

IMMOBILITE ET DECUBITUS

2 grands types de patients sujets aux complications du décubitus

- Les patients chroniques en décompensation ou alités en permanence
 - Les patients aigus surtout en réanimation médicale avec de longs séjours
-
- **C'est une question importante** pour la pratique quotidienne, l'immobilité pouvant être rencontrée dans presque **toutes les spécialités** et ayant un coût financier et humain non négligeable

Mode de raisonnement devant un patient immobilisé :

- Analyser le terrain (polypathologique vs sujet jeune)
- Gradation du risque (échelles d'escarres)
- Mesures correctives
- Dépistage des complications

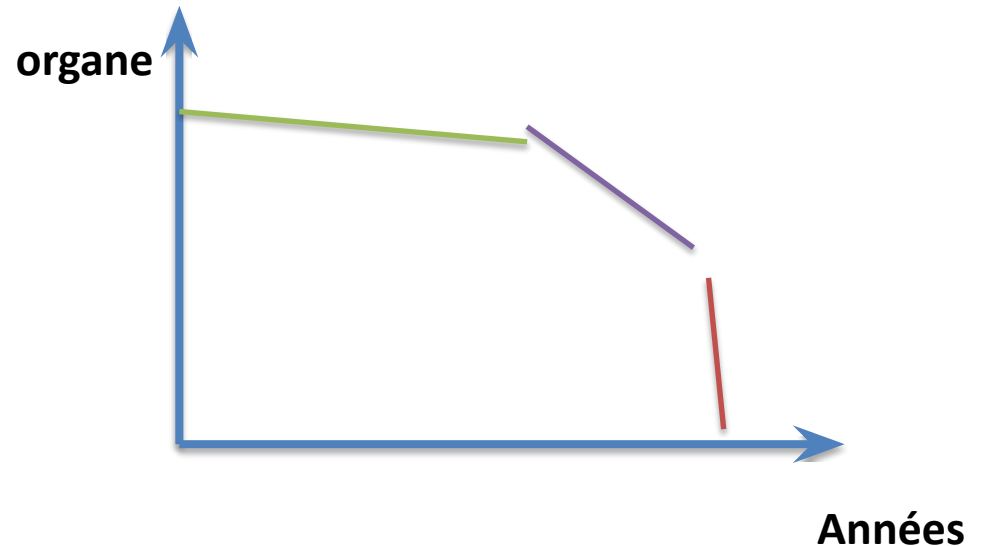
ETIOLOGIES

- **SUJETS JEUNES**

- Pathologies chroniques invalidantes
- Pathologies lourdes aiguës (Réanimation+++)

- **SUJETS AGES**

- Pathologies chroniques invalidantes
- **Facteurs précipitants :**
 - Acte iatrogénique
 - Pathologie aiguë



Complications

Cardio vasculaire

□ PERTE DU TONUS SYMPATHIQUE 2 Manifestations :

• **Hypotension orthostatique (HTO)**: chute de la pression artérielle de plus de **20mmHg de systolique ou de 10mmHg de diastolique** dans les **3 premières minutes de l'orthostatisme**.

Démarche étiologique:

- **HTO secondaire (iatrogénique ou hypovolémique) AVEC compensation** cardiaque (augmentation de la FC)
- **HTO neurogène « dysautonomique », SANS** compensation cardiaque

Prise en charge

- **MHD** : Hydratation suffisante, éviter les ambiances trop chaudes, inclinaison du lit de 10°, miction et douche en position assis, éviter l'alcool.
- **Bas de contention** : pendant la journée
- **Prise de 400ml d'eau avant le repas si HTO post prandiale**
- **traitement pharmacologique** : Uniquement pour les HTO neurogènes Et si HTO symptomatique
Et après échec des mesures sus citées
→ 2 molécules: Midodrine ou Fludrocortisone

Cardio vasculaire

- OEdèmes des membres inférieurs (OMI) :
- *Prise en charge:*
 - Surélévation,
 - massage,
 - drainage,
 - bas de contention,
 - Électromyostimulation passive.

Cardio vasculaire

MTEV

- Thromboses veineuses :
 - *Facteurs favorisants: **stase veineuse induite par le décubitus, inflammation et déshydratation***
 - *Complications:*
 - **50% des TVP se compliquent d'une EP , classiquement dans les 3-7 jours.**
 - **50% des TVP auront un « syndrome postthrombose » (anomalies veineuses, perte des valvules etc.)**

Cardio vasculaire

Prévention des MTEV :

- *En milieu médical:*
 - *toute personne > 40 ans hospitalisée pour >3 jours avec :*
 - Décompensation cardiaque ou respiratoire aiguë Infection ou inflammation sévère (rhumatismale, intestinale) avec facteurs de risques ajoutés (> 75 ans, cancer, Atcd de MTEV, THS, SMP, insuffisance cardiaque ou respiratoire non décompensée)
- **En milieu chirurgical : non consensuel (retenir systématiquement si chirurgie majeure, infectieuse, PTH-PTG, sujet > 40 ans avec facteur de risque)**
- **Modalités:**
Bas de contention, lever précoce, mobilisation passive, anti coagulants selon les indications.

Cardio vasculaire

- **Désadaptation cardiaque :**
- Augmentation de la **FC** et diminution du **VST** □ diminution **VES** + augmentation de la **diurèse** (**par perte de la sécrétion d'ADH**) et de la **natriurèse** (**entraînant une déshydratation**)
- D'où une tachycardie de repos compensatrice, parfois dépassée entraînant une décompensation cardiaque.
- *Prise en charge : réentraînement à l'effort*

PULMONAIRES

Trouble de ventilation des bases pulmonaires

- Encombrement bronchique
 - Atélectasie
 - Infection broncho-pulmonaire
- **Physiopath**
 - Limitation de l'amp diaphragmatique et du flux respiratoire dans les poumons entraîne une stase avec hypersecrétion bronchique provoquant un encombrement
- **Facteurs favorisants :**
 - Tabagisme, BPCO
 - Traitement inhibants le réflexe de toux (opiacés++)
 - Manoeuvre endotrachéale récente (fibroscopie, intubation)
 - Douleurs pariétales, thoraciques ou abdominales (post chirurgicale+++)

PULMONAIRES

- **PREVENTION**

- **Lever précoce et marche**
- **Hydratation, voire fluidifiants bronchiques**
- **Kiné respiratoire seulement si encombrement clinique (technique de flux expiratoire et de toux contrôlée, les 2 seules techniques validées)**
- **Prévention des troubles de la ventilation et du syndrome d'inhalation**
- **Soins de bouche, hygiène dentaire et lutte contre l'hyposialie**
- **Auscultation quotidienne**
- **Vaccination anti-grippale annuelle et anti-pneumococcique tous les 5 ans.**

- **CURATIF**

- **Encombrement: Kinésithérapie en 1 ère intention**
- **Atélectasie: Kinésithérapie en 1 ère intention, Fibro-aspiration si échec**

DIGESTIVES

RGO

- **Physiopathologie :**
 - Favorisé par le décubitus (**et non l'immobilité**)
 - Sa fréquence augmente **avec la durée du décubitus**
- **Prévention :**
 - Position assise ou **demi-assise lors du repas et 1 h après**
 - Si RGO symptomatique, prescription d'accélérateurs du transit (Primpéran ...) ou surnageant protecteur

FAUSSES ROUTES

- **Physiopathologie :** Le décubitus favorise un **retard du réflexe de déglutition, plus fréquent chez les patients âgés et cérébrlésés**. Risque de complications respiratoires gravissimes

Prise en charge :

- Dépistage **systématique chez les patients en décubitus**
- Posture en **légère flexion lors de la déglutition**
- Privilégier la **prise du repas par le patient lui-même**
- Adaptation de la **texture des aliments (eau gélifiée pétillante ...)**
- Informer les familles pour éviter l'apport d'aliments inadaptés

DIGESTIVES

- **Constipation :**
 - facteurs favorisant l:
 - La force gravitationnelle ne s'exerce plus dans le même sens
 - Altération du tonus musculaire de la sangle abdominale
 - Perte de l'angulation du canal anal
 - Déshydratation fréquente
 - Thérapeutiques (antalgiques ++, anticholinergiques)
- **Prise en charge :**
 - Ecoute des patients
 - Lever précoce, marche (musculature abdominale)
 - Hydratation
 - Régime riche en fibres
 - Laxatifs osmotiques
 - Surveillance des selles

DIGESTIVES

Dénutrition

- Elle concerne **30 à 70%** des patients hospitalisés, 10 à 40% en institution,
- Une dénutrition **multiplie par 4** le risque d'infection, la mortalité ainsi que la **durée d'hospitalisation**. Elle augmente les dépenses de 60% à pathologies égales.

Prise en charge :

- Régime **riche en protéines**
- Prise en charge par un **diététicien**

Déshydratation :

- **Prévenir la limitation de l'accès à l'eau**
- **Stimuler la prise de boisson** en sachant que la soif diminue avec l'âge
- Penser aux **eaux gélifiées gazeuses**

LOCOMOTRICES

OSTEOPOROSE

- **Physiopathologie :**

- L'absence de contrainte musculaire et gravitationnelle entraîne une réduction de l'ostéoformation et une majoration de la résorption osseuse.
- hypercalcémie et une hypercalciurie modérées, réversibles à la remise en charge.
- touche les régions habituellement en charge et prédomine sur l'os trabéculaire.

- **Prise en charge :**

- *Hypercalcémie - Hypercalciurie: **Hydratation abondante (1,5 à 2L/jr en prévention des** lithiases et de la déshydratation)*
- *Ostéoporose : travail musculaire actif, remise en charge précoce*

LOCOMOTRICES

ENRAIDISSEMENT ARTICULAIRE ET PERIARTICULAIRE

- **Articulation** : L'immobilité prolongée provoque une rétraction capsula-ligamentaire partiellement réversible, pouvant aboutir à une ankylose. Les rétractions tendineuses participent également à la réduction des mobilités articulaires.
- **Déformations fréquentes** :
 - Flessum de hanche ou de genou (flexion irréductible)
 - Equin (flexion plantaire irréductible du pied)
 - Griffe des orteils des membres inférieurs ...
- **Prévention** :
 - Installation correcte au lit,
 - Postures alternées,
 - Mobilisation des articulations.

LOCOMOTRICES

COMPLICATIONS MUSCULAIRES

- **Physiopathologie :**
 - Lors du décubitus, l'amyotrophie est souvent **précoce et intense**.
 - A J8, le **quadriceps a déjà perdu 15 à 30% de sa force**.
 - On observe une transformation **des fibres 1 en fibres 2**, ainsi qu'une **diminution des capillaires**.
 - Les muscles perdent également leur **endurance à l'effort**, et deviennent **moins extensibles, moins élastiques voire rétractés** (de même que les tendons et les appareils capsuloligamentaires)
- **Prévention :**
 - Installation en **position de fonction** (pour la main, poignet en légère extension et **métacarpe à 10° de flexion**).
 - **Etirement musculaires passifs**.
 - Séances **d'électrostimulation en L'ABSENCE DE SYNDROME PYRAMIDAL** (qui **contreindique** l'usage de l'électrostimulation).
 - Correction des carences alimentaires.
- **Prise en charge curative :**
 - *Amyotrophie: partiellement réversible à la remise en charge.*
 - *Rétraction: parfois irréversible, faisant discuter des chirurgies d'allongement tendineux.*

NEUROLOGIQUE

Les nerfs sont vulnérables au niveau de leur trajet superficiel ; une compression prolongée entraîne une **paralysie** dans le territoire du nerf intéressé .

- **Au membre supérieur:**
 - Nerf radial dans la gouttière olécraniennne.
 - Nerf cubital dans la gouttière épitrochléo olécraniennne.
- **Au membre inférieur :**
 - le SPE au col du péroné ou à la partie postérieure du condyle externe.
 - le SPI (creux poplité).

psychologique

- Sur le plan psychologique, l'immobilisation est aussi génératrice d'**anxiété** par l'état de dépendance engendré et de crainte de l'abandon qu'elle induit.
- Parfois **dépression** ou **agressivité**.
- Une prise en charge psychologique est plus que nécessaire surtout pour les personnes qui basculent dans le monde du handicap.
- l'emploi de substances anxiolytiques, antidépresseurs.

URINAIRES

RETENTION URINAIRE CHRONIQUE

- *Rétention aiguë d'urine: blocage aigu de l'écoulement (;t Anurie)*
- *Rétention chronique d'urine : résidu post-mictionnel 2: 100cc*

Altérations de la vidange chez les patients immobilisés :

- Bascule de la vessie en arrière, perte de la gravité
- latrogénie (**Morphiniques, anticholinergiques**)

- **Prise en charge :**
 - Dépistages réguliers par échographie vésicale,
 - **Si RPM >100cc, sondages réguliers intermittents (éviter sonde à demeure)**

LITHIAS URINAIRE

- Stase urinaire + **Hypercalciurie (cf. complications locomotrices)**

INFECTION URINAIRE

- La stase et les sondages à répétition voire à demeure favorisent les IU.

- **Particularités :**
 - Chez le sujet âgé, et notamment institutionnalisé, **l'écologie des infections urinaire n'est pas la même que chez le sujet jeune.**
 - **50% des sujets institutionnalisés et 100% des sujets sondés à demeure sont colonisés** (présence d'une bactériurie asymptomatique)
 - La colonisation serait en réalité **PROTECTRICE vis-à-vis des souches les plus invasives.**

Prise en charge :

- Colonisation : pas de dépistage / pas de traitement
 - SAUF avant une intervention sur les voies urinaires = ECBU
 -
- Infection urinaire : traitement systématique

LES ESCARRES

- GENERALITES
 - Escarre = Lésion ISCHEMIQUE
 - Ulcération :
 - Profonde
 - Indolore
 - D'évolution chronique
 - Secondaire à une nécrose ischémique des tissus
- Conséquences :
 - Facteur de surmortalité ++
 - Prolonge la durée d'hospitalisation

- **PHYSIOPATHOLOGIE**
- **Compression :**
 - D'intensité **supérieure à la pression capillaire, à l'origine de lésions ischémiques,**
 - Concernant les tissus mous entre les saillies osseuses et le plan dur sur lequel repose le sujet,
 - Pouvant apparaître en **3-4h voire 2h en cas de pression > 200mmHg.**
- **LOCALISATIONS HABITUELLES**
 - 40% des escarres sont localisées au **sacrum et 40% aux talons .**
 - aux **trochanters (surtout si décubitus latéral)**
 - Patient principalement en **position assise: escarres aux talons, au sacrum, et ischiatiques**

	PRESSION	CISAILLEMENT	FRICTION	MACERATION
POSITION	Statique Décubitus ou assis	Statique Assis ou semi-assis instable	Dynamique	Statique Dynamique
FORCE	Mécanique Pression perpendiculaire	Mécanique Pression oblique Pression parallèle	Mécanique Parallèle entre les 2 surfaces	Chimique
MECANISME	Les artères perforantes musculo-aponévrotiques assurent la vascularisation cutanée par un gradient artério-veineux (de 33 mmHg). Si la pression exercée au niveau des zones d'appui est supérieure au gradient artério-veineux : arrêt de la vascularisation cutanée	Glissement du tissu adipeux sur les fasciæ	Abrasion	Macération
LESION	Nécrose ischémique	Atteinte de la vascularisation par étirement et cisaillement des vaisseaux	Lésion directe de la barrière cutanée	Altération de la barrière cutanée Favorise la pullulation microbienne

FACTEURS DE RISQUE

- **Extrinsèques :**
 - **Intensité et durée de la pression exercée sur les tissus mous,**
Mais aussi plis des draps, objets durs, contentions ...
- **Intrinsèques :**
 - Dénutrition, des hydratation, obésité, âge ...
 - Incontinences urinaires ou fécales (macération)
 - Troubles de la conscience ou troubles moteurs limitant les changements de position spontanés
 - Neuropathie chronique sensitive périphérique (diabète, alcoolisme) ou centrale (AVC, lésions médullaires) limitant la sensation de douleur
 - Anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque (toute cause d'hypoxie)

- **Autres facteurs :**

- Durée de l'immobilisation
- Certains traitements (corticoïdes, cytotoxiques ... **tous les vasoconstricteurs**)
- L'état cutané :
- Etat initial
- Antécédents d'escarres
- Carence vitaminique
- Corticothérapie
- Soins inappropriés

IDENTIFICATION D'UN PATIENT A RISQUE

- 3 échelles de risque validées :
 - **BRADEN** recommandée par l'ANAES (et Barthel pour les hémiplésiés)
 - **NORTON** utilisée fréquemment
 - **WATERLOO**
- Jugement clinique
- **Fonctionnement des échelles de risque :**
 - Plus le score **baisse, plus le patient est à risque.**
 - Le patient est à risque et nécessite des mesures préventives à partir d'un certain score :
 - Braden < 15
 - Norton < 14

BRADEN

ITEMS	1	2	3	4
PERCEPTION SENSORIELLE	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement diminuée	Aucune diminution
HUMIDITE	Constamment mouillé	Humide	Humidité occasionnelle	Rarement humide
ACTIVITE	Alité	Au fauteuil	Marche occasionnelle	Marche fréquemment
MOBILITE	Immobilité	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune limitation
NUTRITION	Très pauvre	Probablement inadéquate	Adéquate	Excellente
FRICTION CISAILLEMENT	Problème	Problème potentiel	Aucun problème apparent	

NORTON

ITEMS	1	2	3	4
CONDITION PHYSIQUE	Bonne	Moyenne	Pauvre	Mauvaise
CONDITION MENTALE	Alerte	Apathique	Confus	Stuporeux
ACTIVITE	Ambulant	Marche avec aide	Mis au fauteuil	Couché
MOBILITE	Complète	Légèrement diminuée	Très diminuée	Immobile
CONTINENCE	Totale	Incontinence occasionnelle	Incontinence urinaire	Incontinence totale

STADE 0	Hyperhémie réactionnelle	<u>Erythème sur une peau intacte :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Non persistante plus de 24 heures • Disparaît à la vitropression Lésion réversible à type d'hyperhémie réactionnelle = phase d'alerte
STADE 1	Erythème persistant	<u>Erythème sur une peau intacte :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Persistante plus de 24 heures • Ne blanchissant pas à la pression digitale
STADE 2	Dés-épidermisation	<u>3 aspects clinique possibles :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Phlyctène (pathognominique d'une atteinte demique) • Ou Abrasion • Ou Ulcération superficielle <u>Lésions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant épiderme +/- derme
STADE 3	Ulcération profonde	<u>Clinique :</u> <ul style="list-style-type: none"> • = Ulcération marquée ne dépassant pas le fascia • Plaque noire, cartonnée, sèche ou suintante (nécrose) • Zone érythémateuse périphérique, non douloureuse <u>Lésions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau, impliquant épiderme, derme et tissu sous-cutané jusqu'au fascia, avec possibilité de nécrose sèche ou humide et de fibrine.
STADE 4	Destruction des tissus sous-cutanés dépassant le fascia	<u>Clinique :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcération profonde dépassant le fascia • Exposition des structures sous-jacentes (tendons, os, muscles, articulations) • Débris séro-purulents • Odeur nauséabonde <u>Lésions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de substance délabrante, dépassant l'aponévrose musculaire, pouvant atteindre des structures de soutien (os, muscles, tendons, articulation) • Facteurs péjoratifs : décollement, contact osseux, fistule et/ou infection

COMPLICATIONS

- COMPLICATIONS LOCALES
 - Extension de l'escarre
 - Hémorragie locale
 - Infections
 - *Tissus mous: cellulite, abcès profond, fistule*
 - Tissus ostéo-articulaires, ostéite, ostéo-arthrite ...
 - *Colonisation bactérienne: **constante (donc aucun intérêt à prélever)***
- *Définition de la surinfection :*
 - Germe sur hémoculture ou aspiration profonde ou biopsie des bords
 - ET 2 signes parmi : oedème, rougeur, douleur.
- !! Escarre+ Douleur = **penser cancérisation (carcinome épidermoïde) !!**

COMPLICATIONS GENERALES

- **Décompensation de tares**
- **Infections : sepsis**
- **Troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques par pertes locales**
- **Décès**

TRAITEMENT PREVENTIF

1. IDENTIFIER LES PATIENTS A RISQUE

– Principes:

- Par des **soignants formés**
- **Evaluation initiale puis régulière**
- Mesures **préventives**

– Moyens:

- Echelles = Braden, Norton, Waterloo
- Jugement clinique

2. NURSING

– Installation adéquate du patient alité pour éviter les forces de frottement et de cisaillement en privilégiant le **décubitus latéral oblique à 30°C**

– Eviter les appuis prolongés : mobilisation, postures

– Changement de position toutes les 2 à 3 heures

– Mise au fauteuil, verticalisation, reprise précoce de la marche

– Moyens:

- **Surmatelas statique** : pas d'escarre et risque peu élevé, et patient passant moins de 12 heures au lit
- **Matelas statique**: pas d'escarre et risque moyen, et patient passant moins de 15 heures au lit
- **Surmatelas dynamique** : patient ayant eu des escarres ou avec une escarre peu profonde, ou risque élevé et passant plus de 15 heures au lit
- **Matelas dynamique (continu ou discontinu)** : patient ayant eu des escarres (de stade >3) et ne bougeant pas dans son lit, ou risque élevé et passant plus de 20 heures au lit

3. HYGIENE CUTANEE

- Eviter la macération :
- Changes réguliers directement après l'élimination urinaire ou fécale
- Toilette quotidienne
- Proscrire le massage des points d'appui+++ , frictions
- Proscrire Sèche-cheveux et glaçons

4. HYDRATATION ET APPORT NUTRITIONNEL

- Favoriser une **bonne hydratation disponible et en surdosant par rapport à la demande du patient**
- Correction des troubles **hydro-électrolytiques**
- Surveillance clinique (bilan entrées et sorties, paraclinique **(ionogramme)**)
- **Bilan nutritionnel par diététicienne**
- Bilan **sanguin : albumine et protides**
- **Renutrition avec des repas hypercaloriques et hyperprotidiques**
- **Compléments alimentaires et vitamine**

5. PREVENTION DE COMPLICATIONS ASSOCIEES

- Traitement des affections associées
- Préventions de la décompensation de tares sous-jacentes
- Prophylaxie antitétanique **(SAT-VAT)**
- Prévention des complications **thrombo-emboliques par HBPM**

«MIS= ZERO»

- Glaçage ou air chaud **INTERDITS**
- Massages ou frictions **INTERDITS**
- Antiseptiques ou Antibiotiques locaux
INTERDITS
- Prélèvements bactériologiques sans signes
d'infection **INTERDITS**

TRAITEMENT CURATIF

- STADE 0 ET 1
 - Mesures préventives
 - Pansement non obligatoire
 - Au besoin en cas de risque de macération, utiliser un film semi-perméable ou hydrocolloïde transparent

- STADE 2

Mesures préventives ET curatives :

- **Phlyctène :**
 - Inciser la phlyctène de façon indolore
 - La vider de son contenu
 - Laisser le toit de la bulle comme protection
 - Recouvrir d'un pansement hydrocolloïde ou pansement gras
- **L'abrasion ou l'ulcération superficielle :**
 - Nettoyer avec un produit neutre comme l'eau ou le sérum physiologique
 - Recouvrir d'un pansement hydrocolloïde

STADE 3 et 4

– Détersion

- **Détersion mécanique :**
- Préférée à la détersion chimique
- Lieu : **au lit du patient ou au bloc opératoire selon la gravité et l'extension en profondeur**
- But : **éliminer les débris tissulaires nécrotiques et fibrineux non vascularisés et non innervés, qui n'ont aucun potentiel de régénération, mais qui gênent la régénération du tissu viable sous-jacent**
- Fréquence : **quotidienne puis espacée (2 à 3 jours)**
- Durée : **la plus courte et la plus efficace possible, afin de raccourcir le délai de la cicatrisation dirigée**

– Bourgeonnement

- Le **fond de l'escarre est rouge après détersion**
- Mise en place de **pansements hydrocolloïdes ou hydre-cellulaires**
- Fréquence : **quotidienne puis espacés (2 à 3 jours)**

– Epidermisation

- Mise en place de **pansements hydrocolloïdes transparents, les films de polyuréthane, les interfaces vaselinées ou siliconées**
- Proscrire tout geste local agressif
- Fréquence : **quotidienne puis plus espacés (3 à 4 jours)**

- **PLACE DE LA CHIRURGIE**

- **Détersion mécanique au bloc opératoire sous AG**

- Après échec de la détersion au lit du malade
 - Initialement en cas de plaies de grande taille pour éliminer rapidement la quasi-totalité du tissu nécrosé
 - Infections : sepsis, ostéite ...
 - Absence de bourgeonnement, avec exposition osseuse et/ou tendineuse nécessitant un
 - lambeau de couverture

État de la plaie	Type de pansement
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/Hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/Hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

- Les complications du décubitus sont **fréquentes**.
- La lutte contre les complications de décubitus doit faire partie du projet thérapeutique car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.
- Cela nécessite de la part de toute l'équipe soignante une grande énergie pour les **prévenir**.
- Le meilleur moyen de prévention reste la **Verticalisation**, et la déambulation le plus rapidement possible, démarche bien connue des services de médecine physique, mais n'est peut être pas encore suffisamment suivie dans les autres services d'hospitalisation.