la pression du doigt, réparation de la peau normale < 24 h

**Stade 1 :** érythème cutané qui ne blanchit pas lorsque la pression est levée (après 5 min environ) ; œdème et induration localisée

**Stade 2 :** atteinte de l'épiderme et d'une partie du derme : phlyctène serreuse ou hémorragique, abrasion superficielle

Ces 2 stades sont en partie réversibles avec les techniques de soins et de prévention

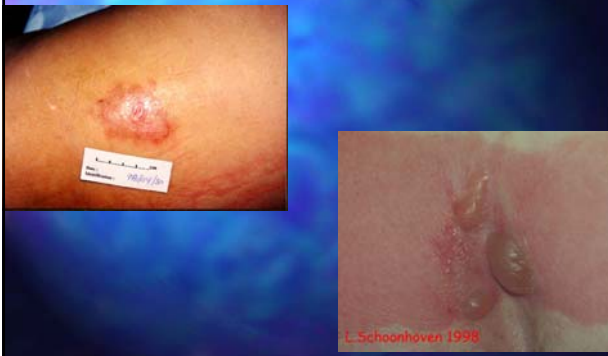
**Stade 3 :** atteinte complète de la peau (hypoderme) mais ne passant pas le fascia des muscles : nécrose avec aspect noirâtre, cartonné du tégument, entouré d'une bordure érythémateuse et oedémateuse

**Stade 4 :** perte de substance atteignant et dépassant le fascia, pouvant impliquer muscles, os, articulations, tendons...

## Escarre stade 1



## Escarre stade 2



## Escarre stade 3







Escarre stade 4

## Complications

### Infectieuses +++ :

- **fonction de la proximité des émonctoires naturels** et de l'état des défenses du malade ; **différencier colonisation bactérienne** (physiologique) et **infection vraie** : fièvre, signes inflammatoires locaux, nature et densité des bactéries rencontrées, biologie (NFS, VS, CRP...)
- **complications locales** : cellulite infectieuse, fistules, abcès profond ; ostéite ou arthrite (IRM, Biopsie chirurgicale)
- **complications générales** : septicémie

### Extension des escarres, en nombre ou en taille

### Retard ou absence de cicatrisation :

- **escarres atones** : dénutrition, anémie, maladie métabolique ou vasculaire, mauvais soins locaux
- **Hyperbourgeonnement** : pansements pro-inflammatoires

### Autres :

- troubles métaboliques (grande taille) ; hémorragie
- transformation cancéreuse
- décès

## Retentissement psycho-social et sur la qualité de vie

### Maladie lourde et dévalorisante pour le patient :

- gêne douloureuse ou morale : **altération de la relation à autrui liée à la présence des plaies, de l'écoulement, des odeurs...**
- sentiment de mort progressive chez le sujet âgé
- **complications de l'hospitalisation prolongée** : perte d'autonomie, complications iatrogènes, syndrome dépressif....
- **coût pour le système de santé** : prestations hospitalières, soins ambulatoires, heures de travail perdues...

## Traitement : avant tout préventif

### Importance de la prévention et des mesures prophylactiques

Toute personne s'occupant des malades à risque a un devoir d'alerte

La prévention de l'escarre est une urgence

Sa présence indique un défaut de vigilance

## Quels sont les facteurs de risque prédictifs d'escarre?

### Deux principaux :

- **mobilité réduite** : .. Neurologie : paralysie, coma, troubles conscience  
.. Chirurgie : pathologie orthopédique, traction  
.. Réanimation : anesthésie, collapsus
- **troubles sensitifs** : .. Pathologie médullaire  
.. Neuropathie périphérique (diabétique, éthylique)

### Autres :

- .. Dénutrition
- .. Age > 70 ans
- .. Amyotrophie des gens âgés ou polytraumatisés
- .. Maladies intercurrentes débilantes
- .. (Macération, mauvais état cutané)

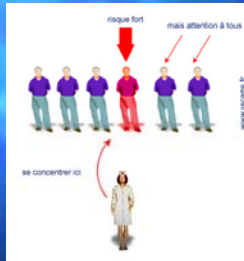
## Recommandations PERSE 2012

*L'immobilité doit être considérée comme un facteur de risque prédictif d'escarre (Grade B).*

*La dénutrition est possiblement un facteur de risque prédictif d'escarre (Grade C). Sa prise en charge est indispensable même si le niveau de preuve est faible.*

*L'incontinence mixte, urinaire et fécale, doit être prise en compte dans l'analyse globale des risques d'escarres (à dire d'experts).*

Les patients à risque ne sont pas les seuls à développer des escarres. La prévention et la surveillance concernent, à un niveau variable, tous les patients



« Il y a un intérêt à l'évaluation du risque prédictif d'escarres et à une prise en charge spécifique dès l'admission en établissement de santé (à dire d'experts). »

## Evaluer les facteurs de risque : les différentes échelles

Pour l'évaluation du risque d'escarre, il est recommandé d'utiliser, en plus du jugement clinique, une échelle d'évaluation du risque dès le contact initial avec le malade

Les plus utilisées :

- Norton (la plus simple)
- Waterlow
- Braden (la mieux validée, mais plus compliquée)
- Angers

« Il faut utiliser les échelles de risque (à dire d'experts). Elles constituent une aide à la décision, mais sont toujours à pondérer par le jugement clinique de l'équipe soignante. L'échelle de Braden est la plus pertinente (à dire d'experts). »

## L'échelle de Norton

Nom	Etat général	Etat mental	Activité	Mobilité	Incontinence	Score
	Bon	alerte	ambulant	totale	aucune	4
	Moyen	apathique	marche avec aide	diminuée	occasion	3
	Passable	confus	Assis au fauteuil	Tres diminuée	urinaire	2
	Mauvaise	inconscient	alité	immobile	Urinaire et fécale	1
Date						/20
Date						/20

Score > 15 : risque faible    Score < 12 : risque très élevé

## Echelle de BRADEN

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

≥ 18 : risque bas    13 à 17 : risque modéré    8 à 12 : risque élevé    ≤ 7 : risque élevé

<http://www.escarre.fr/>

\* Sensibilité = Capacité de répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression

## Mesures générales de prévention

Leur mise en place commence dès l'identification des facteurs de risque

S'appliquent à tout patient estimé à risque, mais visent aussi à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients déjà porteurs d'escarre

Concernent l'ensemble des professionnels de santé en contact avec le patient

Les mesures de prévention sont les suivantes :

## 1 : identifier les facteurs de risque

- jugement clinique + échelle validée
- élaborer une stratégie de prévention adaptée à chaque patient
- les soignants doivent être entraînés et formés à l'utilisation d'une échelle d'évaluation des risques

## 2 : Contrôler les facteurs extrinsèques (pression, cisaillement, friction)

A) Diminuer la pression en évitant les appuis prolongés par la mobilisation, la mise au fauteuil, la verticalisation, la reprise précoce de la marche :

“ on ne met rien sur une escarre... surtout pas le malade”

- effectuer des changements de position : toutes les trois heures au lit, toutes les deux heures au fauteuil

- vérifier que les changements de position soient effectivement faits : expliquer leur importance à ceux qui doivent les effectuer ; utiliser une “pendule” (document écrit)

- utiliser le décubitus latéral à 30° et non le décubitus latéral strict, car il réduit le risque d'escarre trochantérienne ; si présence d'escarres ischiatiques, laisser le malade au lit

- utiliser oreiller, traversin... pour positionner

- éviter les radios, scanner, transport en ambulance... sur un support non approprié

- utiliser un support (matelas, surmatelas, coussin) adapté au patient, en fonction du risque présenté, y compris sur la table opératoire

B) Éviter les forces de friction et de cisaillement :

- installation correcte au fauteuil (pas de position semi assise)

- manutention adéquate du patient : deux personnes, potence, soulève malade

### Les mauvaises positions couchées

Les principaux dangers de la position couchée sont :

- une pression trochantérienne élevée, due à une position couchée latérale (l'escarre trochantérienne est particulièrement grave).
- une position glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes (position couchée avec tête de lit relevée).

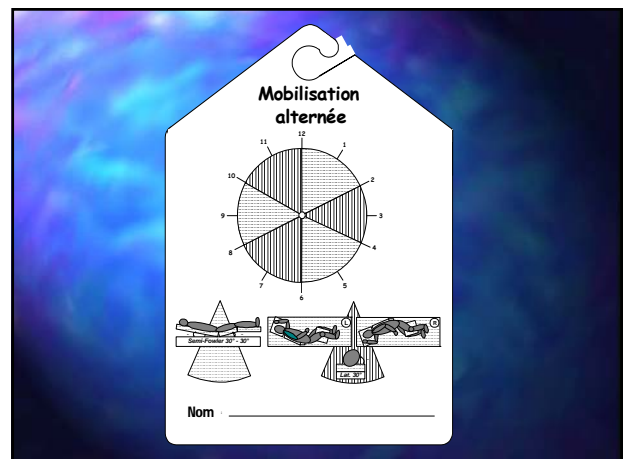
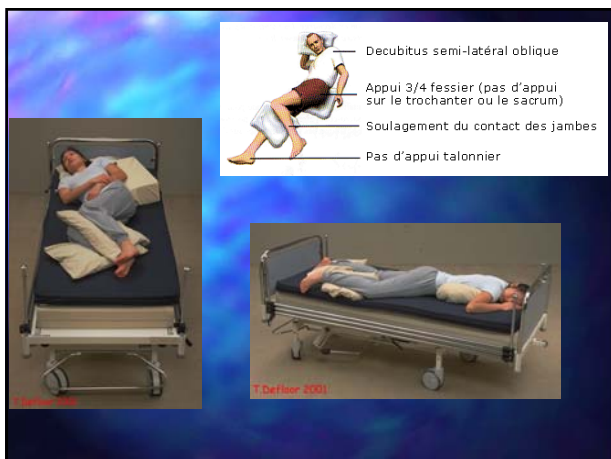
On peut noter par ailleurs que le fait de tirer les draps sans soulever le patient de son lit risque de créer de fortes forces de cisaillement sur tout le corps en contact avec le lit



### Les mauvaises positions assises

Les deux principaux dangers de la position assise sont :

- une concentration du poids sur les ischions, ce qui se produit notamment lorsque les cuisses ne touchent pas le siège (cales-pieds trop hauts chez le patient paraplégique par exemple, ou assise latéralement asymétrique).
- une position glissant vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes





### 3 : minimiser les facteurs intrinsèques

- assurer un équilibre nutritionnel en évaluant quantitativement les prises alimentaires ; maintenir un état d'hydratation correcte
  - maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération par une toilette quotidienne
  - observer de manière régulière l'état de la peau et les zones à risque (lors des changements de position, toilette...)
- le massage appuyé, les frictions des zones à risque, l'application de glisseurs sont à proscrire car ils diminuent le débit circulatoire
- Intérêt de l'effleurage sur peau saine avec Sanyrène®



Le problème de la nutrition dans les escarres nécessiterait un chapitre à lui seul ; une méta analyse suggère en effet que les compléments nutritionnels oraux permettent de diminuer le risque d'escarre alors que cela n'est pas prouvé dans le traitement de l'escarre constituée.

En cas de patient à risque, une évaluation systématique et régulière de l'état nutritionnel est nécessaire en se basant : sur l'IMC, la notion de perte de poids dans les 6 mois, et bien sûr par une enquête clinique en s'aidant d'une échelle type Mini Nutritional Assessment.

Si une dénutrition est dépistée, il faudra envisager des apports hyper caloriques et hyper protidiques, et, en cas d'impossibilité, ajouter des suppléments alimentaires ou envisager une nutrition entérale

### 4 : favoriser la participation du patient et de son entourage

- information et actions éducatives ciblées en fonction du caractère permanent ou temporaire des escarres (autosurveillance, auto soulèvement)
- une démarche d'amélioration de la qualité de la prévention des escarres dans les établissements de santé, l'élaboration et l'utilisation d'un protocole, l'évaluation des pratiques professionnelles sont recommandées :
- Constitution d'équipes d'infirmiers référents, de protocoles de soins et de prévention disponibles en ligne, d'enquêtes de prévalence...

*Q3a) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour un patient à risque d'escarres pour assurer la prévention ? (Perse 2012)*

*La mise en œuvre du traitement préventif local chez un patient à risque d'escarre a un intérêt pour assurer la prévention dès l'admission en établissement de santé (Grade C).*

*Les soins de nursing sont indiqués (Grade C). Ils incluent l'inspection des zones à risque, l'utilisation de produits non irritants pour le lavage, l'hydratation de la peau avec des émoullients, la protection des peaux fragilisées par l'incontinence par application d'un protecteur cutané. Ils incluent également l'application de pansements en regard des saillies osseuses pour réduire les forces de cisaillement.*

*Tout patient à risque bénéficie d'une mise en charge des zones à risque et d'effleurages, à l'exclusion des pétrissages (à dire d'experts).*

### Traitement de l'escarre constituée

#### Traiter le malade avant de traiter son escarre

Traitement local et général

Prise en charge pluridisciplinaire ; adhésion des soignants à un protocole de soins ; participation active du patient et de son entourage

Intensifier les mesures de prévention pour limiter la constitution de nouvelles escarres

### Description, évaluation initiale et suivi

#### 1) Evaluation initiale :

- référence pour les évaluations ultérieures
- feuille de surveillance spécifique pour chaque malade
- nombre d'escarres ; localisation ; stade ; mesure de la surface (calque) ; profondeur (écouvillon) ; peau périlésionnelle ; EVA

#### 2) Evaluation ultérieure :

- permet l'ajustement des traitements et la continuité des soins
- topographie (schéma) ; surface et profondeur ; évaluation colorielle...
- transcription dans le dossier du patient (retour à domicile, transfert...)

## 1) Principes du traitement local

- Traitement de la rougeur :  
supprimer la pression en changeant de position toutes les 2 à 3 heures ; si besoin (tumes, macération) : film ou hydrocolloïde mince ; massages, friction, utilisation de glaçon interdits
- En cas de plaie : utilisation de sérum physiologique ou eau du robinet et savon ; la plaie ne doit pas être asséchée
- Traitement de la phlyctène : évacuer le contenu, maintenir le toit, recouvrir avec un pansement hydrocolloïde ou gras

- Traitement de l'escarre constituée : assurer une détersion rapide de la plaie ; contrôle régulier à la recherche d'une collection sous-jacente, en particulier dans les escarres sacrées
  - la détersion mécanique (en évitant saignement et douleur) est nécessaire, en s'aidant d'un hydrogel ou d'un alginate
  - intérêt de la TPN pour le bourgeonnement



## Urgence à inciser



Le choix du pansement s'appuie sur l'aspect de la plaie (sèche, exsudative, malodorante...) et sa couleur (échelle colorielle) :

- plaie anfractueuse : alginates ou hydrofibres en mèche  
hydrocellulaires forme cavitaire, Hydroclean
- plaie exsudative : alginates, hydrofibres
- plaie malodorante : pansement au charbon ou à l'argent
- plaie bourgeonnante : hydrocolloïdes, hydrocellulaires
- bourgeonnement excessif : corticoïde local
- épidermisation : hydrocellulaire, interface

*(Q3b) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour réaliser la détersion d'une escarre constituée ? (Perse)*

*Il n'existe pas de recommandation formelle à cette question.*

*Il y a un intérêt à utiliser les alginate, les hydrogels et les hydrocolloïdes dans la détersion de l'escarre (Grade C).*

*L'intérêt de la Thérapie par Pression Négative (TPN) pour compléter la détersion de plaies faiblement fibrineuses est controversé (Grade C). Il y aurait un intérêt à utiliser de nouveaux pansements détersifs comme la larvothérapie ou les systèmes irrigo-absorbants (Grade C).*

*Les techniques de détersion physique d'une escarre au lit du patient ont leur place en pratique clinique (à dire d'experts).*

*Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée, l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts)*



(Q3c) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour un patient avec escarre(s) constituée(s) pour assurer le bourgeonnement et la réépidermisation d'une escarre constituée ?

*Il y a un intérêt à utiliser les hydrocolloïdes pour assurer le bourgeonnement et la réépidermisation d'une escarre constituée (Grade B).*

*Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts)*

## Traitement de l'escarre infectée

- distinguer colonisation bactérienne, constante dans les plaies chroniques, **utile**, à contrôler par un nettoyage et une déterision des tissus nécrotiques et **infection**, définie par :

Critères cliniques :

abcès, lymphangite, cellulite, adénopathies, apparition de nouvelles plaies autour, ostéite avec contact osseux

Signes généraux : fièvre, hyperleucocytose, CRP augmentée...

Bactériologie plus de 10<sup>5</sup> germes par gramme de tissu biopsié

- pas d'intérêt démontré des antiseptiques ou des antibiotiques locaux

- intérêt du VAC, des alginates et pansement au charbon ou à l'argent et des antibiotiques par voie générale

(Q3d) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour traiter une escarre infectée ?

*Le diagnostic d'une escarre infectée est clinique (à dire d'experts).*

*Le traitement local antibactérien à l'exclusion des antibiotiques locaux peut être envisagé en présence de signes locaux d'infection de l'escarre (Grade C).*

*Les pansements à l'argent, les dérivés iodés et la TPN auraient un intérêt (Grade C). Leur durée d'utilisation est limitée de 2 à 4 semaines et doit être réévaluée à chaque réfection. Le pansement doit être renouvelé tous les jours (à dire d'experts).*

*Le traitement antibiotique par voie systémique doit être mis en place en présence de signes généraux d'infection (Grade B).*

*Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts).*

## 2) évaluer la douleur et la traiter de façon adaptée

- évaluer : douleur présente en continue ou lors des soins? intensité : EVA complétée de l'observation clinique (facès, gémissements...)

- traiter : utiliser des antalgiques selon la technique en 3 paliers de l'OMS, sans s'attarder plus de 24 à 48 heures sur un pallier inefficace, voire en utilisant d'emblée un opioïde fort en cas de douleur intense  
autres mesures : installation confortable, utilisation de supports, choix des pansements...  
emploi du Kalinox

## 3) Utiliser un support adapté

- l'intérêt d'un support adapté d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre a été démontré en comparaison avec un matelas standard (grade A)

- leur choix dépend du risque d'escarre, des caractéristiques du patient, et des ressources humaines et en matériel disponibles ; regroupée en 3 concepts :  
.. Concept 1 : support statique en matériau épousant la forme du corps du patient et répartissant les pressions sur l'ensemble des zones en portance : matelas de mousse (+++), de mousse et d'air, surmatelas...

.. Concept 2 : support dynamique travaillant de façon discontinue : une pompe électrique gonfle et dégonfle alternativement les boudins, la zone étant donc alternativement placée en appui et en suspension :

Ex : surmatelas à air alterné type Alternating

.. Concept 3 : support dynamique travaillant de façon continue : le patient est en aéro-suspension avec des pressions qui restent partout très faibles :

Ex : matelas et surmatelas à air assurant une aéro-suspension type Nimbus, (lit fluidisé type Clinatron), lits à air électriques type Klin air

## Critères de choix d'un support de lit (recommandations ANES)

Surmatelas statique : pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant < 12 heures/J au lit

Matelas statique : idem mais passant < 15 h au lit

Surmatelas dynamique (système alterné) :

patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde ou risque élevé d'escarre et > 15 h au lit et incapable de bouger seul

Matelas dynamique (de façon continue ou discontinue) :

escarre > stade 2 et ne pouvant bouger seul au lit

(les critères de choix d'un coussin de siège sont encore plus délicats)

**(Q2) Quel support et/ou quel accessoire choisir pour un patient à risque et/ou porteur d'escarre(s) ? (Pons)**

*Il est recommandé (Grade A) d'utiliser des supports pour aider à la prévention des escarres chez les patients à risque.*

*Les matelas en mousse structurée ont une efficacité supérieure au matelas hospitalier standard.*

*Un matelas à air alterné réduit l'incidence des escarres talonnières par rapport à un support viscoélastique.*

*Un matelas à perte d'air est plus efficace qu'un matelas à air pulsé mixte sur l'incidence des escarres talonnières.*

*Certains types de peau de mouton réduisent l'incidence des escarres sacrées des patients souffrant de pathologies de l'appareil locomoteur à faible risque d'escarre.*

*L'utilisation d'un surmatelas sur une table d'opération réduit l'incidence des escarres per et post opératoires (Grade A).*

*Il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support.*

*Il est recommandé d'utiliser des supports pour aider au traitement des escarres chez les patients porteurs d'escarres.*

*Le lit fluidisé accélère la cicatrisation des escarres (Grade A).*

*D'autres classes de supports sont utilisées dans le traitement curatif. Le choix du support est fait par l'évaluation clinique (à dire d'experts).*

*Il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support.*

*L'utilisation des supports s'inscrit dans une stratégie globale préventive ou curative (à dire d'experts).*

#### 4) Corriger les états de dénutrition

- voir avec les diététiciennes pour un apport calorique d'au moins 2500 à 3500 cal/J, enrichi en protéines (au moins 1 g/kg/j), par l'alimentation normale, avec des compléments nutritifs voire par sonde gastrique
- surveiller les troubles hydroélectrolytiques ; vérifier les niveaux de zinc, fer, vitamine C

#### 5) Traitement chirurgical

Parfois nécessaire en cas de nécrose tissulaire importante, d'exposition des axes vasculo-nerveux, des os ou en cas d'infection

L'objectif de la chirurgie est d'assurer :

- une excision des tissus nécrosés,
- la couverture de la plaie



L'excision chirurgicale est préconisée pour éliminer des tissus nécrosés qui empêchent la cicatrisation ou présentent un risque infectieux. Elle ne laisse en place que des tissus sains.

La couverture de la plaie se fait au moyen de suture, de greffe cutanée ou, le plus souvent, de lambeaux.

#### Conclusion :

- l'escarre, nécrose ischémique par compression de la peau et des tissus sous cutanés, suppose 2 facteurs pathogènes : immobilité et non perception de la douleur
- sa prévention est une urgence de la vigilance du personnel soignant
- le traitement préventif comporte : changement de position, adaptation des supports et mesures d'hygiène
- dans l'escarre constituée, le traitement curatif est indissociable de la poursuite des mesures préventives