

Syndrome d'immobilisation

1-Définition :

Le syndrome d'immobilisation se définit selon Hébert et Roy

« Comme l'ensemble des symptômes physiques, physiologiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de **l'interruption** ou de la **diminution** des activités quotidiennes habituelles. »

L'alitement, faisant partie de toute prise en charge d'une pathologie aiguë ou chronique et invalidante, doit être considéré comme un événement pathogène, d'autant plus chez le sujet âgé qui est fragile.

L'alitement est toujours néfaste pour la personne âgée car il expose au déclin fonctionnel.

Le syndrome d'immobilisation peut s'installer suite à une condition aiguë ou une condition chronique. L'immobilisation est parfois temporaire et parfois permanente elle se définit comme un **alitement de plus de 3 jours**, incapacité de réaliser les transferts ou à se mouvoir.

2-Epidémiologie :

90% des sujets alités ont plus de 60ans, 10% des sujets plus de 85ans sont incapables de se mouvoir seuls.

3-Les causes du syndrome d'immobilisation :

Les causes sont souvent associées on retrouve différentes pathologies et circonstances qui confinent le sujet âgé au lit.

a) **Pathologies neurologiques :**

Les AVC, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, les neuropathies, les paralysies diverses....

b) **Pathologies musculosquelettiques :**

Les arthroses sévères et invalidantes, les fractures du col fémoral, les fractures vertébrales, les arthrites, les pathologies rhumatismales, les chutes répétées....

c) **Pathologies cardiovasculaires :**

Insuffisance cardiaque, les syndromes coronariens, l'hypotension orthostatique, les thrombose veineuse.

d) **Pathologies pulmonaires :** insuffisance respiratoire, pneumopathies sévères (Covid 19)

e) **Facteurs sensoriels :** exp cécité.

f) **Pathologies psychiatriques**

Depression, peur de tomber, anxiété...

g) **Facteurs sociaux et environnementaux :**

Manque d'aide humaine, perfusions, sonde urinaire, surprotection de l'entourage (peur de tomber)

h) **Douleurs :**

Aigues ou chroniques, plaies, douleurs neuropathiques, douleurs cancéreuses....

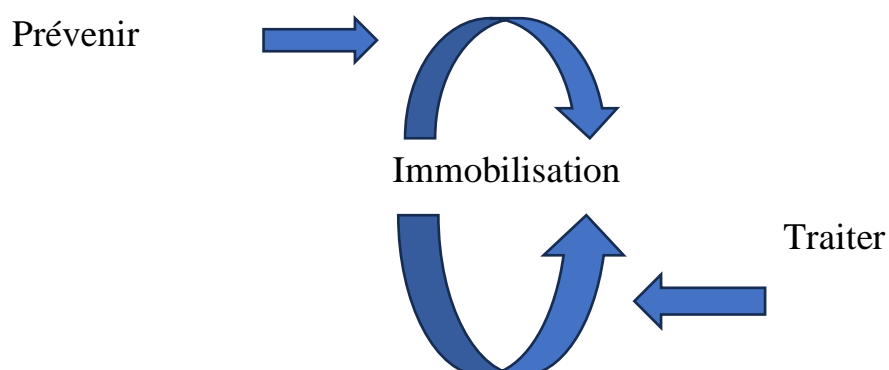
i) **Iatrogénie :**

Les somnifères, les psychotropes....

j) **Situations post chirurgicales**

k) **Infections à répétition**

3-Conséquences de l'immobilisation :



Les conséquences de l'immobilisation ne sont pas spécifiques du sujet âgé mais plus fréquents et plus graves chez cette catégorie fragile (comorbidité, déclin cognitif...)

Certaines complications sont **précoces** s'installent en quelques heures ou jours :

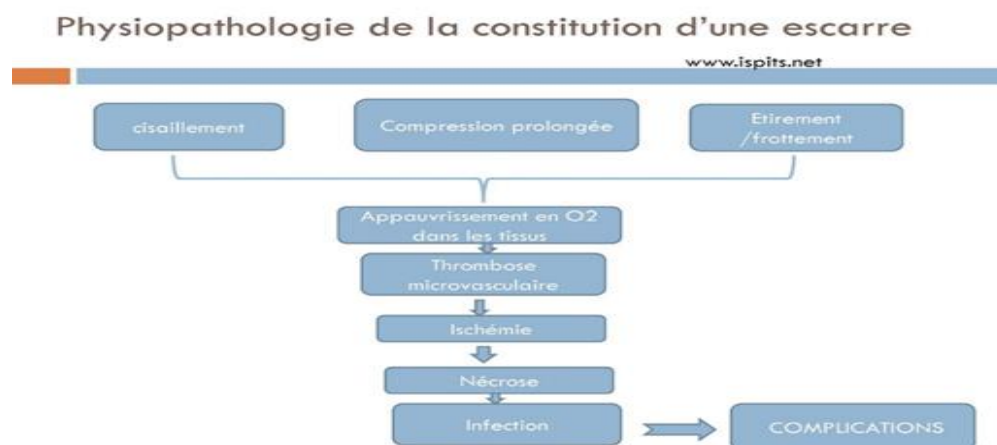
- ✚ Thrombose veineuse.
- ✚ Embolie pulmonaire.
- ✚ Encombrement bronchique.
- ✚ Escarres et plaies.
- ✚ Confusion.

D'autres complications sont **tardives** s'installent après quelques jours à quelques semaines :

- ✚ Infection pulmonaire.
- ✚ Infection urinaire.
- ✚ Hypotension orthostatique.
- ✚ Fécalome et constipation.
- ✚ Dénutrition.
- ✚ Syndrome de régression psychomotrice.
- ✚ Rétractions tendineuses et attitudes vicieuses.
- ✚ Déclin fonctionnel.

A / les escarres :

Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique compliquant un alitement prolongé, elle est le résultat d'une pression entre les reliefs osseux et le plan sur lequel repose le sujet âgé.



A-1 Causes des escarres : il existe des facteurs mécaniques (frottement, cisaillement, macération) et des facteurs cliniques (troubles de la continence, maladies métaboliques, la dénutrition, l'hyperthermie...)

A-2 Localisation des escarres :

Différentes localisations sont retrouvées selon la position du patient qu'il soit longtemps alité ou assis.

Localisation des escarres

Position	Localisation des escarres
Décubitus dorsal	<ul style="list-style-type: none"> •Arrière de la tête •Nuque •Omoplates •Colonne vertébrale •Coudes •Sacrum ++ •Talons ++
Décubitus latéral	<ul style="list-style-type: none"> •Oreilles •Acromion (épaule) •Côtes •Grand trochanter •Condyles (genou) •Malléoles (chevilles) •Extrémité latérale du pied

Localisation des escarres (suite)

Position	Localisation des escarres
Décubitus ventral	<ul style="list-style-type: none"> •Joues •Oreilles •Seins •Acromion •Organes génitaux •Genoux •Coup de pied •Orteils
Position assise	<ul style="list-style-type: none"> •Ischions •Creux poplités (derrière les genoux)
Position demi-assise	<ul style="list-style-type: none"> •le sacrum

Localisation des escarres (suite)

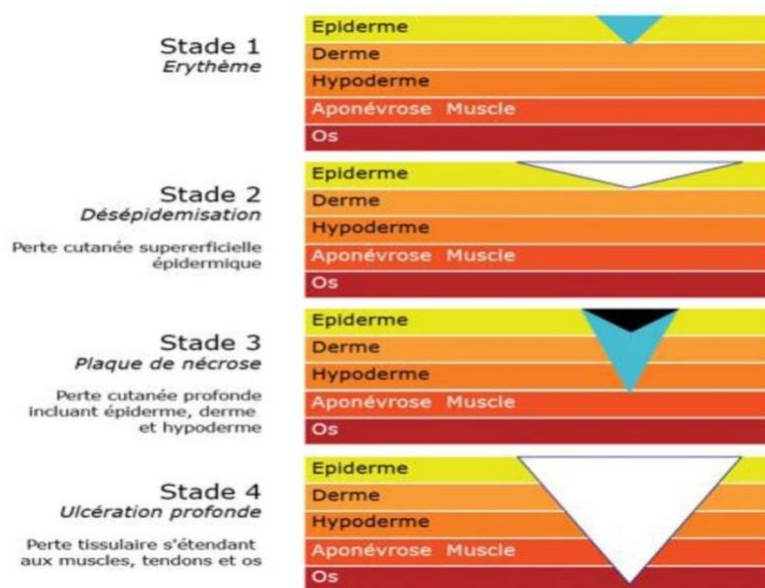
www.ispits.net

Emplacement de la sonde	Localisation des escarres
Sonde nasale	<ul style="list-style-type: none"> •Ailes du nez •Narines
Sonde urinaire	<ul style="list-style-type: none"> •Métat urinaire •Cuisse (si on passe la sonde dessous)

Donc il convient de vérifier chez le patient alité ces différents endroits pour pouvoir traiter les lésions précocement.

Identifier les sujets à risque par des échelles BRADEN ET NORTON

A-3 Différents stades des escarres :



Stade 1 : érythème ne blanchissant pas à la pression, sans effraction cutanée, décoloration de la peau, chaleur, œdème.

Stade 2 : lésion cutanée partielle touchant l'épiderme, le derme ou les deux, apparaît comme une abrasion ou une phlyctène.

Stade 3 : lésion cutanée touchant toutes les couches de la peau pouvant entraîner une nécrose du tissu sous-cutané sans dépasser les fascias des muscles sous-jacents.

Stade 4 : destruction extensive, nécrose des tissus et des muscles, de l'os ou des structures sous-jacentes avec ou sans perte de substance cutanée complète.

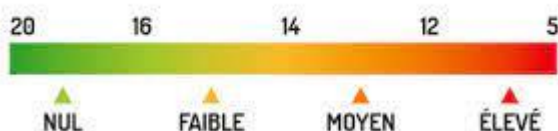
Echelles d'évaluation du risque d'escarres les plus utilisées sont l'échelle de **BRADEN**, **NORTON**

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		Mobilité Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		Activité Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition Alimentation habituelle		Humidité Degré d'humidité auquel la peau est exposée		Friction et cisaillement Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

Échelle d'évaluation de NORTON*									
Condition physique		État mental		Activité		Mobilité		Incontinence	
Bonne	4	Alerte	4	Marche normalement	4	Normale	4	Aucune	4
Moyenne	3	Apathique	3	Marche avec une aide	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3
Mauvaise	2	Confus	2	Assis au fauteuil	2	Très limitée	2	Urinaire	2
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Alité/totalement aidé	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1
Score total :									

ANALYSE DES RÉSULTATS

- ≈ Score entre 20 et 16 : **Risque NUL**
- ≈ Score entre 16 et 14 : **Risque FAIBLE**
- ≈ Score entre 14 et 12 : **Risque MOYEN**
- ≈ Score entre 12 et 5 : **Risque ÉLEVÉ**



A- 4 Mesures préventives des escarres chez le sujet immobilisé :

- ★ Apports nutritionnels corrects.

- ★ Bonne installation du patient.
- ★ Soins de nursing.
- ★ Utilisation d'aides à la prévention.

Soins de nursing :

Changement de position chaque 2 ou 3 heures pour les patients qui ne peuvent pas bouger.

Lutte contre la macération.

Identification des sujets à risque avec surveillance pluriquotidienne des points d'appui et hydratation de la peau.

Effleurage des zones à risque.

Protection des zones à risque pour limiter les frictions et cisaillements.

Hygiène de la peau, draps bien tirés, éviter les corps étrangers.

Dispositifs d'aide de prévention : utiliser les matelas ou surmatelas à pressions alternées, coussin anti escarres.

B / complications bronchopulmonaires :

L'amplitude respiratoire diminue, donc les bases pulmonaires ne sont pas bien ventilées ce qui favorise la **stase des sécrétions bronchiques**.

La toux est inefficace car le tonus est diminué, donc exposition aux **infections bronchiques** et aux **atélectasies** par formation de bouchon muqueux au niveau des bronches.

Le sujet âgé peut présenter des déformations thoraciques, pathologies respiratoires parfois liées au tabagisme parfois non, les troubles de déglutition et d'autres pathologies neurologiques ainsi que le reflux exposent aux **pneumopathies infectieuses** et **pneumopathies d'inhalation**.

C/ complications cardio-vasculaires :

L'hypotension orthostatique est une complication fréquente d'immobilisation favorisée par la baisse du tonus musculaire et stase veineuse.

La thrombose veineuse profonde TVP est grave et risque de se compliquer d'embolie pulmonaire mettant en jeu le pronostic vital.

L'immobilisation multiplie de 3à5 le risque de TVP et le diagnostic repose sur le doppler des membres.

La prévention se fait par les anticoagulants, la mobilisation précoce et les contentions veineuse médicales.

D/ complications digestives :

Le ralentissement du transit intestinal est à l'origine de **constipation** et de fécalome.

La stase stercorale et la baisse de l'hydratation favorisent les **ballonnements** abdominaux limitant les prises alimentaires.

E/ complications urinaires :

L'alitement est à l'origine d'une mauvaise vidange vésicale avec des résidus qui favorisent les **infections urinaires** et peut évoluer vers la rétention avec **globe vésical**, le sondage (sonde à demeure) était aussi source d'infection. (Recours actuellement à l'autosondage propre intermittent ou chez le sujet âgé ne pouvant le réaliser recours à **l'hétérosondage** par un aidant)

F/ complications musculaires et ostéoarticulaires :

L'amyotrophie ou la fonte musculaire s'installe en quelques jours.

L'installation de rétractions capsulo-ligamentaires limitent le mouvement physiologique et favorisent les **attitudes vicieuses**.

La déminéralisation osseuse favorisée par la résorption ostéoclastique après une immobilisation prolongée à l'origine d'ostéoporose et de fractures.

G/ complications psycho-comportementales :

La confusion mentale : la rétention d'urine, le fécalome, la déshydratation peuvent être à l'origine de cette confusion.

Les états dépressifs avec anxiété, troubles du sommeil, anorexie et troubles du comportement.

Etat régressif avec installation d'une dépendance pour toutes les activités qui peut s'aggraver vers un syndrome de glissement (mutisme, refus

alimentaire, rétention d'urine, météorisme abdominal) nécessitant une équipe multidisciplinaire pour sa prise en charge.

Sources :

- 1- HAL thèse « pathologies et complications de l'immobilisation associées à la sévérité du déclin moteur chez les patients âgés de plus de 75 ans lors d'une hospitalisation non programmée dans un service de médecine » Aurélie Desbois 2008.
- 2- Gériatrie, les références des collègues 4^{ème} édition ELSEVIER MASSON