

Complications de l'immobilité et du décubitus

Prévention et prise en charge

Sarah AMAR, Golda ROMANO, Gilbert VERSIER

Objectifs ECNi

- ▶ Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.
- ▶ Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

NOTION-CLÉ

Item très transversal, le principal item à connaître en gériatrie.

INTRODUCTION

- Un décubitus prolongé entraîne de nombreuses complications, à tout âge mais beaucoup plus fréquent chez les sujets âgés dont l'état général et le statut nutritionnel peuvent déjà être dégradés. Il est favorisé par l'hospitalisation prolongée pour une pathologie ou encore l'isolement du sujet à son domicile.
- Les complications engendrées ont un retentissement très important sur le taux de mortalité de ces sujets et sur le coût de la santé, en relation avec une augmentation des hospitalisations et de la durée d'hospitalisation.
- Ces dernières peuvent être prévenues par les professionnels de santé par une prise en charge adaptée, en particulier en diminuant au maximum la durée de décubitus du sujet âgé.

LES COMPLICATIONS DE DÉCUBITUS

Elles peuvent survenir à la phase précoce et/ou à la phase tardive, et elles peuvent être locales, locorégionales ou générales.

A. Les complications précoces

1. Locales : l'escarre

- Les complications cutanées sont principalement dominées par les escarres qui sont des atteintes ischémiques des téguments, dont il faut bien connaître les quatre stades évolutifs en fonction de la profondeur de la lésion :

STADES ÉVOLUTIFS

1. rougeur qui ne disparaît pas à la pression, l'épiderme étant intact
2. atteinte superficielle de l'épiderme, par abrasion/ phlyctène
3. atteinte profonde de l'épiderme, du derme et l'hypoderme : plage de nécrose, persistance d'une douleur au contact lors des soins, à la mobilisation.
4. atteinte profonde des 3 couches de la peau associée à une atteinte osseuse, tendineuse et articulaire.

- Le diagnostic est clinique par l'inspection.
- Ils se situent au niveau des zones d'appui, qui varient selon la position du patient (décubitus dorsal/ ventral/latéral) atteignant la peau en regard des zones osseuses saillantes (talon, sacrum, grand trochanter, tête de la fibula, coude, occiput)
- Les facteurs favorisant la survenue d'escarre sont principalement l'immobilité de décubitus, la dénutrition avec comme critères diagnostiques une perte de poids supérieure à 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois, un IMC inférieur à 21 et une albuminémie inférieure à 35 g/l. Elle est dite sévère si la perte de poids est supérieure à 10 % en 1 mois et 15 % en 6 mois, un IMC inférieur à 18 et une albuminémie inférieure à 30 g/l.
- L'évaluation du risque d'escarre se fait grâce à l'échelle de Norton (risque très élevé pour un score inférieur ou égal à 11), et l'échelle de Waterlow (très haut risque si supérieur à 20)
- Le traitement est avant tout un **traitement préventif** qui comporte des mesures pour prévenir les facteurs favorisant par :
 - la surveillance des points d'appui qui se traduit initialement par la rougeur et qui doit conduire à la suppression de l'appui par changement de position toutes les 4 heures
 - l'utilisation de supports adaptés (matelas fluidisé ou autre)
 - la kinésithérapie motrice au lit
 - la prévention de l'ankylose respiratoire
 - la prise en charge nutritionnelle : prévention de la dénutrition
 - les mesures d'hygiène, éducation du patient et de son entourage

- **Le traitement curatif** comporte :
 - le traitement des facteurs favorisants
 - le traitement local selon le stade :
 - En cas de rougeur : supprimer l'appui / Nourrir le derme (biafine, dexéryl), alterner chaud et froid (glaçon et air chaud)
 - En cas de nécrose : Traitement chirurgical par excision, détersion : Elase, eau boriquée pas d'antibiotiques lorsque la plaie est saine : nourrir
 - En cas de perte de substance : cicatrisation dirigée pour les petites pertes de substances, au delà pansement à pression négative type VAC*, voire lambeau de couverture si l'état général le permet (peu de dénutrition)

Figure 1



Escarre talonnière stade IV

2. Régionales

- Elles sont dominées par les COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES (item 224)
 - Leur expression clinique peut se faire soit par la thrombophlébite, soit par sa complication l'embolie pulmonaire (score de probabilité clinique).
 - Le traitement est avant tout préventif par :
 - l'utilisation d'Héparine à Bas Poids Moléculaire à titre systématique
 - la surélévation du membre ou des pieds du lit
 - le port de Bas de contention 24/24 h
 - l'utilisation éventuellement d'une contention pneumatique intermittente
 - Le traitement curatif est la décoagulation prolongée à dose curative (INR entre 2 et 3)

- La COMPRESSION NERVEUSE en particulier des nerfs superficiels (nerf cubital au coude, nerf fibulaire comment au col de la fibula peuvent s'observer, à la l'origine de douleur et parésie transitoire ou paralysie définitive. Leur origine est ischémique par compression prolongée (une attelle d'immobilisation ou une traction collée peuvent être des facteurs favorisants). Outre les chirurgies tendineuses de réanimation, en cas de paralysie définitive le seul traitement est préventif, comparable à celui des escarres.

3. Générales

Elles sont favorisées par la déshydratation, l'immobilisme et la stase avec :

- Les TROUBLES URINAIRES à type de dysurie, et d'infection urinaire basse puis haute
- La CONSTIPATION qui peut aggraver une constipation chronique (pensez à réaliser un toucher rectal à la recherche d'un fécalome)

B. Les complication tardives

Elles regroupent les complications précoces, et en plus on peut observer :

1. Des complications régionales

À type de rétractions tendineuses favorisées par l'immobilisme, à prévenir et à traiter par la kinésithérapie, la stimulation et parfois par le port d'orthèse de posture anti rétraction.

2. Des complications générales, classées par appareil

■ *Locomoteur*

- **Les complications osseuses** sont liées à la déminéralisation osseuse (ostéopénie) qui entraîne des fractures, des lithiases urinaires.
La prévention se fait en favorisant l'**orthostatisme** avec des exercices physiques, la stimulation dans les activités de vie quotidienne et **par la kinésithérapie active** si possible
- **Les complications articulaires** se traduisent par l'ankylose fréquente, aggravées par les troubles du tonus musculaire.
La prévention se fait par la **kinésithérapie passive et active** avec mobilisation de toutes les articulations 1 à 2 fois/jour (tous les jours !)
La mise en postures de repos par des attelles anti rétraction (attention avec les points d'appui) réalisées en mousse, l'utilisation de cerceau en pied de lit pour éviter l'appui par le poids des draps et couverture.

- **Les complications musculaires**, à type de fonte musculaire, de rétraction et donc d'enraidissement, sont liées à l'absence d'exercice physique et à l'immobilisation en position raccourcie, associé ou non à des troubles neurologiques +++ (spasticité, polynévrite...) La prévention est efficace et importante : dès les premiers jours il faut des **apports protidiques suffisants** et empêcher les rétractions par une **mobilisation** articulaire (cf. ci-dessus), l'injection de toxine Botulique peut être indiquée en cas de spasticité. Il faut aussi maintenir **le potentiel moteur** par la kinésithérapie active dynamique (30 minutes/jour/muscle) ou isométrique (électrostimulation 1 heure/jour/muscle) si cela est possible.

■ Cardio-vasculaire

- On observe une désadaptation à l'orthostatisme et à l'effort, ce qui se traduit par une hypotension orthostatique (source de malaise), une fatigabilité, Tachycardie, Dyspnée, œdèmes des membres inférieurs et Thromboses Veineuses Profondes.
- La prévention de la désadaptation à l'orthostatisme se fait par le port de bas de contention et un orthostatisme fractionné supérieur à 1 heure par jour ++ au lit puis au fauteuil et enfin la verticalisation si possible en utilisant progressivement un plan incliné.

■ Troubles psychologiques-neurologiques

Ils sont dominés par la dépression (syndrome de glissement) avec perte de la participation aux soins et du désir de vie. C'est aussi la décompensation de maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson qui s'aggrave et qui nécessite souvent une réévaluation du traitement.

■ Respiratoires

- La position de décubitus réduit les capacités respiratoires, gêne la toux et la compliance pulmonaire. Cela favorise un syndrome restrictif, les encombrements, les atelectasies et les pneumopathies
- La prévention repose sur la kinésithérapie respiratoire et le drainage bronchique

■ Digestives

Le décubitus favorise :

- *Le reflux gastro-œsophagien* dont la prévention sera le maintien d'une position assise ou demi-assise pendant une heure après les repas. Il faut espacer le délai dîner-sommeil d'au moins 3 heures.
- *Les fausses routes* seront prévenues
 - par une adaptation diététique des solides et des liquides si le patient présente des troubles de déglutition,
 - par une position demi-assise lors des repas
 - par une prise de repas privilégié par le patient lui-même en utilisant une position de tête en légère antéflexion, et un verre à encoche nasale.
 - par le maintien d'une bonne hygiène dentaire pour éviter le risque d'inhalation septique.

- *La constipation* sera prévenue par une surveillance du nombre de selles hebdomadaires, et une verticalisation précoce. Il faut par ailleurs maintenir des apports hydriques suffisants. Le traitement curatif comportera l'utilisation de laxatif osmotique ou lubrifiant et la recherche et l'évacuation de fécalome.

■ *Urinaires*

Les lithiases et les infections urinaires seront prévenues par la réalisation d'une Bandelette Urinaire puis d'un Examen CytoBactériologique des Urines. Il faut mesurer le résidu post-mictionnel en échographie. Le Bladder scan* est très utile à la recherche d'un globe vésical qui cliniquement se présente comme une voussure sus pubienne douloureuse (mais pas toujours si la rétention est chronique avec miction par regorgement) et une matité à la percussion, et impose un sondage urinaire.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE GLOBALE

Cette prise en charge comprend donc plusieurs volets avec :

- Prise en charge des pathologies pré-existantes, réévaluation des traitements en place pour ces pathologies du fait du risque de décompensation des tares viscérales (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, Parkinson) ou psychiatrique
- La prévention et éventuellement le traitement des complications de décubitus précoces ou tardives comme vu ci-dessus
- Prise en charge de la dénutrition qui est fondamentale pour espérer une stabilisation ou une amélioration fonctionnelle.
 - Chez la personne âgée dénutrie, les objectifs sont des apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/jour avec un apport protéique de 1,2 à 1,5 g /kg/jour
 - Il existe trois modalités de prise en charge :
 - ORALE : comprenant une aide à la prise alimentaire, des conseils nutritionnels, une alimentation enrichie, des compléments nutritionnels oraux hyperprotidiques et/ou hyperénergétiques.
 - ENTÉRALE
 - PARENTÉRALE
 - L'alimentation par voie orale est recommandée en première intention sauf en cas de contre indication comme des troubles sévères de la déglutition,
 - En deuxième intention, on envisage une nutrition entérale lorsque la voie orale est contre indiquée ou qu'elle est insuffisante. La mise en route du traitement se fera en milieu hospitalier puis sera poursuivie à domicile en HAD, avec une prescription initiale de 14 jours puis de 3 mois renouvelable.
 - Quant à la nutrition parentérale, elle est indiquée seulement dans trois situations :
 - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles,
 - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques,
 - en troisième intention après échec d'une nutrition entérale bien conduite.

- Les conseils nutritionnels à mettre en place sont d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée, éviter une période de jeûne nocturne trop longue (supérieure à 12 h), privilégier les produits riches en énergie et en protéines, s'adapter au goût du patient, organiser une aide aux repas (technique ou humaine), créer un environnement agréable. L'enrichissement de l'alimentation consiste à augmenter l'apport protéino énergétique avec des aliments de base sans en augmenter le volume (beurre, huile, crème fraîche, pâtes, fromage râpé, œufs...). Il faudra veiller à respecter les repères du programme national nutrition santé (PNNS).
- On surveillera : les apports alimentaires (ingesta), le poids une fois par semaine, le statut nutritionnel (IMC, albuminémie une fois par mois), la tolérance et l'observance des traitements. Il faudra se référer aux recommandations de l'HAS de 2007 dans ce domaine

FICHE DE SYNTHÈSE : PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITÉ ET DU DÉCUBITUS

Ces principes doivent s'appliquer à tout patient alité, hospitalisé ou à domicile.

- Limiter les durées d'hospitalisation et des indications de lit strict
- Éducation du patient et de sa famille
- Prise en charge nutritionnelle / Apports hydriques suffisants
- Changer le malade de position toutes les 4 heures pour diminuer la durée de l'appui
- Lits / matelas adaptés anti escarres
- Soins locaux, massages, mobilisations articulaires et segmentaires actives / passives
- Prise en charge de l'incontinence urinaire, éviter la macération
- Traitement anti thrombotique préventif (HBPM)
- Verticalisation précoce et contention veineuse.
- Kinésithérapie respiratoire

Principales techniques de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en orthopédie

Léo BORRINI, Claire VERDAGUER

Objectifs ECNi

- ▶ *Argumenter les principes d'utilisation des principales techniques de rééducation et de réadaptation, en planifier le suivi médical et argumenter l'intérêt de la rééducation en orthopédie.*
- ▶ *Savoir prescrire la masso-kinésithérapie en orthopédie.*

CONTEXTE

- Prescription de la rééducation après arthroplastie totale de hanche sur fracture du col du fémur, chez une femme âgée ostéoporotique
- Prise en charge rééducative d'une gonarthrose, en complément des règles d'hygiéno-diététique et du traitement médicamenteux
- Prescription de la rééducation des lésions non chirurgicales de l'appareil locomoteur (entorse de cheville, tendinopathie de la coiffe des rotateurs...)

BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

A. Examen clinique

1. Interrogatoire

- Antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatiques
- Traitements dont antalgiques et anticoagulants
- Mode de vie : accessibilité et aménagement du domicile, disponibilité des aides, conditions de travail (physique ou sédentaire), pratique d'activité physique régulière ou de sport (et niveau de pratique)