

Plus qu'une profondeur de peau : l'importance des soins de la peau dans les salles d'urgence

Par Cathy Sendeki, BSN, RN, GNC(C)

Introduction

A lors que la gestion des ulcères de pression a souvent été mal comprise et donc une grande priorité pour plusieurs professionnels en soins de santé, il y a eu une augmentation du soutien et d'insistance sur la prévention et la gestion de cette maladie invalidante depuis quelques années. Les cliniciens de soins de plaies offrent une éducation, les produits sont devenus plus standardisés et la prévalence de l'ulcère de pression est suivie comme un effet indésirable en soins infirmiers (NSAE) par l'Institut canadien d'information sur la santé. Certains facteurs de risque, comme la pression, ont été largement étudiés; la connaissance d'autres facteurs contributifs se développe comme la friction, le cisaillement, l'humidité et la chaleur sont aussi étudiés. Les adultes plus âgés sont particulièrement à risque de développer une dégradation de la peau, mais les principes s'appliquent à une population plus large. La prévalence des ulcères de pression dans les établissements de soins de courte durée était d'environ 25 % dans une étude canadienne (Woodbury & Houghton, 2004). Les implications pour les patients sont significatives en terme de douleur et de mauvais résultats, ainsi que des aspects financiers ayant contribué à la prolongation du séjour et des soins continus après la sortie.

Dans une salle d'urgence, d'autres priorités demandent souvent notre attention, mais le but de cet article est de considérer les mesures pratiques que nous pouvons prendre dans la salle d'urgence afin de contribuer à l'intégrité de la peau et des résultats généralement améliorés pour nos patients plus âgés. Lors de mon apprentissage, j'ai découvert que ce n'est pas seulement une question de peau et de pression, mais une révision de certains éléments de base est un bon point de départ.

Quoi

Notre peau est notre plus grand organe. Durant notre vie, elle remplit des rôles importants comme la thermorégulation, l'excrétion de déchets métaboliques, la protection des couches inférieures, le maintien des liquides et de l'équilibre des électrolytes, la détection de la douleur, le toucher et la pression. La peau est faite de trois couches, l'épiderme, le derme et les tissus sous-cutanés. L'épiderme agit comme barrière, prévenant la perte de liquides corporels et protégeant le corps contre l'entrée d'agents pathogènes. Les cellules de l'épiderme se développent dans les couches inférieures et migrent vers la surface de la peau. Avec le temps, elles meurent rejetées, tout en étant constamment remplacées. Le derme contient le sang, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, les glandes sudoripares et les glandes sébacées, et il est composé de collagène et de fibres d'élastine, procurant force et

élasticité, aidant à protéger la déchirure et l'étirement excessif de la peau. Le derme possède un réservoir d'eau, déterminant la turgescence et l'élasticité de la peau. Les vaisseaux sanguins dans le derme contribuent à la thermorégulation et les nerfs cutanés ressentent la pression, la température et la douleur. L'épiderme n'a pas son propre apport sanguin et s'appuie sur la couche dermique pour se nourrir, à laquelle elle est reliée par des papilles. La couche sous-cutanée contient des gras, qui procurent une certaine protection contre les blessures et qui contribue aussi à la régulation de la température.

Changements relatifs à l'âge

Les changements relatifs à l'âge, environnementaux et les effets reliés au style de vie comme l'exposition au soleil ou fumer la cigarette, se cumulent pour produire des changements chez plusieurs adultes plus âgés. Avec l'âge, le taux de remplacement de cellules épidermiques diminue. Le contenu en eau et l'épaisseur du derme diminuent, les papilles de liaison se rétractent, la jonction entre le derme et l'épiderme s'aplatit et le transfert de nutriments entre le derme et l'épiderme ralentit. Le collagène et les fibres élastines s'affaiblissent. Les vaisseaux sanguins dans le derme deviennent plus fragiles.

Tous ces changements augmentent le risque, pour les adultes plus âgés, de maladie de la peau comme des déchirures cutanées, des ulcères de pression et la dermatite de stase. La jonction aplatie entre le derme et l'épiderme mène à une plus faible résistance aux forces de cisaillement; les changements dans le collagène font en sorte que la peau est moins résiliente et plus susceptible aux dommages causés par les forces abrasives et les déchirures. La formation de cloques est plus probable. La régénération d'une peau saine prend deux fois plus de temps pour une personne âgée de 80 ans que celle d'une personne de 30 ans. Ce n'est pas perceptible dans la peau intacte, mais cela a des implications pour la cicatrisation des plaies, avec un risque accru d'infection secondaire.

Autres facteurs

Les médicaments, par exemple les stéroïdes, peuvent accroître la fragilité de la peau; les anticoagulants aggravent l'hémorragie sous-cutanée qui se produit plus facilement avec l'âge.

L'œdème chronique est un facteur de risque en raison de la diminution de l'oxygénation des tissus, la réponse inflammatoire, par exemple la dermatite de stase; un traumatisme mineur peut mener rapidement à la dégradation rapide de la peau, et la guérison des blessures ou des ulcères est lente.

Le rôle de la pression

Le terme « ulcère de pression » indique une des principales préoccupations reliées aux dommages de la peau. Il est intéressant de noter que dans le milieu des années 1970, le rôle de l'humidité avait aussi été établi, mais n'avait pas tellement été étudié avant les années 1990. Les recherches continues dans le rôle des problèmes de peau causés par la pression ont révélé que ce n'est pas seulement la pression sur la peau contre une surface qui doit être considérée, par exemple une quantité donnée de pression sur une courte période de temps peut être tolérée, alors que la même pression sur une période plus longue causera des dommages à la peau; de façon similaire, si la pression sanguine baisse, la même quantité de pression cause plus de dommage puisque la circulation de la zone est compromise. Les blessures dans les tissus profonds sont suspectées de débiter dans le muscle lorsqu'une pression d'une proéminence osseuse exerce une pression intolérable sur les tissus adjacents. Ce dommage devient apparent sur la peau, mais il ne provient pas de là.

Pour comprendre les forces mécaniques qui contribuent aux dommages sur les tissus, nous ne devons pas considérer seulement la pression, mais la friction et le cisaillement. La friction est la force qui prévient le mouvement entre deux surfaces parallèles. Le cisaillement réfère au mouvement d'une couche de tissu contre une autre. Lorsqu'un patient est couché sur une civière et que la tête du lit est surélevée, la friction contre le matelas et les draps retient la peau du patient contre la surface; le cisaillement permet à la structure squelettique d'être tiré vers le bas par gravité. Les dommages aux tissus peuvent se produire sur la peau en glissant sur la literie; les tissus internes peuvent être endommagés, car les os créent une pression et un mouvement dans le corps. En considérant la diminution de l'élasticité d'une peau vieillissante, la fragilité des vaisseaux sanguins de liaison et la diminution de l'épaisseur de la peau, il est facile de constater que des dommages peuvent survenir rapidement. Une humidité excessive sur la peau contribue à accroître la friction lorsque le patient bouge contre la surface qui le supporte.

Humidité

L'humidité peut contribuer à elle seule aux dommages sur la peau. La dermatite associée à l'incontinence (DAI) se manifeste comme des rougeurs sur la peau dans les zones exposées à d'autres irritants. Des zones ouvertes d'épaisseur partielle peuvent se développer; elles peuvent être différenciées des plaies de pression, car elles ne sont généralement pas situées au-dessus de proéminences osseuses; elles peuvent survenir dans les plis de la peau. Il est important de déterminer l'étiologie, car le traitement n'est pas le même pour les zones de pression, mais lorsque la peau est endommagée par la DAI, elle est plus susceptible aux blessures causées par la pression, la friction et le cisaillement.

Le risque de développer une DAI augmente avec les peaux plus vieilles, une utilisation prolongée de stéroïdes, la douleur, une détérioration de l'oxygénation de la peau, la fièvre, une mobilité réduite et l'incontinence urinaire; le facteur le plus fortement associé avec cette condition étant l'incontinence fécale, particulièrement lorsqu'elle est causée par des facteurs iatrogènes par exemple la diarrhée C.Difficile ou l'alimentation par une sonde.

Des produits occlusifs ont été trouvés pour augmenter la température de la peau, conduisant à la transpiration; cela peut élever le pH, augmenter la perte en eau de la peau et compromettre la fonction de barrière.

Les produits d'incontinence imbibés augmentent la pression d'interface des tissus, même lorsqu'ils sont utilisés sur une surface de réduction ou de soulagement de la pression.

Les selles liquides sont particulièrement dommageables pour la peau, possiblement à cause de la concentration d'enzymes digestives et des bactéries qui prolifèrent dans un environnement humide, chaud, en présence d'occlusion et de peau endommagée.

Une remarque à propos sur la dermatite intertrigineuse qui se manifeste comme de la rougeur et une macération dans les plis de la peau, parfois le candida ou d'autres organismes. Comme avec les autres zones de la peau endommagée à cause de la chaleur, de l'humidité et de l'irritation chimique, ces zones, ces zones bénéficient de soins en douceur avec un nettoyant pour la peau appropriée et en évitant de surchauffer. Dans le passé, des traitements topiques variés ont été tentés pour obtenir un environnement sec, y compris des gazes, des linges comme des serviettes et des serviettes de papier. Le consensus actuel est que ces produits, tout en absorbant d'abord l'humidité excessive, fournissent par la suite un environnement humide et devraient donc être évités.

Conseils pratiques

- Inclure l'intégrité de la peau dans une évaluation globale, en particulier chez les patients ayant une perte de sensation ou de la capacité à communiquer un inconfort. Les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, une blessure de la moelle épinière, les diabétiques ou une neuropathie ou avec un niveau de conscience ou de démence pourraient être incapable d'identifier les zones de douleur. L'évaluation de la peau est comprise dans « l'exposition » et « Inspection des surfaces postérieures » lors de l'évaluation secondaire. Des points avec une peau à pigmentation foncée peuvent ne pas satisfaire les critères pour la phase 1 des ulcères de pression (rougeur); observez tout changement dans la couleur de la peau au-dessus des proéminences osseuses comparées à la peau environnante et validez les changements dans la sensation, y compris la douleur dans la zone.
- L'échelle de Braden est souvent recommandée pour évaluer le risque de dommages à la peau
- Limitez l'utilisation de produits d'incontinence occlusifs, par exemple, lorsqu'un patient doit être déplacé pour un examen (ex. : radiographie, ambulatoire). Des alèses jetables sont préférables lorsqu'un patient est alité. Si la continence peut être maintenue par une toilette normale, c'est encore mieux.
- Le traitement de la DAI, et même la prévention, comprend le nettoyage des tissus du périnée des patients incontinents en utilisant un nettoyant sans rinçage ayant un pH près de celui de la peau, approximativement 5,5. Ne frottez pas, puisque la friction peut contribuer à endommager la peau. Après le nettoyage, appliquez un hydratant pour restaurer l'humidité de la peau, et une crème barrière pour protéger la peau contre les selles, l'urine ou l'humidité excessive provenant de la transpiration.

- Spécialement avec les surfaces de support thérapeutique, évitez les couches entre le patient et la surface. Les élingues de levage peuvent contribuer à des zones d'humidité sous les patients : retirez-les lorsque ce n'est plus nécessaire.
- Assurez-vous que la literie sous les patients est douce et sans peluches afin d'éviter des zones localisées de pression accrue.
- La fréquence de changements de position requise pour chaque patient est une évaluation individuelle; un repositionnement aux 2 heures est recommandé pour commencer, avec des changements dans la fréquence faite si nécessaire. Évitez de positionner sur des zones ouvertes, mais si c'est inévitable, limiter le temps dans une telle posture à une heure, et surveillez la détérioration de la plaie.

- L'intégrité du talon est mieux gérée en enlevant entièrement la pression. Enlevez la pression sur les talons sur le matelas avec des oreillers et des supports sous les genoux afin de prévenir une hyperextension.

Comme plusieurs aspects dans les soins pour les adultes plus âgés, l'évaluation et les soins de la peau interagissent avec plusieurs autres systèmes. Nous avons remarqué que l'incontinence urinaire risque d'aggraver les dommages à la peau. Inversement, les produits occlusifs humides sont également considérés comme un facteur de risque pour augmenter les infections des voies urinaires alors les organismes de la peau se multiplient.

RÉFÉRENCES

Gefen, A. (2008). How much time does it take to get a pressure ulcer? Integrated evidence from human, animal, and in-vitro studies. *Ostomy Wound Manage*, 54(10), 26–35.

Keast, D.H. (2011, November). *Skin care in the elderly. Ten Top Tips outline*. Retrieved from www.grhosp.on.ca/

Miller, C.A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed., pp. 477). Lippincott Williams & Wilkins.

Woodbury, G., & Houghton, P. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian health care settings. *Ostomy Wound Management*, 50(10), 22–23.