

Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

COFER

Savoir dépister les sujets le plus à risque de complications locomotrices.

Connaître la liste des principales complications de décubitus et d'immobilité à court et long termes.

Connaître les signes cliniques, biologiques et d'imagerie des complications aiguës.

Connaître les signes cliniques, biologiques et radiologiques des complications chroniques.

Connaître les principes généraux de la prévention et les modalités de la prise en charge au long cours.

Les complications précoces peuvent aggraver le processus pathologique ayant conduit à l'immobilisation et/ou compromettre son évolution favorable. Au terme de quelques semaines apparaissent les complications tardives qui peuvent compromettre la récupération de l'autonomie.

COMPLICATIONS IMMEDIATES DU DECUBITUS OU DE L'IMMOBILISATION

Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires

Il s'agit des complications les plus sévères et les plus fréquentes tout particulièrement en cas d'AVC. Elles imposent une surveillance régulière, surtout des membres inférieurs. La prévention de ces complications repose sur la mobilisation (mobilisation passive des membres inférieurs par le kinésithérapeute, puis active si possible), le lever précoce, et l'administration d'anticoagulant à doses préventives sur prescription médicale. Le drainage circulatoire peut être associé : des bas de contention sont posés dès l'admission, si possible 24 h sur 24 h, surtout en cas de déficit du membre inférieur.

Hypotension artérielle

Le risque d'hypotension orthostatique en cas d'alitement prolongée (en particulier en cas de polyneuropathie) est important ; on peut conseiller la mise en place de bandes élastiques, de bas de contention adaptés et correctement installés, la position demi assise, le maintien passif d'un orthostatisme (planche basculante), etc.

Complications cutanées

Facteurs de risque

La prévention de l'escarre est une urgence, sa présence indiquant un défaut de vigilance de l'équipe soignante. Une escarre est une nécrose ischémique des tissus compris entre le plan du support sur lequel repose le sujet et le plan osseux. Elle suppose deux facteurs pathogènes : l'immobilité et la non perception de la douleur. Le sujet qui ne ressent plus la gêne, l'inconfort de la position, ne mobilise plus spontanément ses points d'appui (rachis, os iliaques, calcanéums).

À côté des deux facteurs majeurs que sont une mobilité réduite et l'existence de troubles sensitifs, d'autres facteurs favorisent l'apparition des escarres :

- dénutrition ;
- amyotrophie en particulier en cas d'hypercatabolisme et chez les polytraumatisés ;
- sénescence cutanée ;
- troubles sphinctériens ;
- infections systémiques sévères ou aiguës ;
- comorbidité : dont l'artérite, le diabète, l'obésité, etc.

Les facteurs de risque peuvent être évalués selon des échelles (par exemple l'échelle de Norton, etc.). Les zones de prédilection sont les zones d'appui avec une faible épaisseur de revêtement cutané : talons, région sacrée, régions trochantériennes et ischiatiques, les malléoles puis les régions scapulaires, les coudes, la nuque.

Signes cliniques

L'escarre évolue en plusieurs phases :

- **stade I** : érythème avec oedème périphérique persistant à la levée de l'appui.
- **stade II** : apparition de phlyctènes sur fond érythémateux (surtout observées dans les régions talonnières). Leur contenu peut être séreux ou hémorragique. Elles correspondent à une atteinte de l'épiderme et du derme.
- **stade III** : l'escarre proprement dite réalise un aspect noirâtre, cartonné du tégument entouré d'une bordure érythémateuse et oedémateuse. Elle correspond à une atteinte de toute l'épaisseur de la peau. La lésion n'est pas douloureuse. On distingue parfois un écoulement séropurulent.
- **stade IV** : l'escarre atteint les tissus profonds et, en son fond, on peut apercevoir la surface osseuse sous-jacente.

Évolution

L'escarre peut se compliquer d'infection (en fonction du risque de contamination par les selles, l'urine, de l'état des défenses du malade, du type des soins antérieurs). La colonisation par des germes bactériens est constante, mais sans conséquence obligatoire pour la cicatrisation. Le diagnostic d'infection d'escarre repose sur les signes inflammatoires locaux, la fièvre, la nature et la densité des bactéries rencontrées. La NFS et la CRP sont des arguments supplémentaires d'infection. Des septicémies à point de départ de l'escarre ne sont pas rares. Les complications à moyen terme sont celles de l'hospitalisation prolongée en particulier chez les sujets âgés, avec perte d'autonomie, aggravation de troubles psychiques, en particulier syndrome dépressif, complications iatrogènes, décompensation de co-morbidité, en particulier le diabète, risque de dépendance, voire décès.

À plus long terme, les escarres, selon leur siège, peuvent créer des troubles orthopédiques ou fonctionnels (ostéite, ostéo-arthrite, etc.). La recherche du contact osseux au fond de l'escarre à l'aide d'un stylet stérile est souvent le meilleur moyen de diagnostiquer une ostéite.

Traitement préventif

Les mesures prophylactiques doivent être systématiquement envisagées dès que le décubitus se prolonge : surveillance cutanée régulière, mobilisation passive et changement de position toutes les 3 heures, protections des points de compression, hygiène stricte du patient et du lit, change régulier.

REDUCTION DES DUREES D'APPUI

Le malade doit être mobilisé par le personnel soignant de façon régulière (décubitus dorsal, décubitus semi-latéral gauche et droit stabilisés par des coussins de mousse, position assise, etc.).

MESURES D'HYGIENE

Assurer la propreté minutieuse du lit et l'hygiène rigoureuse du patient (change fréquent) pour éviter toute macération.

DIMINUTION DES PHENOMENES COMPRESSIFS

Un matelas adapté doit être mis en place dès l'entrée dans le service hospitalier : surmatelas à eau, à gonflement alterné d'air ou à air statique.

Traitement curatif

Le traitement local est celui d'une plaie profonde. Les soins d'hygiène sont pratiqués au lit, ou mieux, sur des lit-douches. La détersion utilise des gels en complément d'une détersion manuel des tissus nécrotiques au bistouri ou aux ciseaux. Les pansements hydrocolloïdes sont utilisés préférentiellement en phase de bourgeonnement et de cicatrisation. La chirurgie par des lambeaux permet de combler partiellement ou totalement l'escarre. Ces greffes sont utiles pour diminuer le temps d'épidermisation. Après cicatrisation, il faut rester toujours vigilant chez ces malades (risque majeur de récurrence).

Complications digestives

Le décubitus dorsal favorise le reflux gastro-œsophagien (risque de contamination de l'arbre trachéobronchique). L'alitement est cause d'anorexie avec risque de dénutrition, de constipation et de fécalome.

Dénutrition et déshydratation

Il faut évaluer l'index de masse corporelle du patient dès son entrée, et le peser 1 fois par semaine (poids et IMC). Il faut surveiller les troubles hydro-électrolytiques et corriger les états de dénutrition. Un apport alimentaire d'au moins 2 000 calories par jour chez l'homme, de 1 600 cal par jour chez la femme, enrichi en protéines (au

moins 1 g/kg/j) est nécessaire. Elle est faite par l'alimentation normale, avec éventuellement des compléments nutritifs, voire par sonde gastrique. L'intervention d'un diététicien est souvent utile.

Complications infectieuses

Le risque infectieux est majeur chez ces patients, l'équipe soignante doit systématiquement et régulièrement surveiller :

- les voies veineuses, en particulier s'il existe un cathéter, avec changement régulier du site d'insertion cutanée (toutes les 72 h) et des tubulures (toutes les 48 h) ;
- la diurèse et les urines : les infections urinaires sont fréquentes, favorisées par la stase urinaire ; il faut éviter le sondage urinaire, sauf en cas de rétention d'urine, de coma, d'escarre ou de plaie près des voies urinaires ;
- l'état respiratoire et l'auscultation pulmonaire : en effet, les infections pulmonaires sont favorisées par le reflux gastro-œsophagien (risque de pneumopathie), par les troubles de la vigilance ou de la déglutition (risque d'inhalation), par la stase des sécrétions bronchiques et la diminution des volumes courants. La prévention repose sur le drainage postural et la kinésithérapie (tout en évitant les sédatifs puissants) ;
- risque de septicémie à point de départ cutané, urinaire ou pulmonaire.

Complications rhumatologiques et orthopédiques

Une attention tout particulière est nécessaire sur les mobilisations, les transferts et la mise au fauteuil en raison :

- du risque d'attitude vicieuse avec rétraction tendineuse ; ces complications sont surtout fréquentes en cas de troubles neurologiques ; certaines positions antalgiques sont source de rétractions tendineuses et d'attitudes vicieuses pouvant évoluer vers la triple flexion (position fœtale) ;
- du risque d'algoneurodystrophie ; tout particulièrement le syndrome épaule-main en cas d'AVC ; ce risque impose des mobilisations douces ;
- du risque d'hypercalcémie d'immobilisation ; il s'agit surtout d'une hypercalciurie avec risque de lithiase urinaire calcique, mais aussi d'ostéoporose ;
- du risque d'amyotrophie précoce et importante, surtout dans les situations d'hypercatabolisme.

Les mobilisations passives, autopassives et actives aidées permettent de lutter contre les conséquences de l'alitement et contre l'absence de mouvement. Les exercices actifs et les contractions musculaires isométriques au lit luttent contre l'amyotrophie. La rééducation doit dans tous les cas être débutée rapidement et répétée de façon quotidienne (rôle du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute).

Troubles psycho-affectifs

L'alitement et l'immobilisation prolongée sont à l'origine d'anxiété et de syndrome dépressif. Il faut éviter la prescription de psychotropes trop sédatifs, assurer une stimulation sensorielle et des propos rassurants, une présence maximale des soignants ou de la famille, maintenir l'éclairage parfois même la nuit.

COMPLICATIONS TARDIVES DU DECUBITUS OU DE L'IMMOBILISATION

Il s'agit du *syndrome d'immobilisation* ou *état grabataire* qui empêche la récupération de l'autonomie. Le *syndrome de glissement* s'installe après un intervalle libre succédant à une pathologie guérie ou en voie de guérison. Il correspond à un mutisme, un refus alimentaire et des manifestations de régression psychomotrice.

Points clés

- L'immobilisation prolongée expose à des complications ostéo-articulaires : rétractions tendineuses et attitudes vicieuses, algoneurodystrophie, hypercalcémie d'immobilisation, hypercalciurie, ostéoporose.
- De nombreuses autres complications, précoces et tardives, justifient la mise en œuvre de mesures préventives dès qu'un alitement ou une immobilisation se prolonge.