

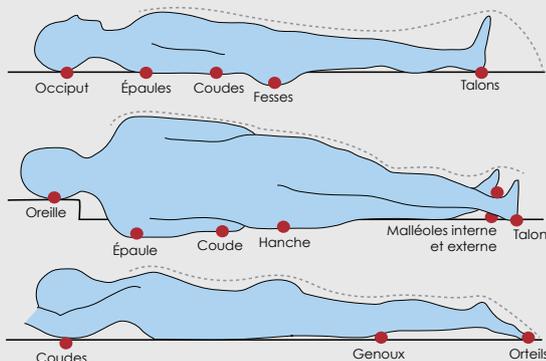
La classification des plaies de pression

Un outil d'évaluation important pour établir la gravité de la lésion.

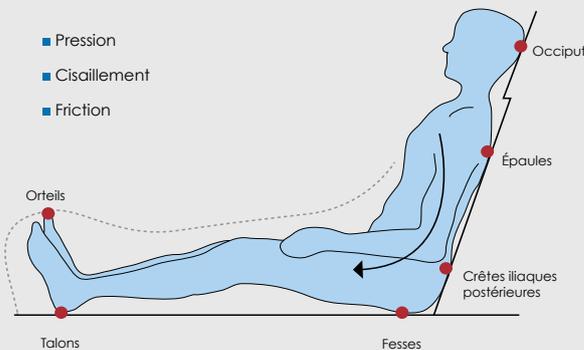
Par **Diane St-Cyr**, inf. certifiée en stomothérapie (C), B.Sc., M.Éd.

Plaies de pression

Les sites les plus courants



Les principaux points de pression



Adaptation de Tissue Viability Society

Une plaie de pression est une lésion de la peau et des tissus sous-jacents, habituellement localisée sur une proéminence osseuse, due à la pression seule ou combinée au cisaillement ou à la friction (Black *et al.*, 2007). Le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), un regroupement américain d'experts, est l'organisme de référence dans ce domaine.

La première classification des plaies de pression a été élaborée par Shea en 1975. Elle définissait quatre stades basés sur la profondeur anatomique de la perte tissulaire. Ces définitions manquaient de précision, ce qui causait de la confusion chez les cliniciens et résultaient en une classification inexacte.

En 2007, le NPUAP a révisé la définition d'une plaie de pression et de ses quatre stades (Black *et al.*, 2007). Il y a ajouté deux stades, soit la lésion des tissus profonds suspectée et le stade indéterminé. Ces modifications faisaient suite à cinq ans d'observation et de recherche.

Les plaies de pression préoccupent les soignants de tous les milieux de soins. Elles ont de nombreuses répercussions, causent de graves complications telles l'infection, la

septicémie, voire l'amputation, et diminuent la qualité de vie des personnes atteintes (OIIQ, 2007).

Une directive émanant du NPUAP en 2000 à l'intention des cliniciens prévoit que la plaie conservera, tout au long de son processus de guérison, le stade de base qui lui aura été attribué à la première évaluation ou encore, le stade supérieur qu'on lui aura attribué suite à une détérioration ultérieure (NPUAP, 2000). Par exemple, une plaie de stade III qui s'améliore ne deviendra jamais une plaie de stade II. Elle demeure plutôt une plaie de stade III dont la phase de cicatrisation évolue. Par contre, une plaie de stade I pourrait devenir une plaie de stade II (CSSSVC, 2010).



L'auteure

Diane St-Cyr est infirmière stomothérapeute. 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., M.M. Baharestani, J. Cuddigan, B. Dornier, L. Edsberg, D. Langemo *et al.* « National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system », *Advances in Skin and Wound Care*, vol. 20, n° 5, mai 2007, p. 269-274. [En ligne : www.nursingcenter.com/_PDF_.aspx?an=00129334-200705000-00012]
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSSVC). *Programme de soins de plaies*, Québec, CSSSVC, Direction des soins infirmiers, 2010, p. 26. [En ligne : www.csssvc.qc.catelechargement.php?id=788] (Page consultée le 18 mars 2013.)
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). « Pressure ulcers, prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement », *Decubitus*, vol. 2, n° 2, mai 1989, p. 24-28.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. *The Facts about Reverse Staging in 2000. The NPUAP Position Statement*, Washington (DC), NPUAP, 2000.
- 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.

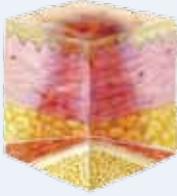
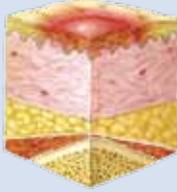
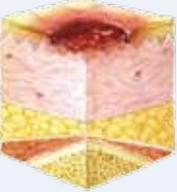
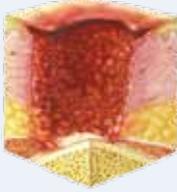
Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4*, Toronto, RNAO, août 2002, 107 p. (coll. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers) [En ligne : http://rnao-ca.rnao-dev.org/sites/rnao-ca/files/Evaluation_et_traitement_des_lesions_de_pressions_de_stades_1_a_4.pdf]

Shea, J.D. « Pressure sores: classification and management », *Clinical Orthopaedics*, vol. 112, oct. 1975, p. 89-100.

Weir, D. « Pressure ulcers: assessment, classification, and management », in D. Krasner, G.T. Rodeheaver et R.G. Sibbald (ss la dir. de), *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (3^e éd.), Wayne (PA), HMP Communications, 2001, p. 619-627.

Woodbury, M.G. et P.E. Houghton. « Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings », *Ostomy/Wound Management*, vol. 50, n° 10, oct. 2004, p. 22-38.

Voir le tableau aux pages 38 et 39.

Catégorie/Stade	Photos	Classification NPUAP 1989 (NPUAP, 1989)	Classif
<p>Lésion des tissus profonds suspectée</p> 	 <p>© Danielle Gilbert</p> <p>© Tarik Alam</p>		<p>Peau sans bris, intacte, ma lacée ou marron, ou une p mous sous-jacents provoqu précédée d'une zone tissu oedémateuse, plus chaud</p> <p><i>Description additionnelle :</i> du lit de la plaie signale qu davantage par la suite en rapide et atteindre d'autre Une telle lésion peut être d foncée.</p>
<p>Stade I</p> 	 <p>© Tarik Alam</p>	<p>Peau intacte avec une zone d'érythème qui persiste sous la pression du doigt. Chez les personnes de pigmentation foncée, la décoloration, la chaleur, l'oedème, l'induration ou la dureté peuvent également être des signes (Black et al., 2007).</p>	<p>Peau sans bris, intacte, qui pas à la pression du doigt, les personnes de pigmentation zone atteinte blanchit ou n la peau environnante.</p> <p><i>Description additionnelle :</i> loureuse, ferme ou molle, p s'agit d'une personne à ris Une telle lésion peut être d</p>
<p>Stade II</p> 	 <p>© Tarik Alam</p> <p>© Danielle Gilbert</p>	<p>Perte tissulaire d'épaisseur partielle atteignant l'épiderme, le derme ou les deux. L'ulcère est superficiel et est observé cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une lésion superficielle.</p>	<p>Perte tissulaire partielle du rouge rosé, sans tissus nécro d'une phlyctène séreuse, i <i>Description additionnelle :</i> sec ou luisant, mais sans tis Ce stade ne concerne pas dermatites périnéales, la m *Une zone d'ecchymose laisse</p>
<p>Stade III</p>  <p>Illustrations © NPUAP</p>	 <p>© Diane St-Cyr</p>	<p>Perte tissulaire complète qui endommage ou nécrose le tissu sous-cutané et qui peut atteindre l'aponévrose sous-jacente sans toutefois la pénétrer. L'ulcère est observé cliniquement comme une lésion profonde pouvant atteindre ou non les tissus sous-jacents.</p>	<p>Perte tissulaire complète. L tendons et les muscles. De n'empêchent pas d'évalu comporter des sinus ou de <i>Description additionnelle :</i> anatomique. La cloison na pas de tissus sous-cutanés, être superficielles. Par cont importante, ces plaies peu sont ni visibles ni directe</p>
<p>Stade IV</p> 	 <p>© Diane St-Cyr</p>	<p>Perte tissulaire complète avec destruction importante des tissus, accompagnée de nécrose ou de dommages aux muscles, à l'os ou aux structures profondes tels les ten dons et les capsules articulaires. Des sinus peuvent se former et les tiss sous-jacents peuvent être atteints.</p>	<p>Perte tissulaire complète q tiques humides ou des esc plaie. Ces ulcères compo <i>Description additionnelle :</i> nasale, les oreilles, l'occipu les plaies de stade IV situées plaies peuvent atteindre le ou capsules articulaires) et directement palpables.</p>
<p>Stade indéterminé (stade X)</p> 	 <p>© Diane St-Cyr</p> <p>© Danielle Gilbert</p>	<p>Lorsqu'une lésion de pression est recouverte de tissus nécrotiques ou d'une escarre, il est impossible d'en établir le stade tant qu'elle n'a pas été débridée (Weir 2001). Plusieurs praticiens décrivent ce genre de lésions comme de stade X.</p>	<p>Perte tissulaire complète. L (jaunes, beiges, gris, verts d <i>Description additionnelle :</i> déterminés tant que les tiss ment débridés pour perm talon (sèche, adhérente, in couche de protection nat</p>

Classification NPUAP 2007 (Black et al., 2007)	Modifications/Considérations cliniques
<p>is qui présente une zone bien définie de décoloration vio- phlyctène sanguine causée par des dommages aux tissus lésés par la pression et le cisaillement. Cette lésion peut être laire douloureuse, ferme, de consistance gélatineuse, e ou plus froide que les tissus adjacents.</p> <p><i>L'apparition d'une phlyctène mince sur une zone foncée ue la lésion progresse, tout comme elle peut se détériorer se couvrant d'une mince escarre. Son évolution peut être es couches tissulaires malgré un traitement optimal.</i></p> <p><i>Difficile à déceler chez les personnes de pigmentation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stade ajouté par le NPUAP en 2007. Les cliniciens n'amorçaient pas toujours d'interventions préventives ou curatives à l'apparition des signes de cette lésion, car ils ne faisaient pas le lien entre son aspect et une plaie de pression en progression. ■ La présence d'une mince escarre sur une zone foncée du lit de la plaie signale que la lésion progresse. ■ Ce type de lésion peut aussi avoir l'aspect d'une phlyctène sanguine. ■ Parce que les dommages se situent dans les couches tissulaires profondes, l'évolution de cette lésion peut être rapide malgré un traitement optimal. En fait, les dommages sont déjà présents même s'ils apparaissent graduellement à la surface cutanée. ■ En raison de la nécrose que présente cette lésion, elle est classée en stade III ou IV une fois que la plaie est débridée.
<p>présente une zone bien définie d'érythème qui ne blanchit habituellement située sur une saillie osseuse. Chez ation foncée, il sera probablement impossible de vérifier si la non à la pression, mais la coloration pourra être différente de</p> <p><i>Comparée aux tissus adjacents, cette zone peut être dou- plus chaude ou plus froide. Elle peut également indiquer qu'il que.</i></p> <p><i>Difficile à déceler chez les personnes de pigmentation foncée.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La coloration différente de la peau environnante est un signe clinique à surveiller chez les personnes de pigmentation foncée puisqu'il est impossible d'observer chez elles un érythème. Ce signe a été ajouté par le NPUAP en 1998 (NPUAP, 1989). ■ Il est important, à ce stade de la plaie, de pouvoir la dépister chez cette clientèle afin d'appliquer des mesures préventives et d'éviter une progression de la lésion vers des couches plus profondes.
<p>derme qui a l'aspect d'une plaie superficielle dont le lit est otiques humides. La lésion peut également avoir l'aspect ntacte ou ouverte/fissurée.</p> <p><i>Cette plaie peut aussi avoir l'aspect d'un ulcère superficiel sus nécrotiques humides ni ecchymose.*</i></p> <p><i>es les déchirures cutanées, les brûlures de diachylon, les macération ou les excoriations.</i></p> <p><i>suspecter une lésion des tissus profonds.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ De nombreux cliniciens classent des plaies au stade II alors qu'elles sont de stade III. ■ Le NPUAP a voulu clarifier l'aspect clinique du stade II en insistant sur le fait que la lésion doit être exempte de tissus nécrotiques humides qui sont généralement blanchâtres, jaunâtres ou grisâtres. ■ Autre précision, la lésion ne devrait pas avoir l'aspect d'une ecchymose, ce qui peut indiquer une lésion des tissus profonds. ■ Aussi, il est important que seules les plaies causées par des traumatismes de pression combinés à de la friction ou à du cisaillement comptent dans les études de prévalence réalisées dans les établissements de santé. ■ Par exemple, plusieurs autres causes peuvent être à l'origine de lésions sur la région fessière. Elles ne devraient pas être confondues avec des plaies de pression car leur traitement diffère.
<p>le tissu sous-cutané peut être visible, mais pas les os, les s tissus nécrotiques humides peuvent être présents, mais er la profondeur de la perte tissulaire. Cette plaie peut s espaces sous-jacents.</p> <p><i>La profondeur de cette plaie varie selon la région asale, les oreilles, l'occiput et les malléoles ne comportant es plaies de stade III situées dans ces régions peuvent re, dans les zones où la couche de tissu adipeux est très ivent être extrêmement profondes. Les os et les tendons ne nt palpables.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une perte tissulaire est dite « complète » lorsque les trois couches de la peau sont atteintes. ■ La définition de ce stade précise les types de tissus qui ne devraient pas être visibles dans le lit d'une plaie de stade III (os, tendons et muscles). ■ La présence de tissus nécrotiques est possible, mais ne doit pas empêcher d'observer la profondeur réelle de la plaie. Si la couche de nécrose est telle qu'il devient impossible d'établir la profondeur de la plaie, on dira alors qu'elle est de stade indéterminé, et ce, jusqu'à ce qu'elle soit débridée. ■ Cette lésion atteint le tissu sous-cutané. Elle sera profonde ou superficielle selon l'abondance ou l'absence de ces tissus dans la région anatomique affectée. ■ Ainsi, il ne faut pas seulement considérer la profondeur de la plaie pour établir qu'il s'agit d'une lésion de stade III. Il faut aussi tenir compte de l'épaisseur du tissu adipeux dans la région touchée. Par exemple au talon, une plaie de stade III pourra être faussement considérée comme une plaie de stade II alors que sa superficialité est due au peu de tissus sous-cutanés à cet endroit. ■ L'inverse est aussi vrai. Une plaie de stade III peut être faussement considérée comme une plaie de stade IV alors que sa profondeur s'explique par l'abondance du tissu sous-cutané dans la région atteinte, comme par exemple la région fessière.
<p>qui expose les os, les tendons ou les muscles. Des tissus nécro- arres peuvent être présents dans certaines parties du lit de la tent souvent des sinus ou des espaces sous-jacents.</p> <p><i>La profondeur de cette plaie varie selon la région. La cloison ut et les malléoles ne comportant pas de tissus sous-cutanés, es dans ces régions peuvent être superficielles. Ailleurs, ces s muscles et les structures profondes (p. ex., fascia, tendons causer une ostéomyélite. Les os et les tendons sont visibles ou</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plusieurs plaies de pression de stade IV peuvent être faussement considérées comme de stade III parce qu'elles sont superficielles. Il faut toujours tenir compte de l'épaisseur du tissu adipeux dans les zones affectées.
<p>le lit de la plaie est recouvert de tissus nécrotiques humides ou bruns) ou d'une escarre (beige, brune ou noire).</p> <p><i>La profondeur de la plaie, et donc le stade, ne peuvent être us nécrotiques humides ou l'escarre ne sont pas suffisam- être de visualiser le fond de la plaie. Une escarre stable au ntacte sans érythème ni fluctuation liquidienne) constitue une urelle (biologique) et ne devrait pas être enlevée.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce stade n'était pas défini par le NPUAP en 1989. Des publications subséquentes l'ont décrit (Weir, 2001). ■ Les plaies de pression de stade indéterminé seront classées en stade III ou IV une fois le débridement terminé, sauf dans le cas d'une escarre stable au talon. ■ Dans sa description additionnelle, le NPUAP définit précisément l'escarre stable au talon. Cette définition dicte la conduite du professionnel en milieu clinique. Elle insiste sur le fait qu'aucune forme de débridement, ni même l'autolyse à l'aide de pansements, ne devrait être initiée. ■ Autre élément à ajouter en présence d'une escarre stable: le débridement n'est jamais indiqué quel que soit l'état vasculaire du client.