

I.P.S.

INDEX DE PRESSION SYSTOLIQUE

- TECHNIQUE, INTÉRÊTS ET INTERPRÉTATION.**
- PLAIES CHRONIQUES ET I.P.S.**

Dr Alexis Mazoyer

SSR – clinique St-Charles – Poitiers

EHPAD Boucard – Ménégoûte

Journée régionale Poitou-Charentes

sur les plaies chroniques

ARS Poitou-Charentes - Poitiers

Mardi 3 décembre 2013

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS :

- Absence de liens d'intérêts sur le présent sujet.



I - INTRODUCTION

- Un indice facile à utiliser.
- Réalisable au lit du malade avec un tensiomètre et un doppler de poche.
- Sensibilité de 96%¹ et Spécificité de 100%¹
- Permet le dépistage de l'A.O.M.I.² avant qu'elle ne soit symptomatique :
 - 25 % des 75 - 79 ans
 - 50 % des plus de 85 ans



1. Pradère C. *Escarre du talon du patient âgé*. Communication orale de la SGOC le 19.06.2009. www.sgoc.fr. site consulté le 05.03.2013

2. *Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs*

I - INTRODUCTION

- Besoin pour le médecin de bien le connaître pour :
 - Orienter son bilan complémentaire.
 - Conditionner sa prise en charge globale et locale.
- Besoin pour l'IDE de bien le connaître pour :
 - Signaler au médecin sa nécessité. L'IDE est notre première vigie !
 - Adapter sa prise en charge des plaies chroniques en fonction du résultat.
- Difficile de savoir quoi faire aux membres inférieurs sans IPS !



I - INTRODUCTION



- En 2013 en France = sa réalisation est un acte médical.
- L'évolution dans les services de pointe en matière de plaies laisse imaginer que cet acte finira par devenir également infirmier.



II - INTÉRÊTS : DÉPISTAGE DE L'ARTÉRIOPATHIE

- Indications dans le domaine des plaies :
 - **Plaies chroniques** des membres inférieurs.
 - **Situations à risque d'escarres** chez le patient âgé.
- Autres indications :
 - **Diabétique** : si âge > 40 ans, si > 20 ans de diabète ou si autre FRCV¹ associé).
 - Dans un processus de **dépistage des FRCV¹** sur un terrain fragile (tabac, cardiopathie, AVC...).

III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- Patient allongé et au repos depuis au moins 10 minutes.
- C'est un rapport :

$$IPS = \frac{\text{Pression systolique cheville}}{\text{Pression systolique humérale}}$$

- On commence par prendre une tension aux bras et on note la systolique.

Ex : TAS à 125 mmHg



III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- Au membre inférieur :
 - Utilisation du mini-doppler de poche
 - Sonde **8 Mhz**



III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- Au membre inférieur :
 - Le brassard **effleure la malléole**



III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- Au membre inférieur :
 - Sonde sur le dos du pied (artères **pédieuses**) ou à la cheville (artère **tibiale postérieure**).
 - Penser au **gel** au bout de la sonde.
 - **Effleurer la peau** sans appuyer fort pour entendre le pouls.



III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- Au membre inférieur :
 - Gonfler le brassard sans bouger la sonde !
 - En dégonflant, c'est au retour des pulsations qu'on retrouve la pression systolique.



III – TECHNIQUE DE RÉALISATION :

- *Et dans l'exemple :*

$$IPS = \frac{\text{Pression systolique cheville}}{\text{Pression systolique humérale}} = \frac{132}{125} = 1.05$$

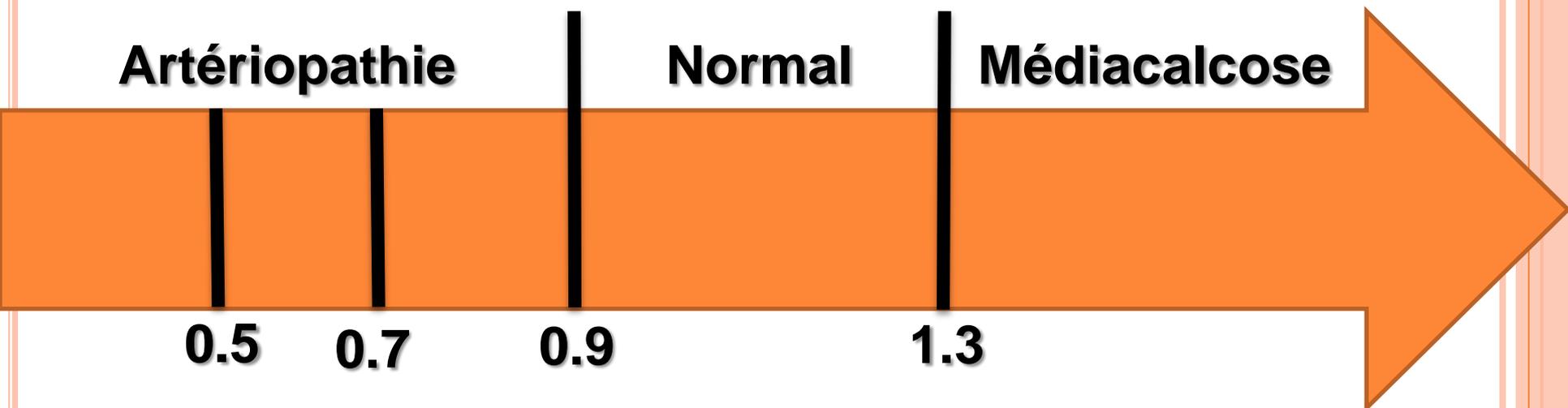
- *Et on recommence pour l'autre côté...*



IV – INTERPRÉTATION :

$$IPS = \frac{\text{Pression systolique cheville}}{\text{Pression systolique humérale}}$$

Quand la pression à la cheville est inférieure à celle au bras, ça passe mal en bas et donc l'IPS est inférieur à 1

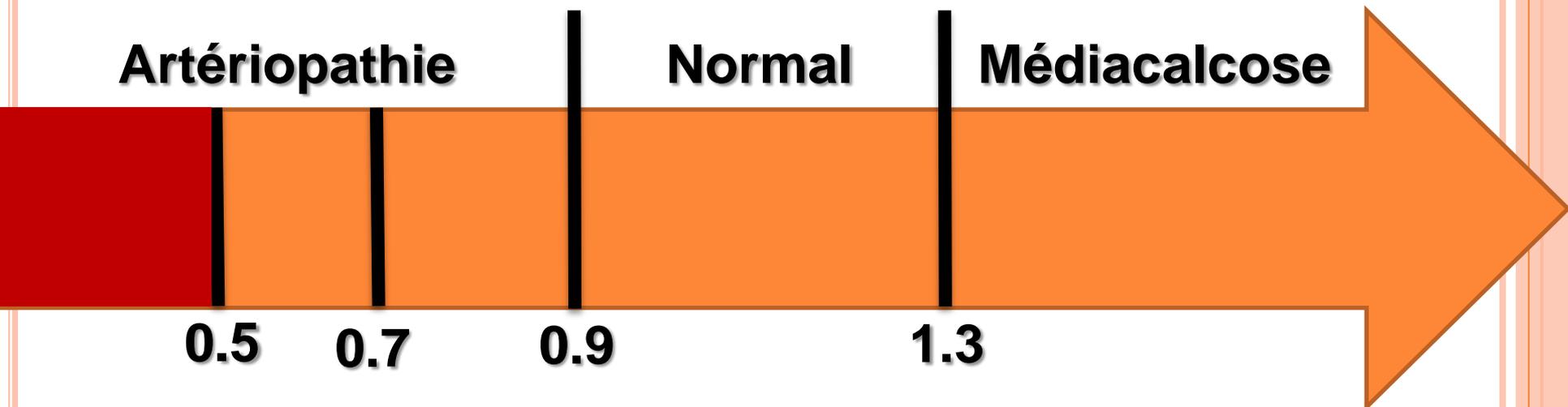


IV – INTERPRÉTATION :

- **IPS < 0.5** : C'est une **ischémie critique**.

La plaie ne cicatrisera pas.

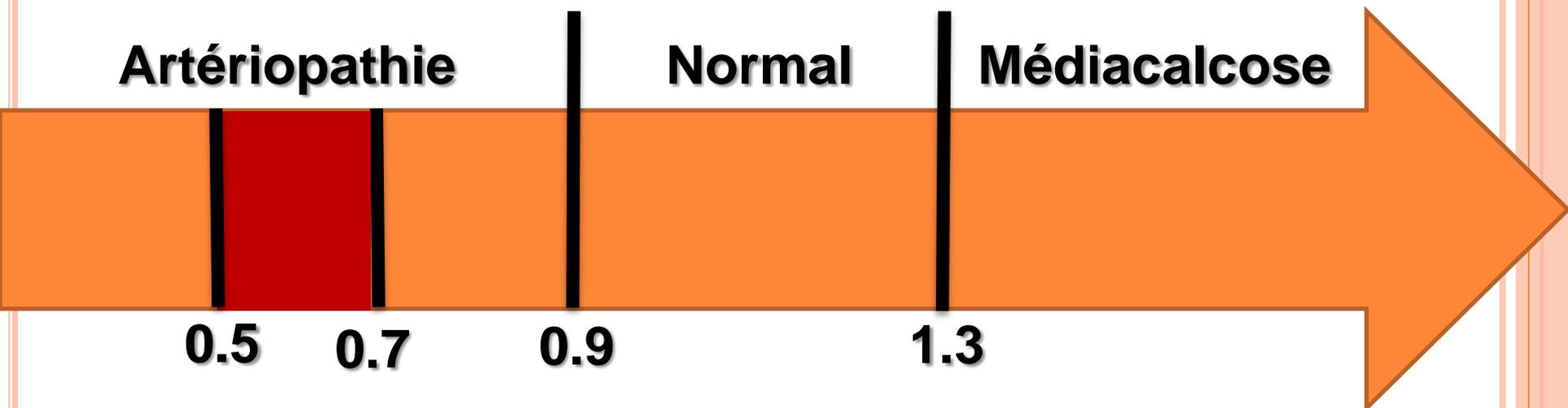
Grand taux de décès et d'amputation.



IV – INTERPRÉTATION

- **IPS entre 0.5 et 0.7 :**

Artériopathie moyennement compensée



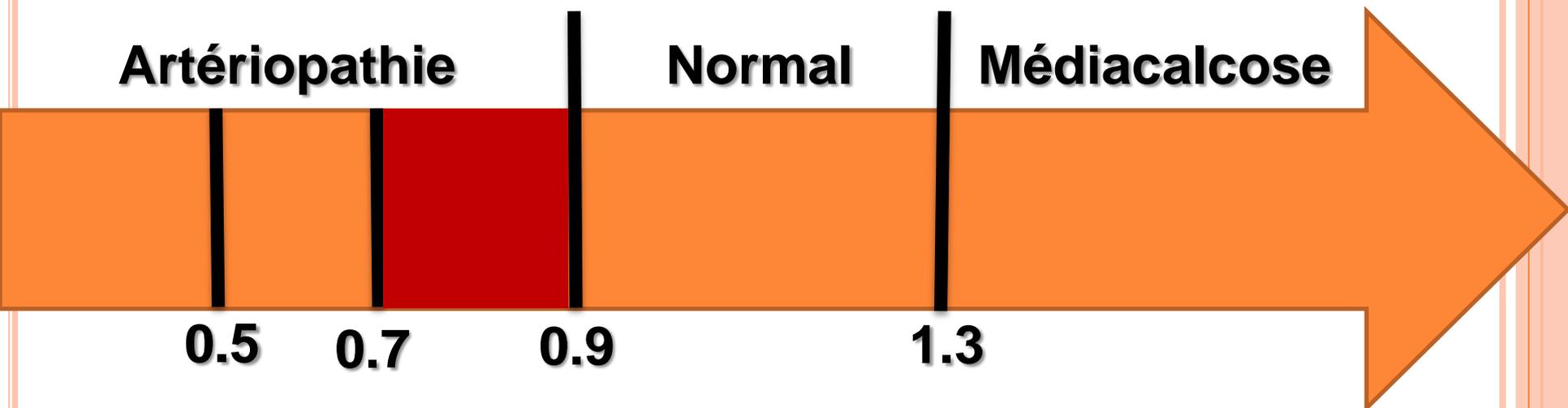
IV – INTERPRÉTATION

- **IPS entre 0.7 et 0.9 :**

Artériopathie bien compensée

Sténose > 50 % dès ce stade

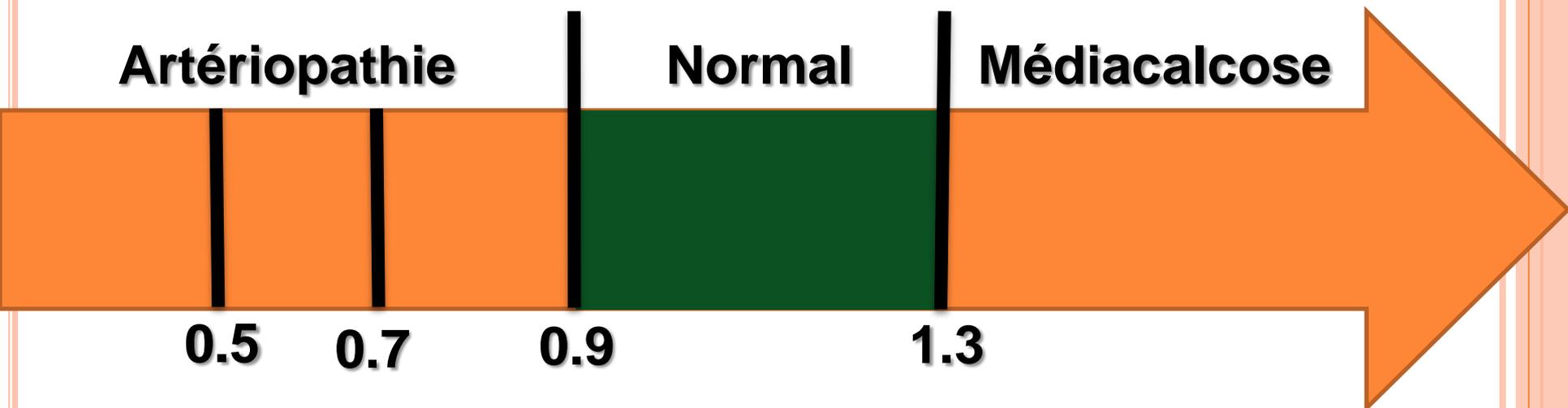
Le risque cardiovasculaire serait le même chez un claudicant et chez un patient asymptomatique avec IPS < 0.9



IV – INTERPRÉTATION

○ **IPS entre 0.9 et 1.3 :**

C'est normal



IV – INTERPRÉTATION

○ IPS > 1.3 :

Médiacalcose

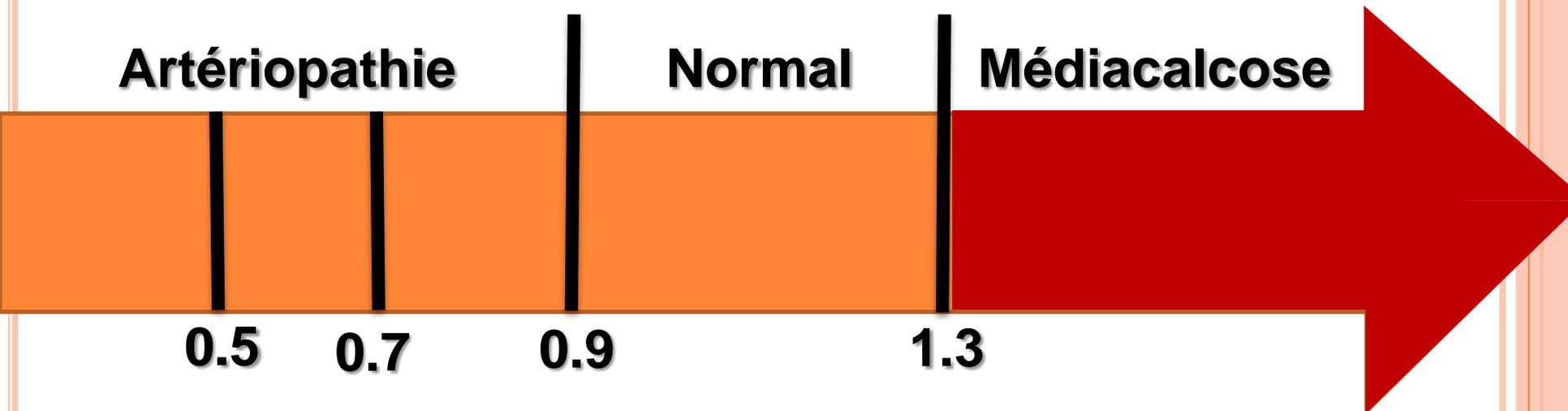
**Médiacalcose =
calcifications de la média des
petites et moyennes artères**

Les artères sont **incompressibles**

Autre marqueur de risque cardio-vasculaire

*Ex : diabétique, certains sujets très âgés,
insuffisant rénal évolué,.*

Echo-doppler en général nécessaire pour avancer



V – IPS, AOMI ET PLAIES CHRONIQUES :

- La prise en charge locale diffère selon l'existence ou non d'une A.O.M.I.¹
- L'IPS doit être **systématiquement réalisé devant toute plaie chronique** des membres inférieurs.
- **Si IPS normal** (pas d'artériopathie) :

Prise en charge habituelle de la plaie chronique avec une cicatrisation en milieu humide
(avec l'indispensable déterision).

1. Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

V – IPS, AOMI ET PLAIES CHRONIQUES :

- **Si AOMI sévère** (IPS < 0.7):

ASSECHER +++ = Momification

Dans ce contexte, une cicatrisation en milieu humide serait délétère et vouée à l'échec.

Les objectifs de la momification sont :

- Moins d'infections.
- Moins de douleurs.
- Limitation de l'extension de la nécrose.
- Retarder, limiter ou éviter l'amputation.



V – IPS, AOMI ET PLAIES CHRONIQUES :

- **Si AOMI sévère** (IPS < 0.7):

ASSECHER +++ = Momification

Modalités :

Pas de détersion de la nécrose sèche.

Assécher avec Bétadine[®] ou Eosine[®] .

On pourra utiliser un pansement charbon pour l'absorption.

On n'utilisera pas de pansements créant un milieu humide.

ATTENTION :

C'est différent si une revascularisation est envisagée. Besoin de travailler en concertation avec le chirurgien vasculaire.



VI – IPS ET ULCÈRES:

- Ce que l'on apprenait lors de nos études :
 - **Ulcère veineux** : dermite ocre, varices, œdème ne prenant pas le godet, péri-malléolaire, indolore, etc.
 - **Ulcère artériel** : antécédents vasculaires, pas de pouls distaux, cyanose des extrémités, dépilation de la face antérieure de la jambe, souvent creusant et nécrotique, douloureux, etc.



VI – IPS ET ULCÈRES:

- Aspect de la plaie = ne permet pas un diagnostic formel du type d'ulcère.
- **IPS** = permet le diagnostic différentiel entre ulcère artériel, veineux et mixte.



VI – IPS ET ULCÈRES:

- Type d'ulcère selon l'IPS :
 - IPS < 0.7 : ulcère artériel.
 - IPS entre 0.7 et 0.9 : ulcère mixte à prédominance veineuse.
 - IPS entre 0.9 et 1.3 : ulcère veineux pur.
 - IPS > 1.3 : écho-doppler nécessaire.



VII- CONCLUSION

- L'IPS, un geste simple pour :
 - **Dépister l'A.O.M.I.** au lit du patient.
 - Adapter sa **prise en charge des plaies chroniques.**
 - Bien **choisir le type de compressions.**
- La fiche Mémo IPS pour médecins et IDE : un outil « maison » pour le quotidien.



BIBLIOGRAPHIE :

- HAS. *Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement*. 2006 juin. www.has-sante.fr site consulté le 05.03.2013.
- HAS. *La compression médicale dans les affections veineuses chroniques*. 2010 déc. www.has-sante.fr site consulté le 05.03.2013.
- Delelis Fanien A.S. *Cours de capacité de gériologie grand ouest*. Présentation orale. 2011 mars.
- Pradère C. *Escarre du talon du patient âgé*. Communication orale de la SGOC le 19.06.2009. www.sgoc.fr. site consulté le 05.03.2013
- HAS *Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs - Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation*. 2006 avril www.has-sante.fr site consulté le 05.03.2013.
- Collège des Enseignants de Chirurgie Vasculaire. Polycopié National Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire. <http://www.angioweb.fr> site consulté le 05.03.2013.
- Toutes les photographies sont d'A. Mazoyer / C. Garnier

