



# Prévention des complications du decubitus

Dr S. AMMOR

Maitre de conférence B en Médecine Physique et de Réadaptation

# Introduction

Le décubitus et l'hypomobilité sont la cause de complications chez le patient alité, en raison de:

- l'incapacité à changer de position ou à contracter volontairement ses muscles, lors d'un coma, ou du fait d'une pathologie neurologique, de contraintes liées à la pathologie ou à son traitement (alitement pour fracture du rachis, du col fémoral mise en traction, contention, suite de chirurgie.....
- la réduction importante des efforts, induisant une désadaptation cardiorespiratoire.
- la réduction de contraintes sur l'appareil locomoteur, à l'origine d'une amyotrophie, de rétractions musculo-ligamentaires, d'une résorption osseuse.
- la position inadéquate pour l'élimination urinaire et fécale, et pour l'alimentation.
- la difficulté de communication et de prises d'informations, et la dépendance, avec un retentissement neuropsychologique.



**Certaines engagent le pronostic vital**, toutes retentissent sur le pronostic fonctionnel et allongent la durée d'hospitalisation et la prise en charge. Elles sont prévisibles et souvent prévenues par une prise en charge thérapeutique adaptée, entreprise dès le début du décubitus. Leur prévalence augmente avec l'âge du patient.

Elles peuvent être observées même à domicile, lorsque le patient est incapable de se lever, ou la crainte d'une chute (anxiété de l'entourage) ou qu'une insuffisance d'aides humaines pour les transferts ou les déplacements induisent un alitement prolongé.

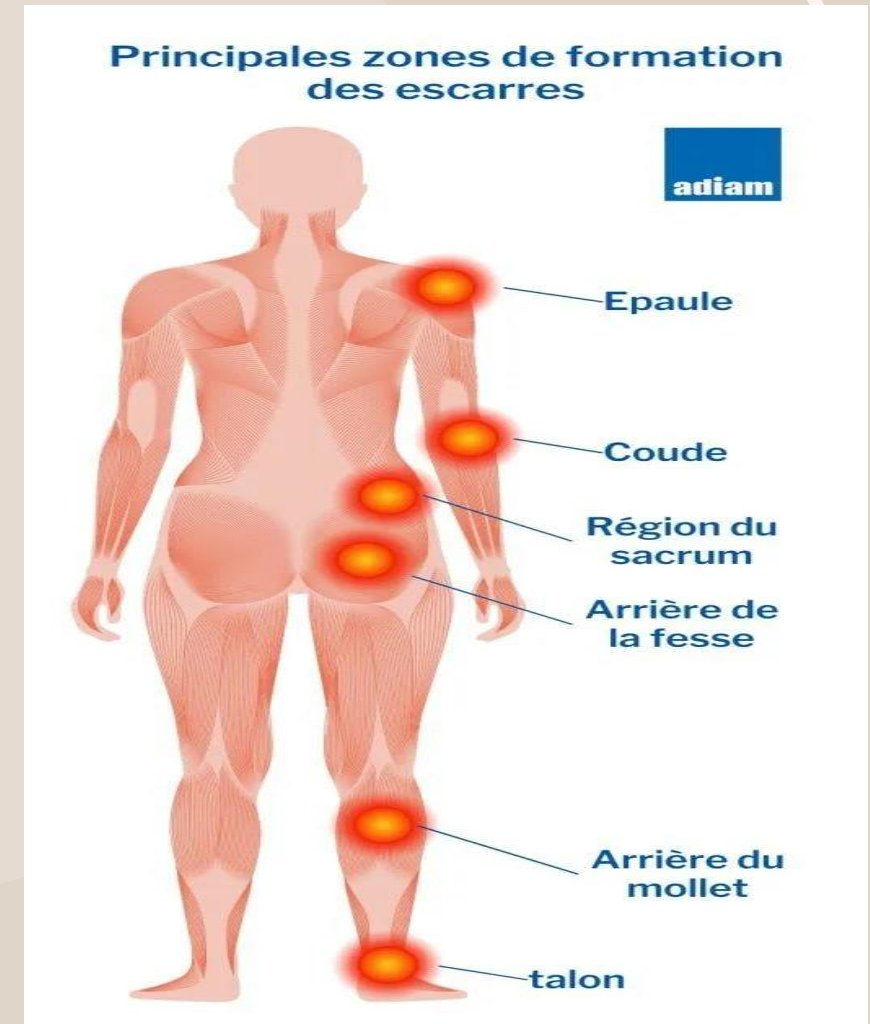
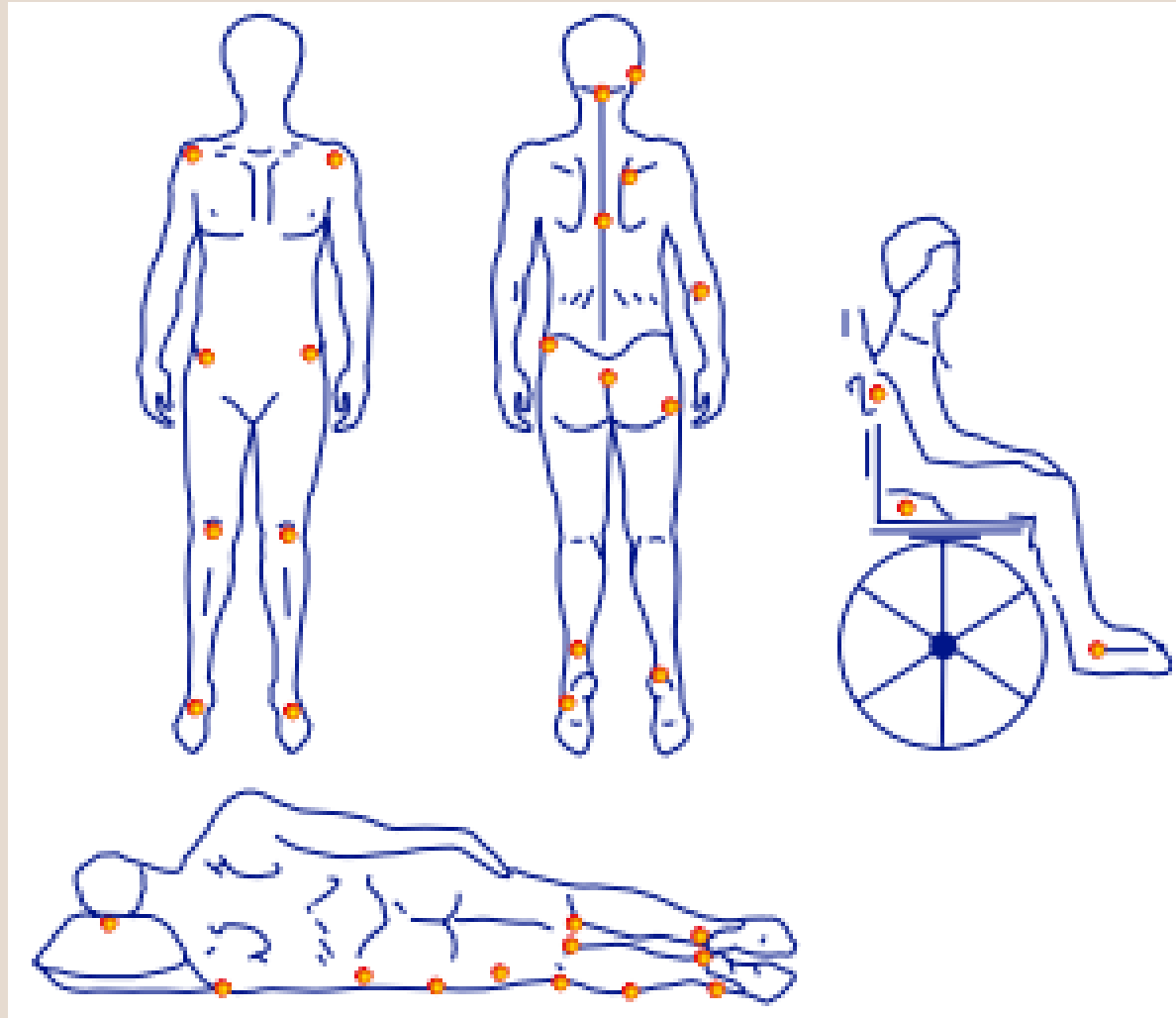
Ainsi, il importe **d'éviter au maximum les situations de décubitus prolongé**, en particulier chez les personnes âgées.

On peut distinguer les complications de l'hypomobilité et du décubitus selon leur précocité et leur caractère local, régional ou général.



Complications	Locales	Régionales	Générales
Précoces	Escarres	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Complications thromboemboliques</li> <li>➤ Compressions nerveuses</li> </ul>	Troubles urinaires (dysurie, infection) Constipation Reflux gastrique, fausses routes Désadaptation cardiaque Désadaptation posturale
Tardives	Escarres	Rétractions musculo-tendineuses et troubles orthopédiques	Ostéoporose et troubles psychiques

# Les escarres

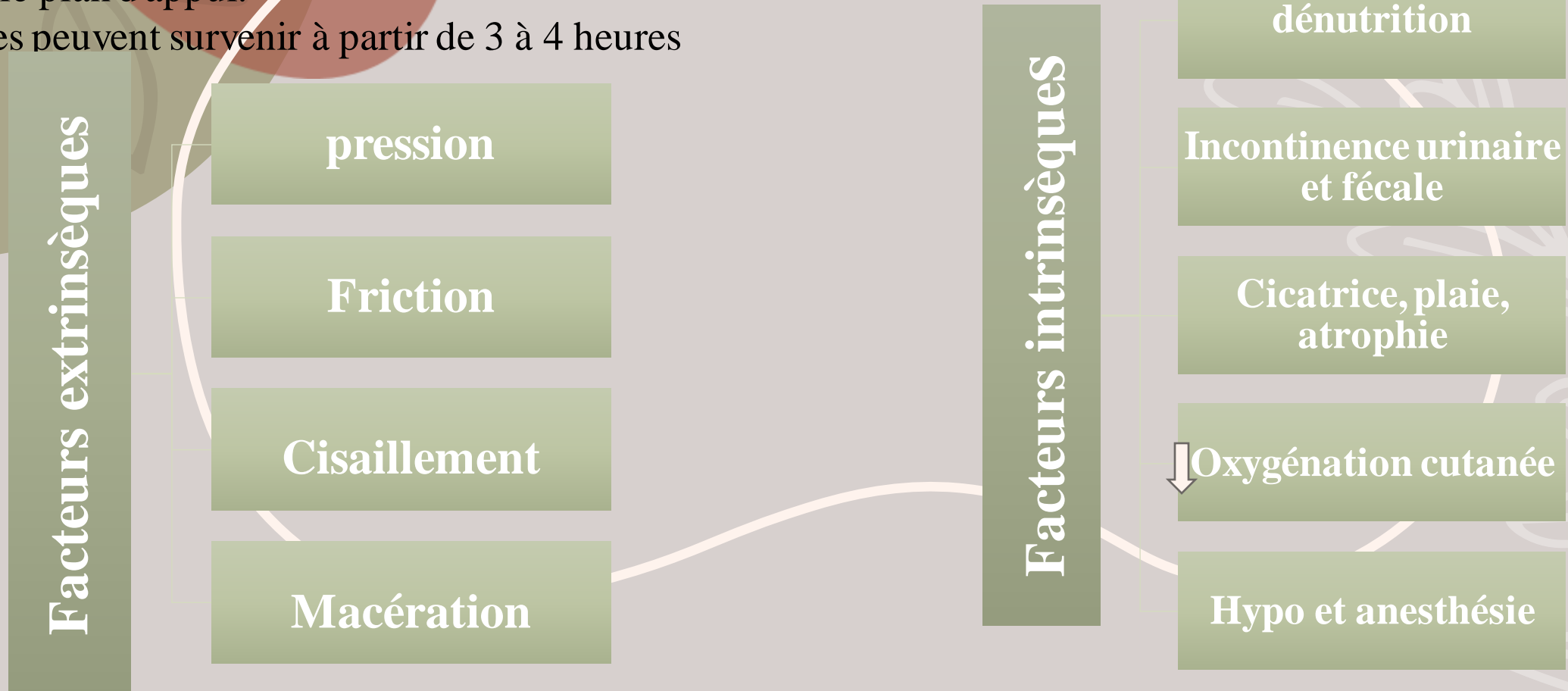


Escarre appelée aussi ulcère de compression ou plaie du décubitus

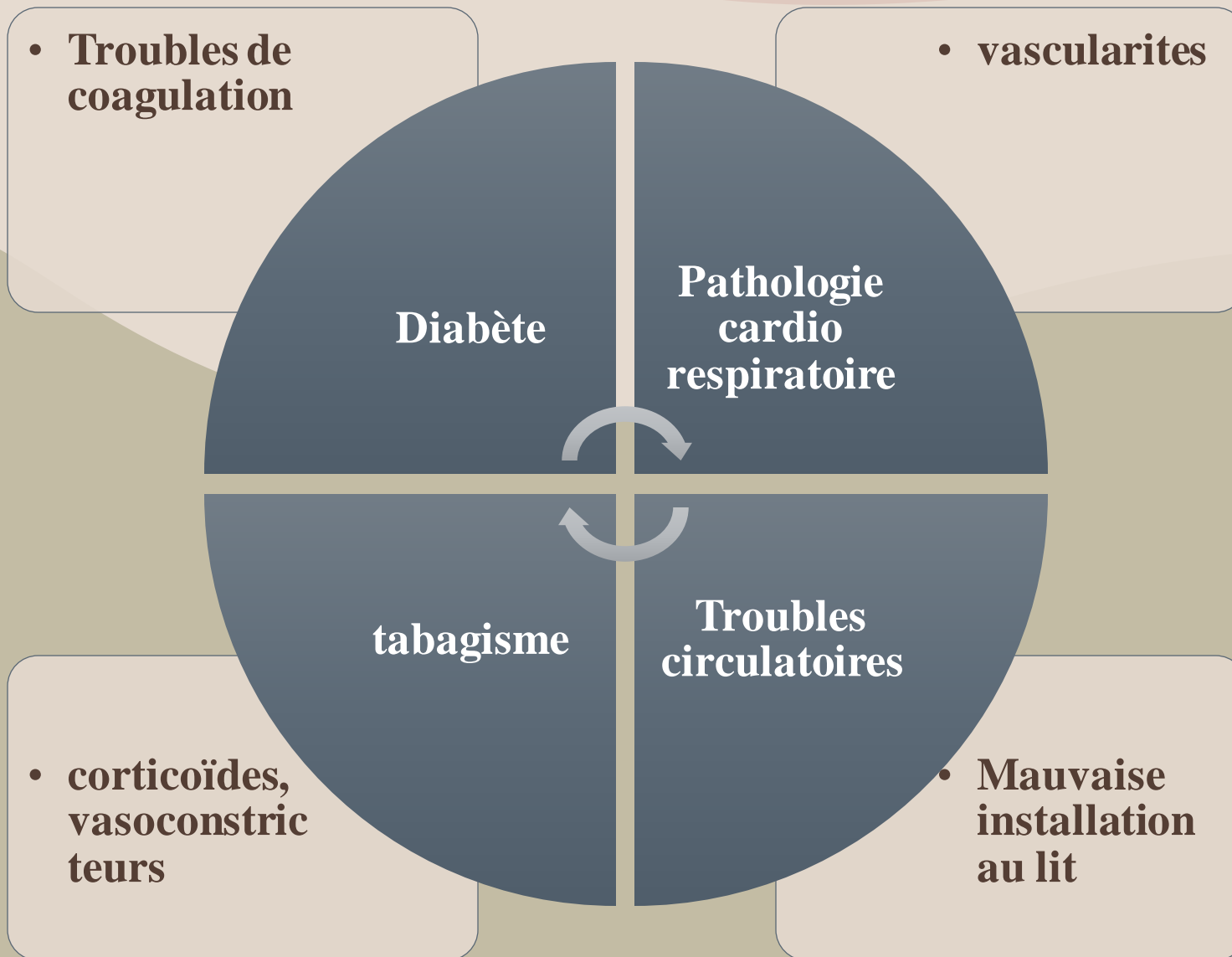
Origine :

ischémie par compression, à une pression supérieure à celle de la perfusion capillaire, des parties molles sur le plan d'appui.

Elles peuvent survenir à partir de 3 à 4 heures



## Comorbidités





# Stades des escarres



**Stade 1:** érythème ou rougeur de la peau ne s'effaçant pas à la pression des doigts.

**Stade 2 :** abrasion, phlyctène ou ulcération peu profonde, touchant l'épiderme, le derme ou les deux.

**Stade 3 :** ulcération profonde, touchant les plans cutanés et le tissu sous-cutané, pouvant atteindre les fascia (sans le dépasser)

**Stade 4 :** destruction importante des tissus sous-cutanés dépassant les fascia, pouvant toucher les muscles, les tendons, l'os sous-jacent, avec risque d'ostéite et d'arthrite



# Prévention des escarres

- identifier les facteurs de risque.
- mettre en place le matelas ou siège le plus adapté pour répartir au mieux les pressions.
- examiner de façon pluriquotidienne les zones à risque.
- éviter des appuis prolongés : mobilisation, changements de position planifiés toutes les 2 ou 3 heures, alternant les décubitus dorsal, latéral, latéral oblique et si besoin ventral (et en proscrivant un appui sur une zone pathologique)
- mise au fauteuil ; verticalisation et reprise de la marche dès que c'est médicalement possible.
- prévenir des frottements (privilégier les tamponnements au cours des soins cutanés notamment) et des phénomènes de cisaillement (soulever le patient plutôt que de le tracter sur son lit) ;
- surveiller l'installation et corriger les positions assises hypotoniques ;
- maintenir une hygiène cutanée correcte (sans friction ni application de glace) ;
- assurer l'équilibre nutritionnel et l'hydratation ;
- faire participer le patient et son entourage à ces mesures autant que possible (éducation thérapeutique).



# Complications thromboemboliques

- L'immobilité favorise la stase veineuse (réduction du débit vasculaire, baisse d'activité musculaire) et la survenue de la maladie thromboembolique avec un risque d'embolie pulmonaire. La thrombose peut survenir très tôt.

ATCDS récents chirurgicaux

ATCDS médicaux: coagulopathie, I cardiaque

Déshydratation, syndrome inflammatoire

# Prévention des complications thromboemboliques

- ❖ Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) si la fonction rénale du patient le permet.
- ❖ Une contention veineuse élastique (bas antithrombotique ou bandes de contention). (artériopathie évoluée, niveau insuffisant de coopération).
- ❖ Des manœuvres de drainage manuel par massage.
- ❖ L'apprentissage d'une respiration abdomino-diaphragmatique qui favorise le retour veineux, ainsi qu'une électrostimulation des muscles des membre inférieurs.
- ❖ L'état d'hydratation du patient doit être surveillé et ajusté.
- ❖ La verticalisation et surtout la reprise de la marche doivent être aussi précoces que l'état clinique du patient l'autorise.
- ❖ La surveillance clinique au moins quotidienne, et paraclinique au moindre doute, doit vérifier l'efficacité de la prévention.



# Complications bronchopulmonaires

- Le drainage bronchique peut être altéré par une modification du volume des sécrétions, de leur fluidité, et par une inhibition du jeu ciliaire et/ou des mécanismes de toux.
- Il en résulte une stase des sécrétions bronchiques pouvant aboutir à :
  - ✓ un encombrement bronchique.
  - ✓ une atélectasie.
  - ✓ une infection bronchopulmonaire.
  - ✓ Les troubles de la déglutition, quelle que soit leur cause, peuvent induire des pneumopathies d'inhalation.



# Prévention des complications bronchopulmonaires

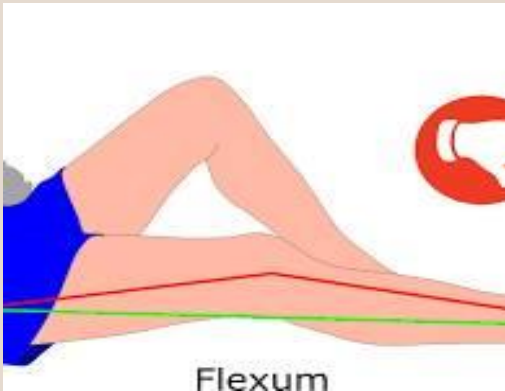
- ☐ Examen auscultatoire quotidien
- ☐ Une hydratation correcte du patient, une prise des repas en position assise ou demi-assise dès que possible.
- ☐ kinésithérapie de désencombrement, dès que les premiers signes d'un encombrement bronchique sont perçus.
- ☐ Les traitements supposés fluidifiants peuvent être associés, parfois aspiration bronchique s'impose.
- ☐ si le décubitus se prolonge, il faut prendre en compte la désadaptation cardiorespiratoire liée à l'hypoactivité alors on prescrit au besoin une kinésithérapie active au lit et, à la reprise de la déambulation, on adapte le programme rééducatif en fonction de la dyspnée.

# Troubles orthopédiques

- L'hypomobilité induit des rétractions des structures capsuloligamentaires non étirées, ce processus évolue vers une ankylose si l'immobilisation se poursuit. Les tendons subissent une rétraction, surtout nette sur les muscles en position raccourcie, participant à la réduction des amplitudes articulaires.

Les déformations les plus fréquentes sont:

- le flessum de hanche et de genou, l'équin du pied avec varus, la griffe des orteils aux membres inférieurs.
- la réduction de la rotation externe et de l'abduction d'épaule, le flessum de coude, l'enraidissement des articulations métacarpophalangiennes aux membres supérieurs.





# Prévention des troubles orthopédiques

- La prévention vise à préserver les amplitudes articulaires, au mieux complètes, au minimum fonctionnelles. Elle passe par :
  - l'installation correcte au lit (en utilisant selon les besoins des blocs de mousse ou des coussins)
  - les postures alternées (par exemple membres inférieures en extension et en flexion de genoux et hanches) ;
  - les mobilisations des articulations, passives puis dès que possible actives, précédées de la prise d'antalgiques si ces manœuvres provoquent des douleurs.

L'hypermétabolisme ostéoclastique est à l'origine d'une hypercalcémie, en général modérée et bien tolérée, accompagnée d'une hypercalciurie, qui expose au risque de lithiase urinaire.

Ostéoporose en cas d'alitement prolongé (traitement par les biphosphonates)

# Complications musculaires

- La sous utilisation des muscles les exposent à:
  - une amyotrophie rapide, souvent visible, et quantifiable (par périmétrie du membre) ;
  - une diminution de la force maximale (perte de 15 à 30 % de la force du muscle quadriceps dès le 8e jour d'immobilisation).
  - une réduction de l'endurance à l'effort.
  - une modification de l'extensibilité, de l'élasticité, avec un risque accru de raccourcissement (rétraction) en présence d'une spasticité.



# Prévention

- Des mesures doivent être entreprises le plus tôt possible et se poursuivre tout au long de l'immobilisation.
- ❖ L'installation correcte du patient, la plus proche possible de la position de fonction ;
- ❖ les mobilisations articulaires et les étirements musculaires qui contribuent à conserver une longueur musculaire correcte,
- ❖ le travail actif, lorsqu'il est réalisable, ou isométrique permettant de limiter l'amyotrophie , le cas échéant, des séances d'électromyostimulation.
- ❖ la correction des carences alimentaires, notamment protéiques.
- ❖ le traitement d'une spasticité éventuelle.

# Complications urinaires

- Les rétentions urinaires et les résidus post mictionnels sont fréquents surtout en cas de pathologie neurologique handicapante, majorés par une réduction de la diurèse, ce qui expose:
- aux infections urinaires.
- Aux lithiases.(hypercalciurie)

## La prévention

- diurèse d'au moins 1,5 l/24h.
- Acidification des urines.
- Sondages intermittents.
- Réalisation de bilan paracliniques(échographie, uroscanner...)périodiquement si paralysie.

# Complications digestives

- Le reflux gastro-oesophagien.
- Les fausses routes.
- La constipation.

## Prévention

- ❖ La position assise ou demi-assise lors des repas et pendant une heure après les repas.
- ❖ Des postures de la tête en légère flexion lors de la déglutition.
- ❖ Une adaptation de la texture des aliments et des boissons.
- ❖ Apports liquidiens suffisants, une alimentation équilibrée riche en fibres.
- ❖ Massage du cadre colique.
- ❖ Verticalisation précoce.
- ❖ Évacuation au doigt de fécalome.

# Autres complications

❑ **Les Œdèmes** de dénutrition peuvent survenir, en particulier chez le sujet âgé.

l'utilisation d'une contention élastique.

- la surélévation des membres œdémateux pour favoriser le drainage.
- des massages de drainage.
- des contractions musculaires actives des membres inférieurs ou, à défaut, des contractions induites par électromyostimulation.

❑ **Hypotension orthostatique** est plus fréquente chez le sujet âgé ou le patient hypertendu traité.

Elle se définit comme une diminution de 20 mm Hg de la pression systolique et/ou de 10 mm Hg de la pression diastolique dans les 3 premières minutes d'orthostatisme, par rapport aux chiffres de référence notés après période de repos en décubitus.

Le décubitus prolongé favorise **l'anorexie** et la **dénutrition** protéino-énergétique en particulier chez le sujet âgé

The background features a light gray base with large, soft-edged organic shapes in muted red and olive green. A thin white line outlines a shape on the right. In the top left, there is a faint, stylized illustration of a leafy branch.

thank you