

Les escarres au bloc opératoire

Bois-Farinaud, L., inf.¹, Loperetti, J., inf.¹, Loussouarn, G., inf.¹, Laville, C., inf.²

¹Service d'Anesthésiologie, Hôpital du valais, Sion

²Centre des formations (CFor) du CHUV, Lausanne.

Adresse de contact : Claude Laville, Infirmier Responsable de filière EPD ES Anesthésie, Cfor, CHUV : Claude.Laville@chuv.ch

Introduction

La prévalence des escarres est un indicateur de qualité des hôpitaux Suisse et est évaluée chaque année dans plus de 190 hôpitaux de Suisse. Le taux de prévalence nosocomiale totale (toutes catégories) s'élève à 4,3% et le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 s'élève à 2,0%¹ (classification selon European Pressure Ulcer Advisory Panel).

Certaines études rapportent que près de 45% des escarres acquises à l'hôpital seraient dues au séjour au bloc opératoire² (BOP). Au-delà de 3 heures d'intervention, 8,5% des patients opérés développent des lésions de décubitus et ce risque augmente de 33% chaque 30 minutes dès 4 heures d'opération⁴.

Taux d'escarres en %	2017	2016	2015	2014
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	4,3	4,4	4,1	4,3
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	2,0	2,0	1,9	1,8

(ANQ, 2018¹)

Les auteurs se sont intéressés à la question suivante : quels sont les facteurs prédictifs et les moyens de prévention des escarres au BOP pour les patients anesthésiés?

Résultats

Les différentes études consultées mettent en évidence plusieurs facteurs de risques spécifiques au BOP dont :

- Le type de chirurgie⁵ (cardiaque, orthopédique, thoracique, urologie, vasculaire),
- La durée opératoire supérieure à 3h,^{3,4,6,7}
- L'âge avancé⁶
- Les comorbidités⁷,
- Le BMI (<19 ou >40)³, les équipements médicaux - L'utilisation de vasoactifs ou encore les instabilités hémodynamiques^{3,6,7}.

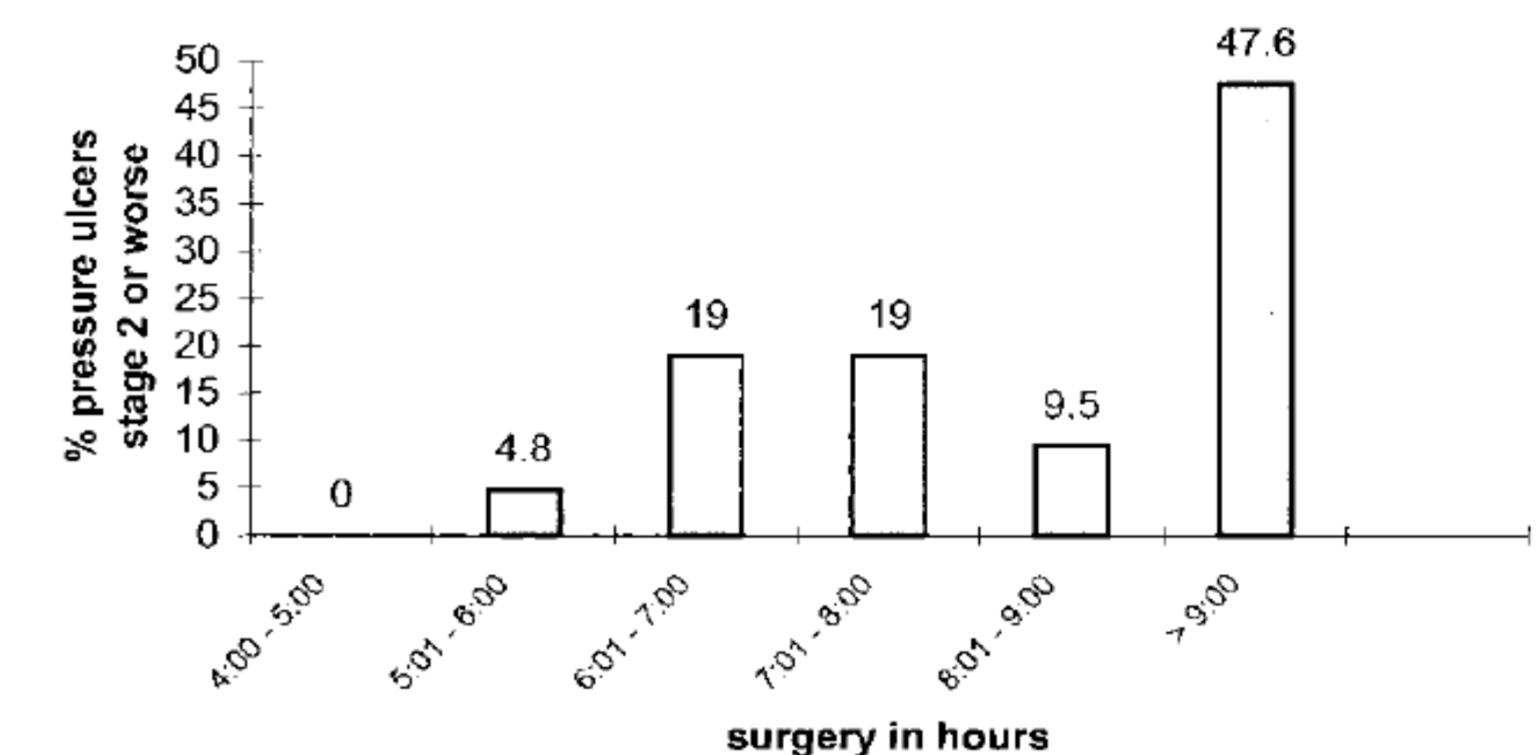


Figure 1. Percentage of pressure ulcers stage 2 or worse per length of surgery.

(Schoonhoven, 2002)

Recommandations:

Les articles étudiés et les protocoles spécifiques recommandent de procéder à une évaluation et prévention systématique du risque d'escarre en anesthésie pour tous les patients.

Evaluation:

- Parmi les outils d'évaluation étudiés, le **Scott Trigger** a l'avantage d'évaluer le risque de façon simple et rapide, en intégrant 4 critères prédictifs soit l'âge, le score ASA, le BMI et la durée opératoire.
- Une évaluation cutanée⁸ doit être conjointement menée en phase pré et postopératoire par du personnel formé.

Prévention:

- Tous les patients entrant au BOP nécessitent des actions de prévention. Une vigilance doit être apportée aux dispositifs médicaux et aux linges d'hôpitaux qui peuvent provoquer des lésions cutanées
- Pour les patients à haut risque d'escarre, les recommandations suivantes sont à mettre en place :
 - Effectuer des micromouvements pendant la chirurgie
 - Surélever les talons en associant une légère flexion des genoux).
 - Utiliser un matelas en mousse hautement réactive (à basse pression constante)⁹.

SCOTT TRIGGERS

Review patient record and complete data in left column. Place a check in the right column if the answer is YES. If two or more YES answers are present, this may indicate an increase risk of perioperative pressure ulcers. Use Perioperative Pressure Injury Prevention Plan (PPIPP) of care.

SCOTT TRIGGERS*	Does it meet these qualifications?	If YES, please check here.
Age _____	Age 62 or Older	
Serum Albumin _____ g/L or BMI	Albumin level <3.5 g/L or BMI <19 or >40	
ASA score (circle) 1 2 3 4 5	ASA score 3 or greater	
Estimated surgery time in hours/minutes _____	Surgery time over 3 hours or 180 minutes**	

Two or more YESES = HIGH RISK SURGICAL PATIENT

Assessment Comments:



Conclusion

Les escarres constituent clairement un enjeu majeur pour la qualité des soins des patients au BOP. Etant donné l'absence de textes officiels définissant les responsabilités quant à la prise en charge des escarres en salle d'opération, chaque intervenant représente un maillon essentiel dans la prévention, l'évaluation et la documentation des escarres et inscrit son action dans une perspective interprofessionnelle.

Références bibliographiques dans le texte :

- ¹L'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (2017) Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres : Rapport Comparatif National de la mesure 2015 – adultes. Berne, Suisse : Auteur
- ²Wounds International, 5. Black, J., Fawcett, D., Scott, S., (2014). Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient
- ³Primiano, M., Friend, M., McClure, C., Nardi, S., Fix, L., Schaffer, M., McNett, M., (2011). Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. AORN Journal, 6, 555-566.
- ⁴Schoonhoven L, Defloor T, van der Tweel I, Buskens E, Grypdonck MH. Risk indicators for pressure ulcers during surgery. Appl Nurs Res 2002; 15:163-73.
- ⁵Black J, Scott, SM, Fawcett, D. (2015). Operating Room Ulcers: Who is at Risk? Can they be prevented? [Présentation Powerpoint] Repéré à : <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2015/08/NPUAP-OR-Webinar-August-2015-Handouts.pdf>
- ⁶Webster J, Lister C, Corry J, Holland M, Coleman K, Marquart L. (2015). Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers : A prospective cohort study investigators Wound, Ostomy and Continence Nurses SocietyTM, 42 (2)138-144
- ⁷Lumley, Joshua L., Syed A. Ali, et Loïc S. Tchokouani. « Retrospective Review of Predisposing Factors for Intraoperative Pressure Ulcer Development ». Journal of Clinical Anesthesia 26, no 5 (août 2014): 368-74.
- ⁸Susan M., Scott. (2016, Juillet-Août). Reducing the risk of perioperative pressure injuries. Patient Safety & Quality Healthcare, 13(4), 21-26.
- ⁹Nguyen, P., MPH, MHSM. (2018). Evidence Summary. Pressure Injury Prevention: Surgical Procedures. The Joanna Briggs Institute.