

Les plaies de pression aux talons

Facteurs de risques

Par **Diane St-Cyr**, inf. certifiée en stomothérapie (C), B.Sc., M.Éd.

Figure 1



© Enoxon / Dreamstime



© Jgroup / Dreamstime

Facteurs de risque et comorbidités prédisposant aux PP

La mince couche de tissu sous-cutané sur la proéminence osseuse du talon offre peu de protection contre les forces de pression, de friction et de cisaillement.

Le taux de plaies de pression (PP) est un indicateur clinique important de la qualité des soins dans un établissement. Malheureusement, la prévalence de ce type de plaies est très élevée chez la clientèle hospitalisée.

Une étude canadienne de Woodbury et Houghton (2004) a analysé les données recueillies auprès de 14 102 patients dans 65 établissements de soins. Le taux global de prévalence des PP a été estimé à 26 %, soit 25,1 % de la clientèle en soins aigus, 29,9 % en soins prolongés, 22,1 % en milieux mixtes et 15,1 % des patients recevant

des soins à domicile. Dans 70 % des cas, les PP touchent les personnes âgées (OIIQ, 2007).

Après le sacrum (36,9 %), le talon est le deuxième site le plus fréquemment touché par les PP (30,3 %) (Walsh et Plonczynski, 2007 ; Pieper, 2006). Une étude américaine réalisée en 2002 a démontré que le talon était le site anatomique le plus touché par les PP dans les établissements de soins prolongés (Langemo *et al.*, 2008). En 2007, une autre étude rapporte une incidence de 43 % de PP aux talons dans un hôpital de soins aigus (Walsh et Plonczynski, 2007).

Bien que ces plaies se trouvent aussi chez des patients hospitalisés en établissements de courte durée, elles sont plus prévalentes chez la clientèle des établissements de soins prolongés.

Les PP aux talons limitent la mobilité des personnes. Ce sont des affections graves, douloureuses et coûteuses à traiter. Si elles ne sont pas traitées promptement et adéquatement, leurs complications peuvent entraîner de l'infection, de la cellulite, de l'ostéomyélite, de la septicémie, l'amputation du membre et même la mort (Fowler *et al.*, 2008 ; Langemo *et al.*, 2008).

Anatomie

Certains aspects anatomiques et physiologiques du pied le prédisposent aux PP. Le calcaneum est le plus gros os du pied. Cette proéminence osseuse est pointue vers l'arrière et entourée d'une mince couche de tissu sous-cutané. Comparée à d'autres sites, cette couche protectrice est plus mince. Ainsi, l'épaisseur du coussin adipeux entre le calcaneum et la peau est de 18 mm alors que généralement, l'épaisseur combinée de l'épiderme et du derme est de 0,64 mm. C'est pourquoi le talon a peu de résistance contre les forces de pression, de friction et de cisaillement (Langemo *et al.*, 2008) (voir Figure 1).

Les PP au talon sont le plus souvent localisées sur ses faces latérales et médianes, mais peuvent aussi apparaître sur sa face postérieure ou sur sa face plantaire.

La plante des pieds étant dépourvue de glandes sébacées, le manque de lubrification cutanée entraîne une peau sèche qui devient plus vulnérable aux dommages causés par la friction. Avec l'âge, la peau s'amincit, ce qui diminue encore davantage le peu de protection offert par le mince coussin adipeux du talon.

Prévention : Soulagement de la pression des talons



© Diane St-Cyr

Disposer un oreiller sous les jambes, dans le sens de la longueur, pour soutenir les genoux de manière à libérer les talons de toute pression.

Forces mécaniques

Pression

La pression capillaire requise pour maintenir le flux sanguin dans les artéριοles cutanées est d'environ 32 mmHg et de 12 mmHg dans les capillaires veineux (OllQ, 2007). Les variations de pression artérielle influencent directement ces valeurs. Toute pression externe diminuant ces valeurs est nocive puisqu'elle peut causer un collapsus des capillaires cutanés et priver les tissus de l'apport sanguin nécessaire à leur survie.

La relation entre la pression et la durée est inversement proportionnelle (Pieper, 2006). Donc, plus la pression exercée sur une proéminence osseuse est élevée, plus vite apparaît la plaie de pression.

Autres facteurs de risque

Plusieurs autres facteurs augmentent le risque d'un patient de souffrir de plaies de pression aux talons :

- dénutrition associée à une faible albumine sérique ;
- apport en liquide moindre que 1,5 L ;
- être fumeur ;
- avoir subi une chirurgie dépassant soixante minutes ;
- avoir reçu une analgésie épidurale, car elle cause un blocage sensoriel et moteur ;
- porter un plâtre à un membre inférieur ;
- porter un dispositif de contention ;
- être reconnu à risque selon l'échelle de Braden.

Sources

(Doughty et al., 2007 ; Langemo et al., 2008).

Friction

La friction est une force mécanique présente lorsque deux surfaces bougent parallèlement l'une contre l'autre (OllQ, 2007). Ce frottement répétitif peut contribuer ou provoquer une lésion. Si l'épiderme aminci comporte une zone dénudée, il se produit alors une évaporation d'eau anormalement élevée à la surface de la peau provoquant de l'humidité et une adhérence aux draps. S'il y a friction, la pression nécessaire au développement d'une plaie de pression est moins grande. Les patients ayant des spasmes ou qui frottent leurs talons contre les draps à cause de la douleur ou de la confusion sont plus à risque de plaies aux talons.

Cisaillement

Le cisaillement comporte toujours une friction sous-jacente. Il agit sur les couches de la peau en les étirant dans des sens opposés et en déformant les vaisseaux sanguins. Les patients qui glissent dans le lit ou qui se poussent avec les talons créent un mouvement de cisaillement.

Comorbidités

Perfusion des membres inférieurs

La maladie vasculaire périphérique cause des blocages qui diminuent le flux sanguin dans les membres inférieurs. Le talon est irrigué par la fin du plexus artériel de l'artère tibiale postérieure et de l'artère péronière. Comme le talon supporte le poids corporel, il est vulnérable à toute diminution de l'apport sanguin dans la région. Les patients des unités de soins intensifs sous vasopresseurs sont aussi à risque de ce type de plaies.

Diabète

Les patients souffrant de diabète depuis cinq à dix ans développent progressivement trois types de neuropathies. La neuropathie sensorielle altère la capacité à ressentir les stimuli, dont la pression. La neuropathie motrice cause des difformités du pied. La neuropathie autonome assèche la peau du pied en raison de l'absence de sudation. Les patients diabétiques ont quatre fois plus de PP aux talons que ceux qui ne sont pas diabétiques (Langemo et al., 2008).

Œdème des membres inférieurs

Le surplus de poids des jambes œdématiées contribue aussi à augmenter l'intensité de la pression appliquée sur le talon et diminue la tolérance tissulaire (Langemo et al., 2008).

Stade II



© Tarik Alam

Perte fissulaire partielle du derme qui a l'aspect d'un ulcère superficiel ; le lit de la plaie est rouge rosé, sans tissu nécrotique humide. La lésion peut également avoir l'aspect d'une phlyctène séreuse, intacte ou ouverte et fissurée.

Stade III



Perte tissulaire complète. Le tissu sous-cutané peut être visible, mais non les os, les tendons et les muscles. Des tissus nécrotiques humides peuvent être présents, mais n'empêchent pas d'évaluer la profondeur de la perte tissulaire. Cette plaie peut comporter des sinus ou des espaces sous-jacents.

Conditions qui causent l'immobilité

Les patients qui ont des fractures ou subissent des chirurgies orthopédiques aux membres inférieurs, les blessés médullaires et ceux qui sont victimes d'un accident vasculaire cérébral sont particulièrement à risque de PP aux talons (Black, 2004).

De même, les patients atteints de maladies neurologiques, entre autres la sclérose en plaques, ceux qui sont inconscients par suite de traumatismes crâniens ou d'autres pathologies sont aussi à risque de souffrir de ce type de plaies (Langemo et al., 2008).

Prévention

Le talon est l'un des sites anatomiques les plus difficiles à soulager efficacement de toute pression. Plusieurs études ont démontré que les surfaces d'appui, même les lits, matelas et couvre-matelas spéciaux, ne soulagent pas complètement la pression sur les talons (Walsh et Plonczynski, 2007). Les recherches actuelles ne peuvent clairement définir quelles interventions préventives sont les plus efficaces ni les plus rentables (Walsh et Plonczynski, 2007).

La première recommandation de l'*Institute for Health Care Improvement* pour prévenir les PP aux talons est de faire une évaluation de la peau et des facteurs de risque pertinents à l'admission de chaque client.

L'infirmière doit faire une évaluation de la peau de la tête aux pieds, établir les antécédents médicaux du client pour reconnaître les comorbidités associées aux plaies de pressions dont celles aux talons. L'échelle de Braden peut aider à structurer une portion de cette évaluation.

Des mesures préventives doivent être mises en place rapidement pour chaque client à risque ou ayant une plaie de pression aux talons (Fowler *et al.*, 2008). Avec la clientèle de chirurgie, il est de plus recommandé d'évaluer la peau avant et après l'opération, puis quotidiennement pendant les cinq jours suivants ou jusqu'au congé de l'hôpital. Souvent, les PP n'apparaissent que quelques jours après l'opération.

Dans les lignes directrices des pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO, 2005), la recommandation 3.7 stipule qu'il est requis d'utiliser des dispositifs qui soulagent complètement la pression sur les talons et sur les proéminences osseuses des pieds.

L'Oreiller

Le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* suggère d'utiliser des oreillers pendant une courte période avec les clients qui collaborent (Fowler *et al.*, 2008). Cette méthode simple et accessible comporte plusieurs variables qui influencent l'efficacité.

Les oreillers sont de densités et d'épaisseurs différentes. Il est recommandé de les placer de manière longitudinale sous la jambe afin de soutenir le genou et éviter qu'il soit en hyperextension. Pour vérifier si la pression est totalement soulagée, il devrait être possible de glisser une main sous le talon sans le toucher.

Bottes de suspension

Les bottes de suspension soulagent le talon des forces de pression, de friction et de cisaillement et préviennent la chute du pied. Elles empêchent tout contact du talon avec le matelas. Ce dispositif est recommandé s'il doit servir pour une période de plus de quelques jours. Il reste bien en place même s'il y a mouvements des jambes. Les sangles qui servent à maintenir la botte en place ne

doivent pas être trop serrées ni causer de constriction sur la face dorsale du pied. L'intégrité de la peau devra être évaluée à chaque quart de travail.

Enseignement

Il est important de sensibiliser le personnel aux proéminences osseuses du talon et aux risques de plaies de pression. Une étude de Frain (2008) a démontré l'efficacité d'un tel programme de sensibilisation pour réduire le développement des PP aux talons. ■



L'auteure

Diane St-Cyr est infirmière stomathérapeute. Elle donne des formations et agit à titre de consultante auprès de différents établissements. Elle a fondé sa propre entreprise. Elle travaille aussi au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et au Centre de stomie Premier, de Montréal.

Bibliographie

- Black, J. « Preventing heel pressure ulcers », *Nursing*, vol. 34, n° 11, 2004, p. 17.
- Doughty, D., D.J. Plonczynski et J.S. Walsh. « Evaluation of a protocol for prevention of facility-acquired heel pressure ulcers », *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, vol. 34, n° 2, 2007, p. 178-183.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) et National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) *International Guideline, Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide*, EPUAP et NPUAP, 2009, 47 p.
- Fowler, E., S. Scott-Williams et J.B. McGuire. « Practice recommendations for preventing heel pressure ulcers », *Ostomy and Wound Management*, vol. 54, n° 10, oct. 2008, p. 42-57.
- Frain, R. « Decreasing the incidence of heel pressure ulcers in long-term care by increasing awareness: results of a 1-year program », *Ostomy and Wound Management*, vol. 54, n° 2, fév. 2008, p. 62-67.
- Langemo, D., P. Thompson, S. Hunter, D. Hanson et J. Anderson. « Heel pressure ulcers: stand guard », *Advances in Skin and Wound Care*, vol. 21, n° 6, juin 2008, p. 282-292.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIIQ, 2007, 486 p.
- Pieper, B. « Mechanical forces: pressure, shear and friction », dans R.A. Bryant et D.P. Nix (ss la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management* (3^e édition), St Louis (MO), Elsevier, 2006, p. 205-234.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers*, Toronto (Ontario), mars 2005, 83 p.
- Walsh, J.S. et D.J. Plonczynski. « Evaluation of a protocol for prevention of facility-acquired heel pressure ulcers », *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 34, n° 2, mars/avril 2007, p. 178-183.
- Wilson, M. « Heel pressure ulcers: an overview of pressure-relieving equipment », *Wound Essentials*, vol. 2, 2007, p. 115-120.
- Woodbury, M.G. et P.E. Houghton. « Prevalence of pressure ulcers in canadian healthcare settings », *Ostomy and Wound Management*, vol. 50, n° 10, oct. 2004, p. 22-38.