

Ulcères terminaux, SCALE, insuffisance cutanée et lésions de pression évitables : résultats du sondage 2019 sur la terminologie

RÉSUMÉ

Cet article présente les résultats d'un sondage mondial auprès de la communauté de soins des plaies sur les ulcères terminaux de Kennedy, les changements cutanés en fin de vie, les lésions tissulaires terminales de Trombly-Brennan, l'insuffisance cutanée et la terminologie des lésions de pression évitables. Le sondage comprenait 10 énoncés classés par les répondants afin de déterminer leur degré d'accord. 505 répondants ont été documentés. Chaque énoncé exigeait que 80 % des répondants soient d'accord (soit « tout à fait d'accord », soit « plutôt d'accord ») pour que l'énoncé parvienne à un consensus. Neuf des 10 énoncés sont parvenus à un consensus. Les commentaires de deux autres questions ouvertes ont été regroupés par thème. Les conclusions et les recommandations suggérées pour les prochaines étapes sont discutées. Ce résumé a pour but d'améliorer les soins cliniques et de promouvoir la recherche sur les critères actuels pour les changements cutanés évitables en fin de vie.

Mots-clés lésions de pression, ulcère terminal de Kennedy, SCALE, changements cutanés en fin de vie, insuffisance cutanée, sondage, ulcères terminaux, terminologie, lésion tissulaire terminale de Trombly-Brennan

Référence Sibbald RG and Ayello EA. Terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries: results of the 2019 Terminology Survey. *WCET® Journal* 2020;40(1):18-26

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.1.18-26>

Introduction

En mars 2019, un article a été publié dans *Advances in Skin & Wound Care* intitulé « Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries ». ¹ Il résumait et proposait des relations entre les ulcères terminaux, l'insuffisance cutanée, les changements cutanés en fin de vie (Skin Changes At Life's End - SCALE) et les lésions de pression (LP) évitables, et était en partie basé sur les sessions organisées dans

le cadre de la conférence du National Pressure Ulcer Advisory Panel en 2017. ¹ Cet article présente les résultats d'un sondage qui était partiellement basé sur cet article et conçu pour évaluer les opinions des professionnels de la santé sur la terminologie pertinente afin de déterminer leurs niveaux d'accord et de consensus.

MÉTHODES

La médecine fondée sur des données probantes est une combinaison de preuves scientifiques, d'opinions/de connaissances d'experts, et de préférence des patients. ² Ce sondage a été conçu pour solliciter les connaissances/opinions des experts sur cette terminologie. Le sondage a été créé par les auteurs de l'étude en janvier et février 2019 et mis en œuvre à l'aide de la plateforme SurveyMonkey (San Mateo, Californie). Il contenait sept questions démographiques sur l'expérience clinique et les antécédents des répondants, ainsi qu'une question pour déterminer si le répondant avait lu l'article CE/CME original. ¹ Les instructions indiquaient qu'il n'était pas nécessaire d'avoir lu l'article pour participer au sondage, et les questions ont été conçues pour être indépendantes de ce sondage.

Dans la deuxième section du sondage, les participants ont été invités à indiquer leur niveau d'accord avec 10 énoncés de consensus. Les options étaient les suivantes : tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord et pas du tout d'accord. Les participants pouvaient également élaborer en ajoutant des commentaires narratifs à l'une quelconque des questions du sondage. Les énoncés de consensus comprenaient quatre questions

R. Gary Sibbald

MD, DSc (Hons), MEd, FRCPC (Med Derm), ABIM, FAAD, MAPWCA, Professeur, médecine et santé publique, Directeur, Cours en soins des plaies interprofessionnels internationaux et Maîtrise de science en santé communautaire (Prévention et soins des plaies), Faculté de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto ; Responsable du projet ECHO Ontario Wound & Skin Care, Toronto, Ontario, Canada ; Investigateur, Institute for Better Health, Trillium Health Partners ; Co-éditeur en chef, *Advances in Skin and Wound Care*, Philadelphie, Pennsylvanie

Elizabeth A. Ayello*

PhD, MS, BSN, RN, CWON, ETN, MAPWCA, FAAN, Corps professoral, Excelsior College School of Nursing, Albany, New York ; Présidente, Ayello Harris & Associates, Inc, Copake, New York ; Présidente, World Council of Enterostomal Therapists® ; Co-éditeur en chef, *Advances in Skin & Wound Care*, Philadelphie, Pennsylvanie

*Auteur-ressource

sur l'insuffisance cutanée, deux questions sur les lésions terminales de Kennedy (aujourd'hui appelées ulcères terminaux de Kennedy [UTK]), et une seule question pour chacun des éléments suivants : SCALE, lésion tissulaire terminale de Trombly-Brennan, évitabilité de l'ulcération terminale et définition de la lésion de pression (LP) par les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Une dernière question ouverte demandait aux participants d'indiquer ce qui était à leur avis nécessaire pour fournir un meilleur cadre conceptuel pour les changements cutanés en fin de vie.

Les répondants ont été informés au début du sondage que les résultats étaient anonymes et que la complétion du sondage impliquait la permission d'y participer. À titre incitatif, les participants pouvaient saisir leur nom et leur courriel à la fin du sondage pour la chance de gagner l'une de cinq cartes-cadeaux American Express de 100 USD ou une copie papier d'un manuel de soins des plaies. Ces informations ont été conservées séparément des résultats du sondage, et seuls les résultats dépersonnalisés ont été partagés avec ces auteurs.

Le sondage était ouvert du 1er mars au 1 juin 2019. Pour faire connaître le sondage, des avis ont été publiés dans les numéros de mars à juin d'*Advances in Skin & Wound Care*, et dans un numéro de *Nursing2019*. Des courriels ont été également envoyés aux membres des organisations pertinentes qui ont accepté de diffuser un avis au sujet du sondage, notamment l'American Professional Wound Care Association, le World Council of Enterostomal

Therapists®, l'International Interprofessional Wound Care Group, et les participants au Cours international sur les soins des plaies interprofessionnels. Des avis ont également été affichés sur le site Web de la revue (www.woundcarejournal.com) et sur les plateformes de médias sociaux, ainsi que dans les présentations professionnelles des co-auteurs du sondage.

Résultats Démographiques

Au total, 505 réponses ont été reçues, mais tous les répondants n'ont pas répondu à toutes les questions. La plupart des sondages complétés provenaient d'Amérique du Nord, avec des répondants internationaux d'Europe, d'Amérique du Sud, du Moyen-Orient, d'Asie et d'Australie. Moins de la moitié des participants (n = 208, 42.89 %) ont déclaré avoir lu l'article sur lequel le sondage était basé ; 20 répondants n'ont pas répondu à cette question. Le Tableau 1 résume les données démographiques des participants. Le Tableau 2 présente leurs réponses par niveau d'accord ou de désaccord. Pour chaque énoncé, il fallait que 80 % des répondants soient d'accord (soit tout à fait d'accord ou plutôt d'accord) pour parvenir à un consensus ; 9 des 10 énoncés sont parvenus à un consensus. Au total, 119 commentaires ont été reçus et des réponses ouvertes sélectionnées sont regroupées par thèmes dans le Tableau 3.

Les répondants au sondage étaient expérimentés dans les soins de la peau et des plaies, le plus grand groupe (n = 181, 37.55 %) avait plus de 20 ans d'expérience et 125 répondants (25.93 %) ont indiqué

Tableau 1. Résumé des réponses

Question	Réponse, n (%)						Aucune réponse/ réponse
1. Années d'expérience en soins des plaies	>2 ans, 26 (5.39 %)	2-5 ans, 73 (15.15 %)	5-10 ans, 77 (15.98 %)	10-20 ans, 125 (25.93 %)	>20 ans, 181 (37.55 %)		23/482
2. Profession	Soins infirmiers, 347 (71.84 %)	Médecin, 45 (8.91 %)	Podiatre, 36 (07.25 %)	Réadaptation, 27 (5.59 %)	Paramédical, 2 (0.41 %)	Autre, 26 (5.38 %)	22/483
3. % de pratique clinique en soins des plaies	>60 %, 237 (49.17 %)	41 %-60 %, 65 (13.49 %)	21 %-40 %, 67 (13.90 %)	6 %-20 %, 73 (15.15 %)	≤5 %, 40 (8.30 %)		23/482
4. La pratique comprend LP, UJ, UP, et/ou autre	LP + UJ + UP, 320 (66.12 %)	Autre + LP, 62 (12.81 %) Autre —LP, 23 (4.75 %)	LP + UJ, 8 (1.65 %) LP + UP, 8 (1.65 %)	LP uniquement, 39 (8.06 %)	UP uniquement, 18 (3.72 %)	UJ uniquement, 8 (0.165 %)	21/484
5. Je travaille dans ^a	Soins à domicile communautaires, 69 (14.37 %)	Soins aigus en milieu hospitalier, 191 (39.79 %)	Soins à long terme/chroniques, 62 (12.92 %)	Foyer d'accueil pour personnes âgées, 87 (18.13 %)	Clinique de soins des plaies ambulatoire, 128 (26.67 %)	Autre, 95 (19.79 %)	25/480
6. Certifications ^a	CWOCN, 53 (12.80 %) CWON, 32 (7.73 %)	CWCN, 13 (3.14 %) CWS, 91 (21.98 %)	WCC, 112 (27.05 %)	ABWM, 28 (67.63 %)	CWSS, 13 (3.14 %)	Autre, 172 (41.54 %)	91/414

Abréviations : ABWM, American Board of Wound Healing ; CWCN, Infirmière certifiée en soins de continence et des plaies ; CWOCN, Infirmière certifiée en continence pour plaie et stomie ; CWON, Infirmière certifiée en stomathérapie ; CWSS, Spécialiste certifiée en soins des plaies et de la peau ; UP, ulcère du pied ; UJ, ulcère de jambe ; LP, lésion de pression ; WCC, Certifiée en soins des plaies.

^aCochez toutes les réponses qui s'appliquent.

qu'ils avaient 10 à 20 ans d'expérience (Tableau 1). Sur les 505 répondants, 483 ont identifié leur profession. La plupart étaient des infirmières (n = 347, 71.84 %) qui déclaraient être principalement des prestataires de soins directs, des infirmières praticiennes ou des infirmières enseignantes. Les médecins répondants (n = 45, 8.91 %) étaient principalement des spécialistes avec des spécialités identifiées, y compris la chirurgie plastique ou générale, la médecine d'urgence et la dermatologie. Près de la moitié des répondants (n = 237, 49.17 %) estimaient que les soins des plaies constituaient plus de 60 % de leur pratique clinique. Les lésions de pression faisaient partie des soins cliniques pour 90.2 % des répondants (n = 437). Les deux tiers des répondants (n = 320, 66.12 %) soignaient des patients présentant trois types de plaies : ulcères de jambe, ulcères de pied et lésions de pression. La majorité travaillait dans les soins aigus en milieu hospitalier (n = 191, 39.79 %), suivis des cliniques externes de soins des plaies (n = 128, 26.67 %).

Une question dans la section démographique du sondage portait sur les certifications des participants. Sept certifications courantes et une catégorie « autre » ont été fournies comme réponses, et les répondants pouvaient cocher tout ce qui s'appliquait. Au total, les répondants détenaient 342 certifications individuelles, mais certaines personnes en détenaient plus d'une. La plupart des réponses « autre » (n = 172) étaient des diplômes avancés et non pas des certifications formelles en soins des plaies.

Énoncés de Consensus

La section suivante détaille chaque énoncé de consensus et les résultats rapportés. Pour aider à contextualiser les réponses, un résumé de certains des concepts est inclus. Pour une vue d'ensemble plus complète, reportez-vous à l'article récapitulatif et/ou aux sources primaires de termes connexes.

Tous les énoncés sont parvenus à un consensus, à l'exception de l'association proposée des LP dans le cadre de l'insuffisance cutanée. Des recherches de haute qualité sont nécessaires pour valider les observations cliniques et les mécanismes proposés de ces lésions.

Énoncés 1 et 2 : Ulcères terminaux de Kennedy

Énoncé 1, « Les lésions terminales de Kennedy sont attribuables à une ischémie locale et sont moins susceptibles d'être une lésion de pression primaire », a atteint un accord de 84.29 %. Dans l'énoncé 2, « Les lésions terminales de Kennedy sont un pronostic de mort imminente », l'accord était de 93.82 %

L'UTK était l'un des premiers ulcères terminaux dont il est fait état dans la littérature moderne.³ Il est donc possible que les répondants étaient familiers avec cette lésion. Semblable à l'ulcère menaçant de Charcot, il est le plus fréquent sur le sacrum ou le coccyx. Il est décrit comme une lésion rouge, jaune et/ou noire en forme de poire qui apparaît soudainement. Il peut apparaître sur une peau intacte ou former une érosion (c.-à-d. une perte d'épiderme avec une base épidermique) ou un ulcère (c.-à-d. une perte d'épiderme avec une base dermique ou plus profonde).³

La majorité des répondants convenaient que l'ischémie jouait probablement un rôle plus important que la pression dans les UTK (84.29 % ; Énoncé 1). Le sacrum n'a pas une bonne circulation collatérale et est prédisposé aux lésions. Lorsque le cœur ou le cerveau est compromis, la circulation de la peau, des reins, du foie, des poumons ou du tube digestif est souvent contournée pour

préserver les fonctions vitales. Le sang est déplacé - véritablement comprimé - par la vasoconstriction, d'abord à partir de la peau et des tissus mous vers le cœur et le cerveau, puis à partir des organes viscéraux en raison de la distribution adrénorgique ingénieuse dans les organes du corps qui fait du cerveau l'organe le plus protégé⁴. Une hypothèse a été émise selon laquelle, lorsque les capillaires fuient, l'hémorragie locale peut provoquer une couleur rouge à la surface de la peau. Lorsqu'une ecchymose disparaît, elle peut évoluer vers une couleur jaune-brun. Si l'ischémie locale est complète et que l'approvisionnement en sang s'arrête, la couleur peut devenir noire. Les changements de couleur peuvent varier dans l'UTK selon la quantité relative d'ischémie.

Knight et ses collègues⁵ ont mesuré les tensions d'oxygène et de dioxyde de carbone locales du sacrum, ainsi que le lactate de sueur et l'urée, pour obtenir des mesures indirectes de l'ischémie chez 14 volontaires en bonne santé. Avec des pressions appliquées externes variables, ils ont conclu que les niveaux d'oxygène étaient abaissés dans les tissus mous soumis à des pressions plus élevées et que cette diminution est généralement associée à une augmentation des taux de dioxyde de carbone « bien au-dessus des taux basaux normaux (avec) des augmentations considérables, dans certains cas jusqu'à deux fois, dans les concentrations de lactate de sueur et d'urée sur le site chargé par rapport au témoin non chargé. »⁵ Les investigateurs ont également déclaré « ... il est bien établi que l'ischémie à pression prolongée affectera la viabilité des tissus mous, entraînant leur dégradation éventuelle. » Par conséquent, l'UTK peut représenter une ischémie locale en partie attribuable à une circulation cutanée shuntée soumise à une pression beaucoup plus faible que d'ordinaire, contribuant à la lésion locale.

Bien que plus de 90 % des répondants étaient d'accord pour dire que les UTK sont un pronostic de décès imminent, l'un des commentaires a noté que, d'après les données de Kennedy, 44.3 % des patients ne sont pas décédés dans les 6 semaines suivant l'apparition de la lésion. Un seul article basé sur des données a été publié sur les UTK.³ Les recherches futures devraient inclure des bases de données prospectives, des séries de cas et des études de cohorte. Ces lésions sont très probablement inévitables et ne devraient pas être incluses dans les études d'incidence et de prévalence des LP.⁶

Selon le *State Operations Manual: Guidance to Surveyors* (F686) des CMS, les UTK doivent être différenciées des autres ulcères/lésions :⁶

L'établissement est chargé d'évaluer et de classer avec précision un ulcère tel qu'un UTK ou autre type d'UP/LP et de démontrer que des mesures préventives appropriées étaient en place pour prévenir les ulcères de pression autres qu'UTK. Les UTK ont certaines caractéristiques qui les différencient des ulcères de pression :

- Les UTK apparaissent soudainement et en quelques heures ;
- Ils apparaissent habituellement sur le sacrum et le coccyx mais peuvent aussi apparaître sur les talons, les muscles postérieurs du mollet, les bras et les coudes ;
- Les bords sont généralement irréguliers et sont rouges, jaunes et noirs à mesure que l'ulcère progresse, souvent décrits comme étant en forme de poire, de papillon ou de fer à cheval ;
- Apparaissent souvent sous forme d'abrasion, de cloque ou de zone sombre et peuvent se transformer rapidement en lésions de stade 2, de stade 4 ou de stade 4 ;

Tableau 2. Résultats par énoncé

Énoncé	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	D'accord combiné	Plutôt en désaccord	Pas du tout d'accord	Désaccord combiné	Nombre total de réponses
1. Les lésions terminales de Kennedy sont attribuables à une ischémie locale et sont moins susceptibles d'être une lésion de pression primaire.	125 (47.89)	95 (36.40)	220 (84.29)	30 (11.49)	11 (4.21)	41 (15.70)	261
2. Les lésions terminales de Kennedy sont un pronostic de décès imminent (dans un délai de 6 semaines et jusqu'à 55,7 % tel que documenté dans les données de Karen Lou Kennedy).	148 (57.14)	95 (36.68)	243 (93.82)	9 (93.47)	7 (2.70)	16 (6.18)	259
3. Les lésions tissulaires terminales de Trombley-Brennan peuvent représenter une hypoperfusion et des vaisseaux superficiels qui fuient, entraînant les trois événements suivants : a) Une ecchymose rose violette semblable à des altérations de peau de papillon. b) Des stries verticales-linéaires, en particulier sur les jambes, ou des stries horizontales avec purpura sur l'abdomen. c) Ces changements ne s'ulcèrent pas et ne se désintègrent pas.	64 (26.23)	133 (54.51)	197 (80.74)	41 (16.80)	6 (2.46)	47 (19.26)	244
4. Le concept de l'insuffisance cutanée n'inclut pas les lésions de pression.	51 (19,62)	52 (20,00)	103 (39,62)	75 (28,85)	82 (31,54)	157 (60,38)	260
5. Une insuffisance cutanée peut se produire avec une maladie aiguë, une maladie chronique, et en fin de vie.	208 (79.09)	50 (19.01)	258 (98.10)	3 (1.14)	2 (0.76)	5 (1.90)	263
6. L'insuffisance cutanée est un événement au cours duquel la peau et le tissu sous-jacent meurent en raison d'une hypoperfusion et qui se produit simultanément avec la défaillance grave d'autres systèmes d'organes (deux ou plus).	172 (65.90)	76 (29.12)	248 (95.02)	10 (3.83)	3 (1.15)	13 (4.98)	261
7. La définition de l'insuffisance cutanée en fin de vie doit inclure une description du degré de lésion cutanée et de la zone concernée.	176 (67.43)	68 (26.05)	244 (93.48)	12 (4.69)	5 (1.92)	17 (6.51)	261
8. L'ulcère terminal de Kennedy (UTK), la lésion tissulaire terminale de Trombley-Brennan (LTT-TB), les changements cutanés en fin de vie (Skin Changes At Life's Ends - SCALE) et l'insuffisance cutanée en fin de vie sont inévitables et ne sont pas attribuables à des soins de qualité inférieure.	159 (60.92)	67 (25.67)	226 (86.59)	23 (8.81)	12 (4.60)	35 (13.41)	261
9. Les changements décrits dans les énoncés SCALE peuvent se produire en l'absence d'une insuffisance cutanée.	66 (26.51)	136 (54.62)	202 (81.12)	39 (15.66)	8 (3.21)	47 (18.88)	249
10. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la définition des lésions de pression évitables/inévitables formulée par les Centers for Medicare & Medicaid Services ?	112 (42.42)	128 (48.48)	240 (90.91)	15 (5.68)	9 (3.41)	24 (9.09)	264

L'énoncé qui n'a pas obtenu de consensus est en gras. Toutes les réponses sont n (%).

Cependant, il n'y a aucun énoncé concernant les UTK dans le Resident Assessment Instrument User's Manual pour les soins de longue durée.⁷

Énoncé 3 : Lésions tissulaires terminales de Trombley-Brennan

Le troisième énoncé du sondage a atteint un accord de 80.74 %. En examinant l'étiologie de ces lésions, la couleur rose proviendrait à nouveau d'une hémorragie des vaisseaux superficiels, et la couleur violette-marron pourrait provenir de vaisseaux plus profonds et pourrait évoluer pour devenir un type de contusion. Les stries verticales sur les jambes et les zones horizontales sur l'abdomen peuvent suivre les plis cutanés, des profils d'œdème ou la structure du plexus vasculaire de la peau.⁸

Dans le rapport initial, aucune des lésions n'avait perdu son intégrité cutanée ni ne s'était dégradée pour former un ulcère. Cependant, les auteurs du sondage ont reçu sept commentaires des répondants selon lesquels ces lésions s'étaient dégradées avec la formation d'un ulcère.

Énoncés 4 à 7 : Insuffisance cutanée

Parmi tous les concepts du sondage, l'insuffisance cutanée fait l'objet du plus grand nombre d'articles dans la littérature.⁹⁻¹³ L'insuffisance cutanée peut être aiguë ou chronique et survenir en fin de vie ou avec des maladies aiguës et chroniques.⁹⁻¹³ Tous les énoncés sauf un sur l'insuffisance cutanée sont parvenus à un consensus. Dans l'énoncé 7, « La définition de l'insuffisance cutanée en fin de vie devrait inclure une description du degré de lésion cutanée et de la surface concernée », l'accord était de 93.4 %. L'énoncé 6, « L'insuffisance cutanée est un événement dans lequel la peau et les tissus sous-jacents meurent en raison d'une hypoperfusion et elle se produit en même temps qu'une défaillance grave d'autres systèmes d'organes (deux ou plus) », a obtenu un accord de 95.62 % L'énoncé 5, « Une insuffisance cutanée peut survenir avec une maladie aiguë, une maladie chronique et en fin de vie », a atteint un accord encore plus élevé de 98.1 %. Cependant, un consensus n'a pas été atteint pour l'énoncé 4, « Le concept d'insuffisance cutanée n'inclut pas les lésions de pression ; » 60.38 % des répondants n'étaient pas d'accord avec cet énoncé.

En définissant l'insuffisance cutanée, Langemo et Brown⁹ déclarent : « L'insuffisance cutanée est un événement dans lequel la peau et les tissus sous-jacents meurent en raison d'une hypoperfusion qui se produit en même temps qu'un dysfonctionnement ou une défaillance grave d'autres systèmes d'organes. » Levine a également publié des commentaires sur l'insuffisance cutanée^{10,11} qui incluent des définitions proposées de l'insuffisance cutanée telles que « l'état dans lequel la tolérance tissulaire est si compromise que les cellules ne peuvent plus survivre dans des zones de déficience physiologique telles que l'hypoxie, les contraintes mécaniques locales, un apport réduit de nutriments, et l'accumulation de sous-produits métaboliques toxiques. Dans ce schéma, une insuffisance cutanée peut se produire sur des protubérances osseuses où la peau et les tissus sous-jacents, y compris les muscles, sont étirés et soumis à une pression externe »¹¹. Ces critères d'insuffisance cutanée avec hypoperfusion et atteinte de deux ou plusieurs autres organes peuvent survenir avec une maladie aiguë, une maladie chronique ou en fin de vie.

Ce qui n'est pas encore clair est la question de savoir si l'insuffisance cutanée implique un ou plusieurs organes. Le sondage comportait

un certain nombre de commentaires écrits concernant le désir d'obtenir plus de preuves pour déterminer clairement si une seule défaillance grave d'organe suffit (p. ex., un arrêt cardiaque) ou si deux organes internes doivent cesser de fonctionner.

Il est important de distinguer l'insuffisance cutanée des autres processus pathologiques dermatologiques qui peuvent porter atteinte à la peau en raison de mécanismes autres que l'hypoperfusion (p. ex., érythrodermie avec atteinte de la peau par hyperperfusion où >90 % de la peau est rouge). L'étendue de la lésion cutanée est un élément important dans la description des lésions ischémiques associées à une insuffisance cutanée. Des descriptions spécifiques des changements cutanés doivent également être documentées. Certains commentaires écrits de l'enquête suggèrent que la gravité des lésions cutanées (érythème, érosion, ulcère, nécrose, ecchymoses) et l'étendue des lésions (pourcentage de surface corporelle) peuvent être une meilleure base de documentation pour définir le traitement que le degré de lésion cutanée.

Les répondants étaient d'accord pour dire que l'insuffisance cutanée peut survenir en fin de vie et également avec des maladies aiguës et chroniques. Delmore et ses collègues ont publié deux articles fondés sur des données au sujet de l'insuffisance cutanée associée à des maladies aiguës.^{12,13} En 2015, ils ont défini l'insuffisance cutanée aiguë comme étant « une hypoperfusion de la peau entraînant la mort des tissus dans le cadre d'une maladie grave »¹² et ont plus tard révisé cette définition comme étant « l'état d'hypoperfusion qui entraîne la mort des tissus qui survient simultanément à une maladie grave. »¹³

Ceci prouve qu'avec l'ischémie, la pression seuil pour une LP est plus basse et peut également se produire avec une norme de soins acceptable.⁶ Il y avait 15 commentaires ouverts indiquant que les LP se produisent plus facilement avec une insuffisance cutanée ou font partie du concept d'insuffisance cutanée.

Énoncé 9 : SCALE

Pour l'énoncé « Les changements décrits dans les énoncés SCALE peuvent se produire en l'absence d'insuffisance cutanée », il y avait 81.42 % d'accord et donc un consensus. Des changements cutanés en fin de vie (SCALE)^{14,15} peuvent se produire lorsque les patients meurent sans défaillance de deux organes internes, bien que plusieurs des critères SCALE puissent être présents dans la définition de l'insuffisance cutanée. De plus, SCALE inclut les changements de la couleur, de la turgescence ou de l'intégrité de la peau (ce qui implique des facteurs tels que les dispositifs médicaux, l'incontinence, les irritants chimiques, l'exposition chronique aux fluides corporels, les déchirures, le cisaillement, la friction et l'infection de la peau). Une nutrition sous-optimale peut entraîner une perte de poids, une émaciation et des changements cutanés avec une déshydratation. Une perfusion tissulaire diminuée peut provoquer une baisse locale de la température cutanée, un système vasculaire marbré, et une nécrose cutanée ou une gangrène. Les lésions de pression sont également un composant de SCALE. La plupart de ces changements peuvent être inévitables.

Énoncés 8 and 10 : Changements cutanés inévitables

Pour l'énoncé 8, « L'ulcère terminal de Kennedy (UTK), la lésion tissulaire terminale de Trombley-Brennan (LTT-TB), les changements cutanés en fin de vie (SCALE) et l'insuffisance cutanée en fin de vie

Tableau 3. Commentaires écrits sélectionnés regroupés par thèmes

<p>Un consensus expert est nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un document plus définitif • Un consensus sur la terminologie, éducation, et recommandations concernant : documentation, directives • Consensus ou groupe de travail pour établir des critères et accent sur la nécessité de les mettre en œuvre en tant que troisième classification des LP (en dehors des inévitables) • Politiques et directives • Nous avons besoin d'un consensus dans tous les groupes d'âge ; ce n'est PAS un problème gériatrique • Un cadre qui regroupe tous ces concepts et montre comment ils ont trait ou non à un ulcère terminal. • Du temps et une meilleure distribution des informations, le NUPAP approuve et publie un livre blanc • Examen par un groupe de spécialistes respectés en soins des plaies et élaboration d'un énoncé de consensus • Difficile à réaliser. Plus de discussions
<p>Est-ce une lésion de pression - oui ou non ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser que l'UTK n'est pas une lésion de pression • Les harmoniser avec une lésion de pression • La LTT-TB n'est pas une LP tandis que l'UTK en est une • L'insuffisance cutanée, en fin de vie, l'UTK devraient être exclus du taux d'incidence des UP • L'étiologie de ces lésions n'indique pas régulièrement une LÉSION DE PRESSION
<p>Clarification des définitions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les définitions doivent être expliquées aux professionnels de la santé qui n'ont pas suivi de formation en PSC. Les médecins doivent comprendre comment la peau se dégrade en fin de vie et le documenter de manière appropriée. • Nous devons aborder la hiérarchie des besoins, si le patient est instable, il vaut mieux sacrifier la peau pour maintenir la perfusion au cerveau et aux autres organes vitaux, j'ai vu des orteils nécrotiques résultant d'événements d'hypotension pendant la dialyse. Nécrose de la peau due au PTT (purpura thrombocytopénique thrombotique), les patients ont du mal à respirer sauf en position de Fowler élevée. Cela indique que nous ne pouvons pas faire une désignation étroite de l'insuffisance cutanée en fin de vie pour n'inclure que l'UTK ou la LTT-TB, nous avons besoin de connaître le temps jusqu'à la mort et d'une liste des processus pathologiques qui contribuent à l'insuffisance cutanée : dialyse, insuffisance cardiaque, crise d'hypotension, hypoxie, etc. • Identifier et différencier les normes entre la catégorie de fin de vie, les patients à haut risque et l'insuffisance cutanée courante • Il faut une seule définition reconnue au lieu de multiples descriptions des changements cutanés en fin de vie • Défini comme faisant partie intégrante d'une défaillance multiviscérale aiguë ou chronique • Publication uniforme de ce qui précède sur une base régulière, par ex. mensuelle, pour que les cliniciens puissent voir régulièrement le langage et documenter les dossiers des patients en conséquence pour arriver à un langage commun et une interprétation commune • Meilleures définitions ontologiques • Définitions fondées sur des preuves • À ce stade, la définition de Langemo et Brown doit être utilisée pour l'insuffisance cutanée qui comprend un stade aigu, chronique et terminal. Les UTK, SCALE et LTT-TB doivent être inclus dans l'insuffisance cutanée en phase terminale ou en fin de vie. Des recherches plus approfondies sont nécessaires MAIS en attendant, toutes les recherches effectuées à ce jour nous aident à aller de l'avant. Éliminer quoi que ce soit à ce stade n'est ni nécessaire ni judicieux. • Satisfaisant tel quel
<p>Plus de recherches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preuves et recherches. Bases de données. La LTT-TB n'est pas une LP tandis que l'UTK en est une • Étude avec statistiques et documentation des observations • Je pense que la base scientifique permettant de distinguer les différences étiologiques derrière ces phénomènes doit être renforcée. À ce stade, tout est de nature observationnelle. • Échantillonnage de tissus réalisé dans le cadre d'un ECR pour fournir des directives et des critères de diagnostic clairs pour l'insuffisance cutanée et influencer les pratiques politiques, réglementaires et de facturation • Je pense, si c'était authentifié et recherché • Nous traitons ces questions avec des énoncés de consensus et des sondages depuis plus de dix ans. Le moment est venu pour une vraie science afin que nous puissions avoir une pratique fondée sur des preuves • Utiliser la science comme moteur de définition, et non pas de processus • Davantage de recherches dans le domaine des changements cutanés chez le patient mourant • Il est évident que des recherches plus approfondies sont nécessaires, préalbumine et biopsie sur la peau avec hypoperfusion spécifiquement la fuite de plaquettes du système vasculaire due à un manque d'albumine dans la peau, qui la tache • Davantage de recherches, de formation des professionnels de la santé à tous les niveaux • Recherches sur les tissus primaires • Davantage d'études, de formation et de documentation par les infirmières en soins palliatifs. • Plus de recherches

Davantage d'éducation
<ul style="list-style-type: none"> • Davantage d'éducation sur l'insuffisance cutanée en général x17 -apparition, communauté, soins infirmiers + médecin, toutes disciplines, patients + familles, personnel de soutien, novice - pas leur faute, validation de l'éducation, améliorer la base de connaissances, directives pour les carrières et le personnel • Arbre décisionnel pour guider le personnel. • Fournir des positions confortables selon la préférence du patient / pansements protecteurs / matelas pneumatique • Éducation sur le manque d'oxygène • Les établissements ont besoin de davantage de formation et de matériel de formation visuel. De plus, les communautés, les proches mal informés peuvent parfois être très durs avec le personnel lorsque ces changements cutanés se produisent, les accusant d'un mauvais traitement • Pour distinguer ces changements des UP/LP, les cliniciens doivent être informés des causes sous-jacentes de chaque problème. L'ischémie est sous-jacente à SCALE. L'inflammation due à une lésion sous-tend les UP/LP. • L'éducation fait défaut dans les établissements de soins de longue durée, dans les soins primaires et lorsque les proches reçoivent un diagnostic d'issue terminale pouvant entraîner des insuffisances cutanées. Les proches doivent aussi être éduqués. • Medicare doit être éduqué • Offrir des expériences éducatives en ligne ou lors de conférences aux infirmières des établissements de soins de longue durée. • Il faut éduquer les agences de santé fédérales - elles ne connaissent pas la médecine concernant ce sujet à ce stade • Plus d'articles sur ces questions, plus de photos de patients dans le texte
Insuffisance cutanée
<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure sensibilisation au concept d'insuffisance cutanée • Il serait bon que la directive internationale comprenne des énoncés plus définitifs sur l'insuffisance cutanée afin que nous parlions tous la même langue, même si elle est générale, pour que nous puissions être guidés par le même document. Cela nous aiderait énormément en Australie, car nombreux sont ceux qui utilisent encore notre directive australienne qui est obsolète. La directive internationale devrait être notre référence absolue pour que nous puissions être tous d'accord et nous soutenir mutuellement à l'échelle mondiale pour mieux soigner ces patients. Comme indiqué précédemment, je pense que nous devrions également nous pencher sur l'insuffisance cutanée qui n'est pas en fin de la vie. Elle est trop variée pour être définie mais elle existe. Conceptuellement, nous avons tendance à tout mettre ensemble, la peau est bien plus importante que ça, les gens vivent avec une insuffisance cutanée bien avant qu'ils ne soient dans leurs 6 dernières semaines de vie. • La peau est un organe qui peut se dégrader tout comme les autres organes se dégradent en fin de vie • Meilleure compréhension du déclin global en cas de défaillance de multiples systèmes et en fin de vie • Inclure tous ces termes en tant qu'insuffisance cutanée chez les personnes en phase terminale. Ne différenciez pas. C'est déconcertant. L'insuffisance cutanée en fin de vie est le concept global • Qu'est-ce que l'insuffisance cutanée ? Est-elle visible ? Est-elle systémique, autrement dit, sur toute la surface de la peau et pas seulement sur les protubérances osseuses. Oui, la peau se détériore plus facilement vers la fin de la vie pour de nombreuses raisons. L'hypoperfusion rend certainement la peau plus sensible à la pression. L'émaciation, l'immobilité, etc. rendent la décompression encore plus difficile. La définition dermatologique de l'insuffisance cutanée est différente de celle de la communauté des soins des plaies. Nous avons besoin d'uniformité
Fin de vie/SCALE
<ul style="list-style-type: none"> • Entretien, gestion de la douleur, contrôle du drainage et confort. La fin de vie signifie exactement cela pour chaque organe du corps. La peau, le plus grand organe, ne doit pas être traitée différemment • Souvent, en fin de vie, il est plus stressant pour le patient d'être roulé et repositionné lorsqu'il est si proche de la mort. • Il vaut peut-être mieux les regrouper tous dans SCALE afin d'éviter la confusion.
Responsabilité
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre moins l'accent sur la crainte de la responsabilité. Nous devrions simplifier les LP au lieu de les rendre plus compliquées à diagnostiquer et donc à éviter • Je souhaite que le bon sens et la responsabilité soient également pris en compte • L'événement JAMAIS n'a pas tenu compte du fait que la peau est le plus grand organe du corps. Comme les reins, les poumons, les cœurs qui se dégradent, et nous ne sommes pas pénalisés pour ces défaillances, « ils » ont décidé de pénaliser si une insuffisance cutanée survient en fin de vie. Je comprends pourquoi les initiatives ont été mises en place car, infirmière depuis 35 ans, j'ai vu des plaies horribles dues à des soins médiocres sur des patients, maintenant, il faut régler le problème. Regardez quels événements sont survenus au cours des semaines précédant l'apparition de ces problèmes cutanés ... critique, placé sous presseurs, défaillance multiviscérale, etc. doivent être pris en compte. • Non attribué à des soins de qualité inférieure. Classification CMS • Entretien, gestion de la douleur, contrôle du drainage et confort. La fin de vie signifie exactement cela pour chaque organe du corps. La peau, le plus grand organe, ne doit pas être traitée différemment • Si la norme de soins est respectée et documentée et que les comorbidités et les défaillances d'organes sont documentées dans le cadre du diagnostic, c'est la fin de vie de l'affection cutanée

Tableau 3 - suite. Commentaires écrits sélectionnés regroupés par thèmes

Diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> • Les cliniciens doivent être informés et savoir où trouver les informations lorsqu'ils ont besoin de poser un diagnostic • Définition plus précise. Progression probable avec calendrier ? • Un outil comme l'échelle de Braden qui peut quantifier les changements cutanés qui se produisent en fin de vie. • Meilleurs marqueurs de défaillance de multiples organes, documentation de l'insuffisance cutanée et de ce à quoi elle ressemble, tests de laboratoire indiquant une défaillance cutanée, etc. • De tels changements doivent également être coordonnés avec l'état cognitif du patient et sa capacité à observer les mesures d'autoprotection • Nous devons chercher les causes tout comme nous avons appris LP vs DCAH • Il est multifactoriel, par conséquent, une liste de contrôle peut être nécessaire pour déterminer s'il s'agit de SCALE ou d'une LPCH • Listes de contrôle facilitant le diagnostic et le pronostic • Besoin de meilleurs critères de diagnostic
Inévitable
<ul style="list-style-type: none"> • Les lésions de pression inévitables doivent être exclues du nombre total d'incidences à la fin de chaque mois • L'appréciation que la peau est un organe et, comme tous les autres organes, elle peut se dégrader malgré toutes les interventions médicales. • La définition évitable nécessite une option d'exclusion pour les cliniciens qui font tout ce qui est « raisonnable » pour maintenir l'intégrité de la peau dans tous les cadres dans lesquels ils se trouvent.
Divers
<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure dotation en personnel • Mettre moins l'accent sur la crainte de la responsabilité. Nous devrions simplifier les LP au lieu de les rendre plus compliquées à diagnostiquer et donc à éviter • Reconnaissance du déni des processus par le patient et la famille • Travailler avec d'autres spécialités pour individualiser les soins • Meilleures surfaces d'appui • Vous n'avez tout simplement pas assez de place ici pour me permettre de pontifier

Abréviations : UTK, ulcère terminal Kennedy ; LPCH, lésion de pression contractée à l'hôpital ; DCAH, dommages cutanés associés à l'humidité ; NUPAP, National Pressure Ulcer Advisory Panel ; LP, lésion de pression ; Prl, lésion de pression ; UP, ulcère de pression ; ECR, essai contrôlé randomisé ; SCALE, changements cutanés en fin de vie ; LTT-TB, lésion tissulaire terminale de Trombley-Brennan ; PSC, plaies stomie continence

sont inévitables et ne sont pas attribuables à des soins de qualité inférieure », il y avait 86,59 % d'accord et donc un consensus. De même, dans l'énoncé 10, « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la définition des lésions de pression évitables/inévitables des Centers for Medicare and Medicaid Services ? » il y avait 90,91 % d'accord et un consensus.

Les définitions CMS les plus actuelles (avec prise d'effet le 28 novembre 2017) fournies pour distinguer les LP évitables et inévitables sont les suivantes :⁶

« Évitable » signifie que le résident a développé un ulcère/une lésion de pression et que l'établissement a manqué d'exercer une ou plusieurs des activités suivantes : évaluer l'état clinique et les facteurs de risque du résident ; définir et mettre en œuvre des interventions correspondant aux besoins des résidents, aux objectifs des résidents et aux normes de pratique professionnelle ; surveiller et évaluer l'impact des interventions ; ou réviser les interventions comme il convient.

Les CMS fournissent également certains éclaircissements concernant les LP en fin de vie. Même si un résident a une directive préalable, l'établissement doit toujours lui fournir des soins de soutien pertinents tant que la directive ne l'interdit pas.⁶ De plus, des énoncés sur la question de savoir si une LP est évitable ou inévitable sont également fournis.⁶

Il est important que les enquêteurs comprennent que, lorsqu'un établissement a mis en œuvre des approches de soins en fin de vie individualisées conformément aux souhaits du résident, le développement, la continuation ou l'aggravation d'un UP/d'une LP peut être considéré comme inévitable. Si l'établissement a déployé des efforts appropriés pour stabiliser l'état du résident (ou a indiqué pourquoi son état ne peut pas ou ne devrait pas être stabilisé) et a fourni des soins pour prévenir ou traiter des UP/LP existants (y compris des approches pertinentes, courantes et moins agressives, telles que le nettoyage, le retournement, le repositionnement), l'UP/la LP peut être considéré/e comme inévitable et conforme aux exigences réglementaires.

Certaines des réponses écrites exprimaient une inquiétude quant à la manière de définir les « soins de qualité inférieure ». Les éléments du processus décrits par les CMS dans la définition « évitable » pourraient éventuellement être utilisés pour définir ce que les répondants au sondage ont appelé des « soins de qualité inférieure ».

Question ouverte

À la fin du sondage, les auteurs du sondage ont demandé des commentaires écrits ; certains d'entre eux ont été organisés par thème dans le Tableau 3. De nombreux participants au sondage ont déclaré qu'ils aimeraient un énoncé plus définitif sur l'insuffisance cutanée/les changements cutanés en fin de vie (p. ex., d'un groupe

de travail ou d'un groupe de consensus). Ils ont également demandé des définitions alignées plus étroitement avec les éléments probants. Il existe manifestement un besoin pour d'autres éléments de preuve scientifiques par le biais de recherches utilisant un cadre conceptuel amélioré pour l'insuffisance cutanée en fin de vie. Les idées spécifiques sur les critères de diagnostic doivent être validées et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les définitions. Les cliniciens veulent également en savoir plus sur la façon de décrire ces lésions, leur impact sur le financement, et la façon de relier ces questions aux patients et aux familles. Le besoin qui existe pour une formation plus ciblée pour les cliniciens est une opportunité future.

CONCLUSIONS

Cette étude est une première étape dans l'exploration des opinions de la communauté mondiale des soins de la peau et des plaies sur les ulcères terminaux/lésions terminales, l'insuffisance cutanée et SCALE. Il était clair que les répondants voulaient une terminologie clarifiée et espéraient un consensus global. Plus important encore, il n'y avait pas de consensus sur la question de savoir si l'insuffisance cutanée inclut les LP. Les participants au sondage ont indiqué à plusieurs reprises que davantage de recherches dans ce domaine étaient nécessaires, y compris des critères diagnostiques clairs. Les prochaines étapes pourraient inclure un groupe de travail de traduction des connaissances ou une conférence de consensus mondiale pour explorer la terminologie et proposer des études de validation scientifique. Cette recherche pourrait être facilitée par le développement de bases de données grâce au parrainage d'organisations professionnelles nationales ou internationales.

PERLES CLINIQUES

- On pense que l'UTK et le LTT-TB sont des ulcères terminaux observés chez les patients en fin de vie.
- Les résultats du sondage révèlent qu'il n'y a pas de consensus actuel quant à savoir si le concept d'insuffisance cutanée inclut les lésions de pression.
- Les critères d'insuffisance cutanée (aiguë, chronique et/ou en fin de vie) doivent être mieux définis et puis validés.
- Bien qu'il existe des définitions des LP inévitables et évitables formulées par les CMS et d'autres organismes de réglementation, les critères globaux permettant de déterminer quand une LP est évitable ou inévitable doivent être validés et approuvés.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun fonds pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Ayello EA, Levine JM, Langemo D, Kennedy-Evans KL, Brennan MR, Sibbald RG. Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries. *Adv Skin Wound Care* 2019;32(3):109–21.

2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.
3. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Decubitus* 1989;2(2):44–5.
4. Bonanno FG. Physiopathology of shock. *J Emerg Trauma Shock* 2011;4(2):222–32.
5. Knight SL, Taylor RP, Polliack AA, Bader DL. Establishing predictive indicators for the status of loaded soft tissues. *J Appl Physiol* (1985) 2001;90(6):2231–7.
6. Centers for Medicare & Medicaid Services. State Operations Manual: Guidance to Surveyors F686. 2017. www.amtwoundcare.com/uploads/2/0/3/7/20373073/som-guidance-to-surveyors-f686-only.pdf. Last accessed January 3, 2020.
7. Centers for Medicare & Medicaid Services. Long-term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0 User's Manual. Version 1.17.1. October 2019. https://downloads.cms.gov/files/mds-3.0-rai-manual-v1.17.1_october_2019.pdf. Last accessed January 3, 2019.
8. Trombley K, Brennan MR, Thomas L, Kline M. Prelude to death or practice failure? Trombley-Brennan terminal tissue injuries. *Am J Hosp Palliat Care* 2012;29(7):541–5.
9. Langemo D, Brown G. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 2006;19(4):206–11.
10. Levine JM. Skin failure: an emerging concept. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(7):666–9.
11. Levine J. Unavoidable pressure injuries, terminal ulceration and skin failure: in search of a unifying classification system. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(5):200–2.
12. Delmore B, Cox J, Rolnitzky L, Chu A, Stolfi A. Differentiating a pressure ulcer from acute skin failure in the adult critical care patient. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(11):514–24.
13. Delmore B, Cox J, Smith D, Chu AS, Rolnitzky L. Acute skin failure in the critical care patient [published online November 27, 2019]. *Adv Skin Wound Care*.
14. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 2010;23(5):225–36.
15. Sibbald RG, Krasner D. Skin Changes At Life's End (SCALE): a preliminary consensus statement. *WCET J* 2008;28(4):15–22.