

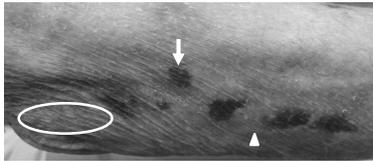
PLAIES AIGUES DU SUJET AGE

Dr Hester Colboc

Service de Gériatrie - Plaies et cicatrisation
Hôpital Rothschild - Dr Meaume



Le terrain : la dermatoporse vieillesse cutané pathologique



- Analogie à l'ostéoporose
- Ensemble des manifestations liées au vieillissement cutané entraînant une fragilité et une insuffisance cutanée

Kaya G, Saurat JH Dermatology 2007

- Association : atrophie cutanée, purpura de Bateman, pseudo-cicatrices stellaires

- FDR: âge, corticothérapie, anticoagulants, insuffisance rénale, exposition solaire

*Kluger et al, JEADV 2019
Chanca et al, JAGS 2021*

- Complications: déchirure cutanée, hématome disséquant



Classification de Payne & Martin

Type 1	Type 2	Type 3
lésion traumatique sans perte de tissu	Perte partielle de tissu	Perte totale de tissu
- Linéaire	< 25% : minime	- Primitive
- Lambeau dans lequel l'épiderme est le plus souvent arraché en triangle.	> 25% : modérée à importante	- Ou secondaire à la nécrose du lambeau

Payne RL, Martin MC Ostomy/Wound Management, 1993

Forme sévère Mme A, 101 ans, cécité



Prise en charge des déchirures cutanées

- Repositionner le lambeau
- Suture souvent impossible voir délétère
- Interface siliconée, compresses, bandes
- Flèche sens de retrait (selon lambeau)
- PEC insuffisance veineuse / artérielle si membre inférieur



Attention aux adhésifs!!!!



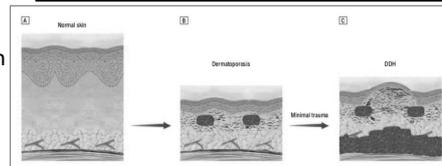
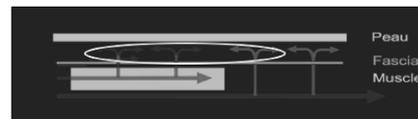
Hématome disséquant

Définition

- Conséquence d'un saignement spontané ou post-traumatique
- Traumatisme parfois minime
- Entre 2 tissus sous-cutanés
- Nécrose cutanée par défaut de vascularisation
- Principalement au membre inférieur
- Complications : déglobulisation, choc, décès

Epidémiologie

- Etude cas-contrôle du service :
 - 60 patients, F (ratio 3.6), 87 ans
 - FDR : âge, dermatoporose, le score CIRS, traitement HNF



Développement hypothétique d'un hématome disséquant
 Kaya et al. : Deep Dissecting Hematoma, an emerging severe complication of dermatoporosis, 2008

Formes cliniques

Forme fermée, coloration cutanée normale



Forme fermée, nécrose du capot



Forme ouverte spontanée



Forme ouverte après intervention



Diagnostic souvent erroné

Signes cliniques :

	Total (n = 60) n(%)
Augmentation de volume	32 (53)
Nécrose	26 (43)
Douleur	26 (43)
Ulcération	21 (35)
Érythème	13 (22)
Décollement cutané	9 (15)
Fièvre	4 (6,7)

Diagnostic initial évoqué :

Hématome simple	24 (40%)
Hématome disséquant	22 (37%)
Érysipèle	9 (15%)
Autres	4 (7%)
Thrombose veineuse profonde	1 (1,7%)



HD initialement diagnostiqué comme un érysipèle

HD initialement diagnostiqué comme un hématome simple

HD initialement diagnostiqué comme une TVP

Etude réalisée dans le Service du Dr Meaume, SSR plaies et cicatrisation Rothschild

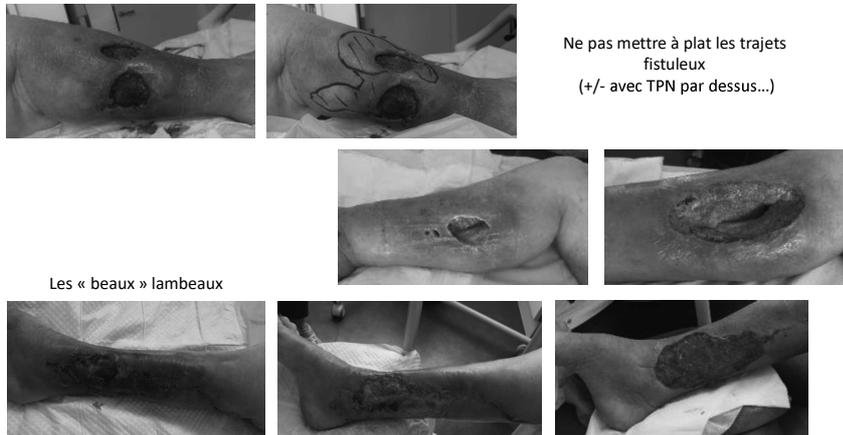
Prise en charge hématome disséquant

1. Gestion de l'urgence : +/- transfusion, arrêt anticoagulant-antiagrégant, ATB, chir...
2. Gestion de la plaie : TPN +++
3. Prise en charge globale :
 - prévention complication de décubitus
 - bilan de chute
 - réévaluation ttt habituel (indication anticoagulant? Sédatifs?)

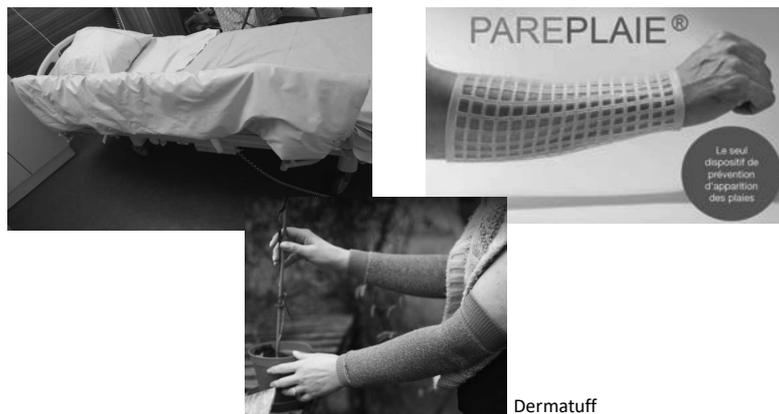


10

Prise en charge hématome disséquant : ce qu'il faut éviter



Prévention



ULCÈRES DE JAMBE

Dr Hester Colboc

Service de Gériatrie - Plaies et cicatrisation
Hôpital Rothschild - Dr Meaume



Définitions

Plaie de la jambe ne cicatrisant au bout de 6 semaines

50 à 60 %: des UDJ sont soignés par le patient seul,
sans recours aux structures sanitaires

Prévalence de l'ulcère de jambe

- 1 % population générale
- 3 % après 65 ans
- 4 à 5 % après 80 ans



Recommandations pour la pratique clinique HAS 2006

Grandes étiologies des ulcères

Insuffisance veineuse : 60 à 80%

- Variqueuse (insuffisance veineuse superficielle) : 40 à 50%
- Post-phlébitique (insuffisance veineuse profonde) : 50 à 60%

Insuffisance artérielle : 10 %

Mixte : 20 % (jusqu'à 50 % de participation artérielle chez la personne âgée)

Angiodermite nécrotique : 10% (ulcère « capillaire »)

Ulcère d'origine veineuse

Reflux avec hyper pression dans le système veineux

Etiologies

- Maladie post thrombotique
 - Obstruction
 - Reflux
 - Processus évolutifs (aggravation avec le temps, la marche)
- Maladie primitive
 - Dysgénésie ou agénésie valvulaire profonde
 - Varices essentielles (hérédité féminine)

Arguments anamnestiques en faveur de l'origine veineuse

Antécédents personnels

- Grossesses
- Intervention petit bassin / orthopédique

Antécédents personnels et familiaux

- Maladie variqueuse traitée ou non (stripping)
- Ulcère veineux
- TVP, EP
- Signes fonctionnels d'insuffisance veineuse

Arguments cliniques en faveur de l'origine veineuse

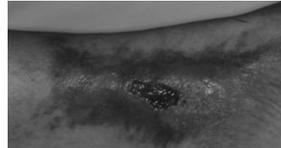
- Face interne de jambe, péri-malléolaire
- Grande taille
- Peu douloureux
- Bords irréguliers
- Suintant



Peau périphérique: signes d'insuffisance veineuse



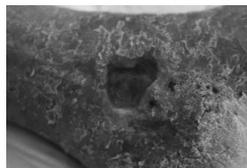
Atrophie Blanche



Dermite ocre



Varice



Eczéma variqueux



Hypodermite scléreuse

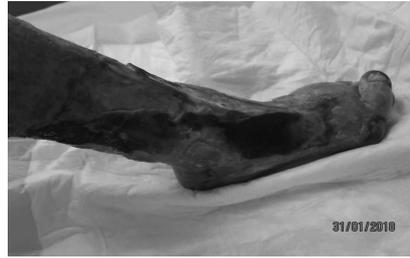


Phlébectasies

Ulcère d'origine artérielle

- ♦ L'ulcère
 - face antéro-externe de jambe, cou de pied, talon, pied
 - très douloureux
 - creusant, exposant les tendons
 - nécrotique
 - bords nets « à l'emporte pièce »
- ♦ La peau périphérique
 - orteils, pieds, jambes froids
 - téguments pâles
 - diminution de la pilosité, amyotrophie
 - pouls tibiaux postérieur et pédieux non perçus+++
 - souffle fémoral





Ulcère d'origine artérielle

Facteurs de risque cardio-vasculaires

- sexe masculin, tabac, HTA, diabète, dyslipidémie
- autre localisation de l'artériopathie aux vaisseaux du cou ou coronaires

Interrogatoire

- claudication intermittente : diminution du périmètre de marche
- douleurs de décubitus : le malade dort au fauteuil

Ulcère d'origine mixte

Même siège que l'ulcère veineux (malléolaire)
mais :

- Plus creusant
- Plus atone
- Plus douloureux
- Plus long à cicatriser



Quel bilan clinique devant un ulcère de jambe?

- Palpation des pouls périphériques
- Mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS)
 - $IPS = \frac{PAS \text{ cheville}}{PAS \text{ humérale}}$
 - Mesure des Pressions Artérielles Systoliques (PAS) des artères pédieuses et tibiales postérieures, avec tensiomètre et doppler continu de poche
 - Patient en décubitus dorsal, au repos depuis plus de 5 minutes



L'IPS peut être mesuré à l'occasion de l'écho-doppler artériel et/ou veineux (si demande spécifique)



• Coban2®, Urgok2®

Multi-type



• Comprilan®, Rosidal K®

Allongement court



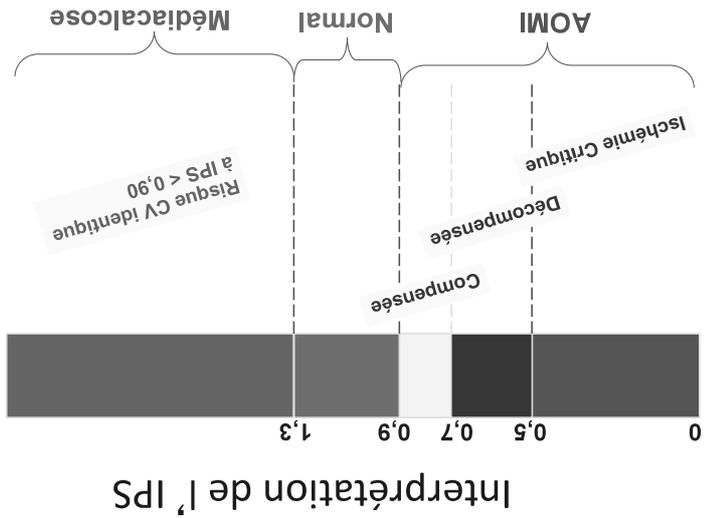
Quelle compression en cas d'ulcère?

- Recommandation HAS de 2010 : compressions recommandées
- Bandes multi types: IPS 1,3 – 0,8
- En dessous de 0,8, pas de consensus !
- Bandes allongement court : IPS 0,8 – 0,7
- IPS inférieur 0,7: pas de compression, risque décompenser AOMI
- Chaussettes, bas contention: pas en cas de plaie, prévention secondaire
- Bandes à allongement long (allongement maximal > 100%): pas indiquées

Echo-doppler artériel et veineux

Echo-doppler veineux:

- Mécanisme (reflux/obstruction)
- Topographie des reflux
- V superficielles/profondes/perforantes
- Séquelles de thromboses veineuses profondes
- Faire écho-doppler artériel
- Si abolition des puls
- Symptomatologie clinique
- IPS < 0,9 ou > 1,3



Le choix de la compression de l'ulcère

Caractéristiques de l'ulcère

taille, exsudat, type pansement, rythme des changements de pansement imposé par une complication : suspicion d'infection, eczéma...

Etat de la jambe

peau périphérique, eczéma, œdème

Etiologie de l'ulcère - IPS

Etat du malade

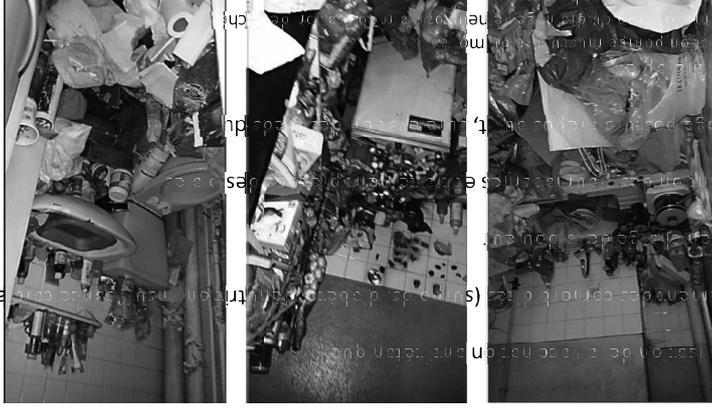
âge, mobilité, compliance, entourage, compréhension, ressources

Complications de la compression: bandes mal posées, mauvaise indication...



- Dégâts cutanés: importance de la protection des zones fragiles
- Douleur
- Inefficacité
- Risque de chute si la bande traîne au sol à la déambulation

Mesures associées



- Actualisation de la prescription
- Traitement des comorbidités (surdosage d'anticoagulants, infection, mauvaise circulation...)
- Prise en charge globale
- Prévention des escarres
- Drainage péridontaire
- Kinésithérapie
- Changement de l'hygiène

Quand faut-il biopsier un ulcère de jambe?



Quand on suspecte une cause non vasculaire

- Tumeur cutanée
- tumeur bourgeonnante
- douleur, saignement
- évolution stagnante/défavorable > 6 mois
- Dermatose inflammatoire

Prélèvement bactériologique?



La présence de germes est normale sur un ulcère (= colonisation)
En règle, pas de prélèvement local
Hémoculture si contexte de dermo-hypodermite bactérienne

Angiodermite nécrotique

- Femme > 60 ans (60 à 80% des cas)
- HTA (90-100% des cas), Diabète 1/3 des cas (22 à 58%)
- 10% des ulcères
- Début brutal, post traumatique (50%)
- Caractère nécrotique, peau périphérique livédoïde
- Pas d'exposition tendineuse ou osseuse (\neq U artériels)
- Pas d'AOMI pour expliquer les troubles trophiques
- PEC: détersion, greffe en pastille



Dagregorio et al. JEADV 2006

Evolution, PEC thérapeutique

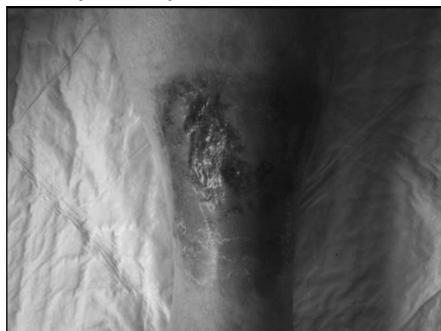
- Evolution caractéristique:
 - Extension centrifuge, stabilisation, régression centripète (3 mois)
- Prise en charge de l'insuffisance veineuse si associée
- Soins locaux: détersion nécrose et fibrine
- Greffe en pastille ++



Ulcère veineux

Réévaluation à 1 mois

Prurit ++, peau péri ulcéreuse suintante



Dermite de contact

- Signes cliniques
 - Prurit, érythème
 - Œdème, vésicules
 - Squames et croûtes
 - Forme du pansement!
 - Possible eczéma généralisé secondaire
- Facteurs favorisant la sensibilisation
 - occlusion
 - irritation
 - multiplicité et complexité des produits appliqués
- CAT
 - Éviction allergène
 - Dermocorticoïdes
 - Bilan allergologique



Autres aspects typiques de la peau péri-ulcéreuse



Dermite de stase
(ou eczéma variqueux)



Dermatose érosive et pustuleuse de jambe

Messages clefs

- Ulcère: importance du bilan clinique initial, diagnostic étiologique?
- Ulcère veineux: rôle central de la compression, éducation du patient, observance!
- Evoquer et explorer correctement les causes plus rares d'ulcère

ESCARRES

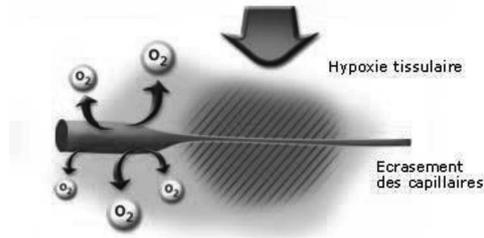
Dr Hester Colboc

Service de Gériatrie - Plaies et cicatrisation
Hôpital Rothschild - Dr Meaume

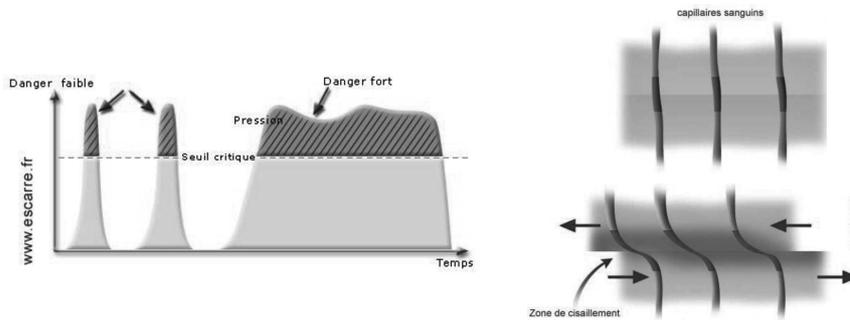
Définition, mécanisme d'apparition des escarres

Nécrose provoquée par la compression entre deux plan durs des tissus

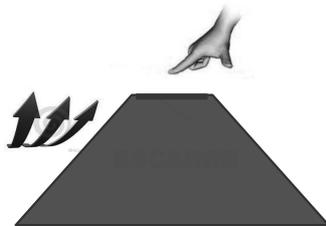
➤ entraîne une hypoxie



- Une pression trop forte
- Pendant un temps trop long
- Aggraver par phénomène de friction et de cisaillement



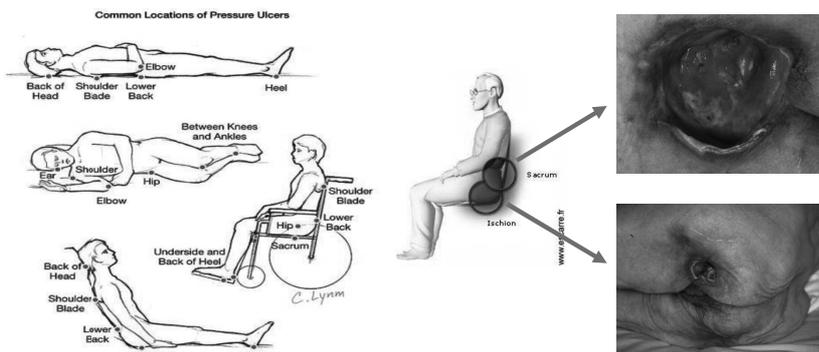
Escarre : plaie de la profondeur vers la surface



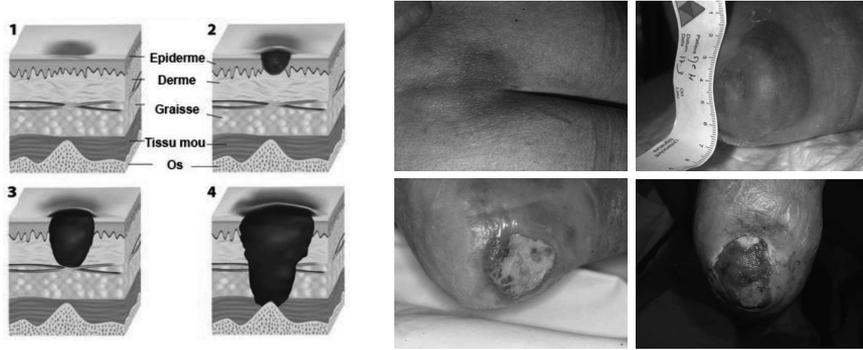
PLAIE

- Immobilité
- Dénutrition
- AOMI
- Neuropathie
- Antécédent d'escarre
- Evènements aigus
- Pathologies chroniques
- ...

Localisation des escarres

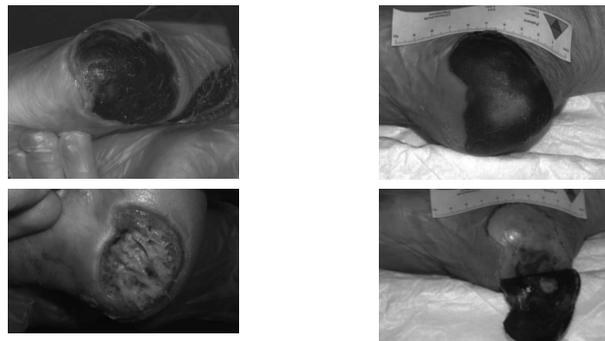


Stades



- Selon niveau de l'atteinte cutanée
- A évaluer après ablation des tissus dévitalisés

De la nécrose, mais pas le même stade!



Stade 3

Stade 2

Talon : Bilan vasculaire, AOMI sous jacente ++++
Détersion seulement si IPS sup à 0,7

Eléments de prévention

- Évaluation du risque (clinique, échelle)
- Intervention
 - Les supports (lit et fauteuil)
 - Les positions
 - La mobilisation (changement de positions)
 - La nutrition

Échelle de risque: calculer un score pour définir le niveau de risque d'escarre

B R A D E N	SENSIBILITÉ		HUMIDITÉ		ACTIVITÉ							
	1. Complètement limité	2. Très limité	3. Légèrement limité	4. Pas de gêne	1. Constamment humide	2. Très humide	3. Parfois humide	4. Rarement humide	1. Confiné au lit	2. Confiné au fauteuil	3. Marche parfois	4. Marche fréquemment
	MOBILITÉ		NUTRITION		FRICTIONS ET CISAILLEMENTS							
	1. Totalement immobile	2. Très limité	3. Légèrement limitée	4. Pas de limitation	1. Très pauvre	2. Probablement inadéquate	3. Correcte	4. Excellente	1. Problème permanent	2. Problème potentiel	3. Pas de problème apparent	
	Risque BAS		Risque MODÉRÉ		Risque ÉLEVÉ		Risque TRÈS ÉLEVÉ					
	> 18		13 - 18		8 - 12		< 7					

Supports de prévention et de traitement

PRESSION
P = M/S
SURFACE

Surface portante élevée ⇒ pression élevée
Si la surface augmente ⇒ la pression diminue

MAÏEATION
Mélange de fibres
Vapeur d'eau
Molles

Adaptation du support à la morphologie

FRICITION
CISAILLEMENT

Coque Tex™ ⇒ Coefficient de friction à la morphologie

Àir

Décharge des talons: pas ou peu de mobilité

- Bottes: faible mobilité
- Fond de lit: mobilité conservée



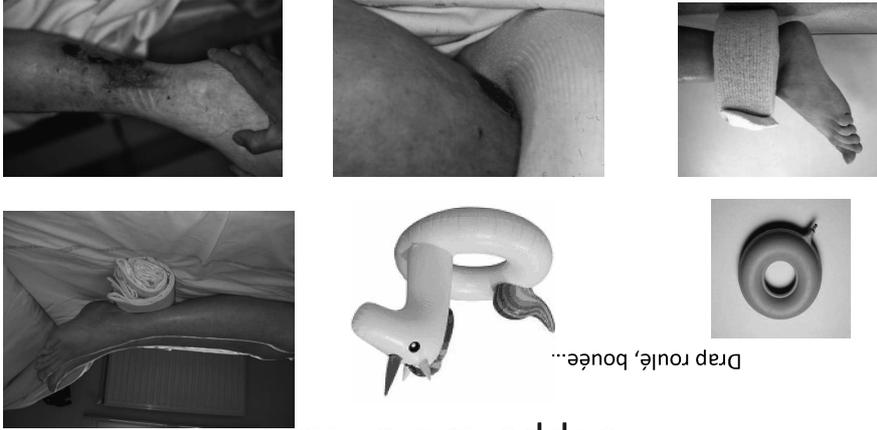
Oreiller: support de première intention

l'équin

Attention: pas de prévention de



Supports à éviter !



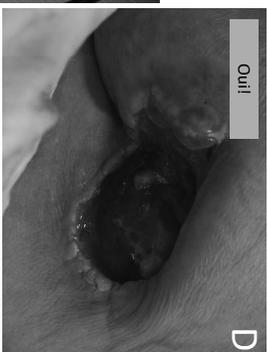
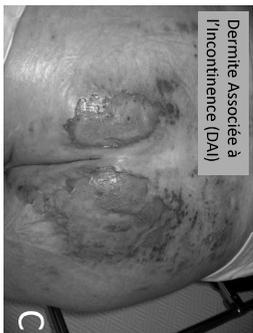
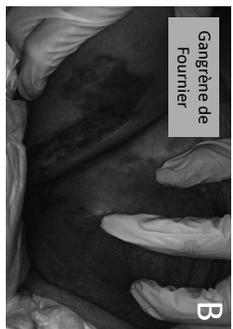
Drap roulé, bouée...

Assurer l'équilibre nutritionnel

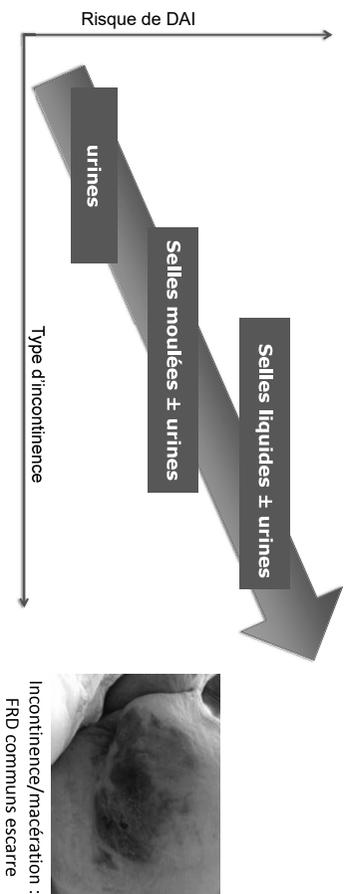
- Évaluer régulièrement Poids, bilan biologique, ingesta
- En cas de dénutrition
 - comprendre les causes et les traiter
 - suppléments hypercaloriques et hyperprotéidiques
 - voie d'administration adaptée (PO, SNG, Gastrostomie)
 - prescrire une rééducation musculaire



Escarres?



Risque de développer une DAI



DAI : aspect clinique caractéristique

- Aspect
 - Vernissé, Rouge
 - Parfois squameux
 - « kissing lesions »
- Localisations :
 - convexités +++
 - Fesses
 - Scrotum
 - Racine des cuisses
 - Fond des plis rarement



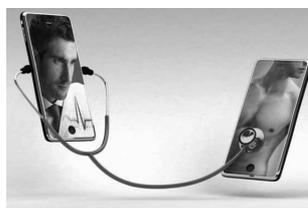
TELEMEDECINE CHEZ LE PATIENT AGE

Pourquoi proposer une téléconsultation en gériatrie ?

- Difficulté de mobilisation du patient
 - patient grabataire
 - trouble du comportement
 - distance physique
- Préférence du patient/de sa famille
 - craintes « sanitaires »
 - éviter anxiété générée par le transport, la « blouse blanche »
- Préférence des soignants
 - intérêt patient en Ehpad

• Limites habituelles de la téléconsultation:

- premières fois
- pas de biopsies cutanées possible
- pas d'évaluation vasculaire possible pour les ulcères
- pas de « vision d'ensemble »



• Limites techniques

- pas le matériel : faire appel entourage +++
- patient réfractaire
- soignant réfractaire!
- diagnostic dépendant de la qualité de l'outil

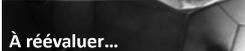
PEC dans l'unité début 2020 pour ulcère artériel
Sortie en pleine « COVIDisation » de l'unité



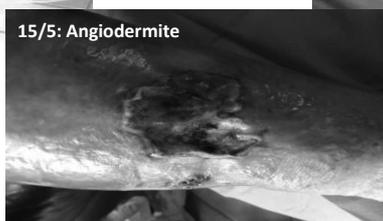
11/5: Trauma + AVK hématome?



13/5
(qualité médiocre, pas transmis le jour J)



À réévaluer...



15/5: Angiodermite

En photo, ça n'est pas pareil qu'en « vrai »....

Ehpad
Démence d'Alzheimer
Diagnostic de maladie de Bowen
Février 2020

Application Efudix 3 mois de trop...





Pour aller plus loin! Formations en Plaies et Cicatrisation

- Diplômes Universitaires :
 - Plaies et Cicatrisations (Sorbonne Université)
 - Phlébologie (Sorbonne Université) : Session 5 - Troubles trophiques d'origine veineuse (public médecin)
 - Plaies d'origine vasculaires – compression médicale (Sorbonne Université)
 - Cicatrisations des plaies, brûlures et nécroses (Université Paris Cité)
- Diplômes Inter-Universitaires :
 - Professionnalisation des Parcours en Cicatrisation (Sorbonne Université)
- Congrès :
 - Congrès annuel de la SFFPC : 19 au 21 Janvier 2025, Paris
 - Congrès annuel Européen EWMA : 26 au 28 Mars 2025, Barcelone