



Item116-Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

Objectifs CNCI		
- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
Référentiel du collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principales C° de décubitus ■ Evaluer le risque de complication ■ Escarre: 4 stades / prévention ■ Détersion / nettoyage / pansements ■ TVR / inhalation / atelectasie ■ Constipation / dénutrition / RGO ■ Anxiété / DTS / glissement / NP 	<ul style="list-style-type: none"> - Lever dès que possible - HBPM + bas de contention - Mesures générales si escarre - Kinésithérapie respiratoire - Kinésithérapie muscle/A° - Globe vésical = quotidien - TR / fécalome (si confusion)

Généralités

Principales complications de décubitus +++

- **Cutanées** : escarres +++
- **Cardiovasculaires**:
 - MTEV : TVP + EP
 - Hypotension orthostatique, désadaptation cardiovasculaire
 - OMI
- **Respiratoires**:
 - pneumopathie d'inhalation
 - encombrement bronchique
 - atelectasie
- **Locomotrices**
 - **articulaires** :
 - ankylose/enraidissement articulaire
 - **musculaires** :
 - amyotrophie,
 - rétractions,
 - perte de force/endurance
- **Métabolique** :
 - ostéoporose d'immobilisation, hypercalcémie d'immobilisation
- **Urologiques**:
 - rétention
 - infections urinaires
 - lithiases
- **Digestives**:
 - constipation
 - RGO
 - fausses routes
- **Neuro-psychologiques**:
 - dépression,
 - anxiété,
 - troubles du sommeil.
- **Douleurs**
- **Compressions nerveuses**
- **Infectieuses**:
 - infections nosocomiales
 - IU

- pneumopathie

Principes généraux de prise en charge

- **Recherche et correction de tout facteur favorisant +++**
- **Limiter au maximum l'immobilisation:**
 - Mobilisation
 - changement de positions
 - verticalisation
 - lever dès que possible (A savoir !)

Complications cardio-vasculaires

MTEV +++ : TVP et EP (cf item correspondant)

- **Facteurs favorisants** = triade de Virchow
- **Diagnostic**
 - Signes cliniques phlébite/EP (cf item correspondant).
- **Paraclinique :**
 - **D-Dimères** peu contributifs chez le patient alité
 - **Echo-doppler**
 - **Scintigraphie de ventilation/perfusion** : Se ↑ : élimine l'EP si négatif
 - **Angio TDM thoracique** : Sp ↑ : confirme l'EP si positif
- **Prévention :**
 - Contention veineuse A savoir ! (= Bas de contention),
 - Contraction isométrique des muscles des jambes,
 - Verticalisation précoce A savoir !.
 - Anticoagulation à dose préventive A savoir ! : HBPM ou HNF si CI HBPM + surveillance plaquettaire
- **Traitement** (en + des mesures préventives) :
 - **Anticoagulation à doses curatives** : HBPM ou HNF + relai précoce AVK.
 - **TVP 3-6 mois**
 - **EP 6-12 mois.**

Hypotension orthostatique

- **Y penser devant toute chute du sujet âgé (A savoir !)**
- **Facteurs favorisants**
 - **Hypovolémie**: déshydratation / varices veineuses
 - **Iatrogénie**: IEC / inhibiteurs calciques / psychotropes
- **Diagnostic**
 - Prise de la PA couché puis debout (1-2-3min)
 - en prenant le pouls
- **Définition:**
 - ↓ PAs \geq 20mmHg et/ou PAd \geq 10mmHg pendant \geq 3min
 - Remarque si pas de tachycardie compensatrice au lever (\uparrow FC < +10/min) → dysautonomie neurovégétative (Parkinson, MSA, trauma médullaire..)
- **Prévention :**
 - Verticalisation progressive
 - Bas de contention
 - Hydratation
 - Eviter anti-hypertenseurs et vasodilatateurs (IEC et inhibiteurs calciques),

Désadaptation cardiovasculaire

- **Tachycardie et insuffisance cardiaque à terme**
- **Prévention:**
 - **Mêmes modalités que pour l'hypotension orthostatique.**
 - **Traitement (en + des mesures préventives) :**
 - Réadaptation progressive à l'effort, adaptée au patient et à son terrain
 - \pm Ttt médicamenteux : vaso-constricteurs

Complications cutanées

Escarres +++

Facteurs favorisants:

- **Hypoxie tissulaire :**
- **iatrogènes :**
 - pression, cisaillement, friction, macération.
- **immobilisation :**
 - contrainte (plâtre, immobilisation, indication débubitus strict)
 - pathologie neurologique : hémi-pa-tétraplégie...
 - secondaire à des troubles de la conscience, des troubles moteurs, un âge élevé.
- **Hypoxie systémique :**
 - Dénutrition, fièvre, athérosclérose, diabète, hypotension, anémie, pathologies respiratoires, déshydratation
- **Traitement médicamenteux :**
 - Corticoïdes, β -bloquant, alpha-adrénergique, ergotamine

Classification :

- **Stade I :** erythème cutané localisé persistant après le lever, peau intacte.
- **Stade II :** désépidermisation (épiderme \pm derme) ou phlyctène (intacte ou non) ou ulcération peu profonde
- **Stade III :** perte de toute l'épaisseur de la peau (derme + hypoderme) avec altération ou nécrose des tissus sous-cutanés, extension possible jusqu'au fascia mais pas au delà (manifestation cutanée = plaque noire de nécrose)
- **Stade IV :** perte de l'ensemble des couches de la peau : ulcération atteignant ou dépassant le fascia, profonde, à bords irréguliers avec exposition muscle, tendon, os.

Complications

- **Infectieuses +++ :** abcès profonds / ostéites + ostéoarthrites / sepsis
- **locales:** extension / anomalies de cicatrisation / fistules / transformation cancéreuse (tardive ++ 20 ans environ)
- **Surinfection d'une escarre:** critères diagnostiques
 - Clinique: ≥ 2 des signes suivants: rougeur / sensibilité / gonflement des bords
 - Paraclinique: et germes $> 10^5$ sur aspiration/biopsie des bords ou hémocultures
 - Attention: pas de prélèvement superficiel (colonisation permanente) ni CRP

Evaluation du risque d'escarre : indispensable +++

- **2 échelles :** Norton et Waterlow

Prévention :

- **Mobilisations régulières** pour éviter points d'appui prolongés toutes les 4h au minimum
- **Verticalisation précoce :** dès que possible
- **Surveillance +++ pluriquotidienne état cutané** au niveau des points d'appui : patient/personnel/entourage
- **Supports adaptés de redistribution des pressions** = matelas anti-escarres
- **Adaptation des postures + coussin de posture** pour prévenir appui prolongé coude + talon.
- **Hygiène cutanée locale/nursing :** prévenir macération et humidité (++) si incontinence urinaire ou anale),
- **Pas de massage, pas de frictions.**
- **Assurer apports nutritionnels et hydriques suffisants +++ si carence**
- **Education +++ patient + entourage :** techniques de prévention escarre + surveillance cutanée

Traitement

- **Mesures générales** = renforcer les mesures de prévention
- **Tt antalgique:** selon palier OMS selon EVA, majoration possible pendant les soins = utilisation de morphiniques si besoin
- **ATB :** seulement si infection avérée (clinique + paraclinique)
- **Traitement local +++ :** selon le stade de l'escarre :
 - **Stade I :** nettoyage au NaCl + détersion si besoin, puis pansement (pour bourgeonnement et épidermisation) : hydrocolloïde ou pansement gras.
 - **Stade II :** évacuation contenu phlyctène + nettoyage NaCl + préservation toit de phlyctène si possible. puis pansement hydrocolloïdes ou pansement gras.
 - **Stade III et IV :** nettoyage au NaCl détersion manuelle si plaie nécrotique ou fibrineuse \pm facilité par application d'hydrogel ou d'alginate pour obtention d'une ulcération propre et bourgeonnante au stade de bourgeonnement + épidermisation : pansements hydrocolloïdes ou pansements gras
 - **si bourgeonnement excessif :** dermocorticoïdes ou baton de nitrate d'argent.
- **Traitement chirurgical Indications limitées :**
 - nécrose tissulaire importante
 - exposition axes vasculo-nerveux, tendons, capsules articulaires, os
 - infection
 - sujet jeune ++
- **Theoriquement contre-indiquée :**
 - chez sujet âgé porteur escarres pluri-factorielles
 - en cas d'absence de mise en place/efficacité mesures prévention récidives

- en pratique à discuter au cas par cas

Complications respiratoires

Immobilisation => Syndrome restrictif + troubles de ventilations des bases => stase respiratoire à l'origine

Pneumopathies infectieuses +++ (cf item correspondant)

- **Diagnostic :**
 - **Clinique :**
 - Hyperthermie / toux productive / dyspnée
 - **Paraclinique**
 - **Radio Thoracique :**
 - Sd alvéolaire / interstitiel / excavation
 - **Antigénurie pneumocoque et légionnelle ++**

Atélectasie

- **Diagnostic = radio thoracique**
 - Opacité dense, homogène, sans bronchogramme
 - Systématisée: triangulaire à sommet hilaire et base périphérique.
 - Rétractile (=attraction du médiastin ou ascension d'une coupole)

Facteurs favorisant complications respiratoires :

- RGO, troubles de la déglutition, EP, coexistence traumatismes pariétaux, contexte paralytique (tétrapégie, polyradiculoneuropathie)

Prévention = lutte contre la stase bronchique et l'hypoventilation

- Kinésithérapie respiratoire (A savoir !) Quotidienne voire pluriquotidienne +++
- Techniques de modulation du flux expiratoire + toux contrôlée en position assise
- Postures spécifiques (procubitus et décubitus latéral)
- Mesures associées Hydratation suffisante +/- aérosolthérapie Fluidifiants bronchiques

Traitement

- **Pneumopathies infectieuses/d'inhalation :**
 - **Antibiothérapie probabiliste puis adaptée (cf item correspondant)**
- **Atélectasies:**
 - **fibro-aspiration** si échec de la kinésithérapie voire assistance ventilatoire

Complications locomotrices

Complications musculaires :

- Amyotrophie : appréciée via mesure circonférence musculaire (ex: quadriceps)
- Perte de force de contraction maximale : testing musculaire MRC
- Rétractions musculaires
- Diminution de la capacité d'endurance à l'effort
- **Prévention :**
 - **Kinésithérapie +++ :** mobilisations et étirements musculaires ciblés, renforcement musculaire
 - **Supplémentation protidique ++ en vit E,** en sélénium, en AG à chaînes moyenne et polyinsaturées

Complications osseuses = perte osseuse :

- Ostéoporose: hypertransparence / T-score < -2.5 DS (cf item correspondant)
- Hypercalcémie: Ca²⁺ > 2.6mmol/L, hypercalciurie, diminution PTH et 1,25-diOHD3 (cf item correspondant)
- Fractures: secondaires à l'ostéoporose, si chute ou remise en charge
- **Prévention :**
 - Kiné et verticalisation précoce +++++
 - Biphosphonates : que chez le blessé médullaire, aucune indication systématique en prévention
 - Supplémentations en vitamine D ou en calcium inutiles

Complications articulaires :

- Enraidissement articulaire : par érosion cartilagineuse et rétractions musculo-tendineuses
- Attitudes vicieuses : pieds en équin / fessum genou ou hanche par exemple
- **Prévention :**
 - positionnement correct patients alités : éviter positions segmentaires en flexion des MS et MI via structures modulaires en mousses.. kiné : mobilisations articulaires
 - Postures alternées ± orthèses de positionnement.
- => Désadaptation posturale et chutes

Complications urologiques

Immobilisation => Stase urinaire (résidu post-mictionnel) => :

- **Rétention urinaire aigue ou chronique (cf item correspondant)**
- **Lithiases (cf item correspondant)**
- **Infections urinaires (cf item correspondant) (nosocomiale = la plus fréquente).**
- **Prévention :**
 - diurèse abondante + apports hydriques abondants (1,5L/24h)
 - résidu post mictionnel à rechercher ++ palpation à la recherche d'un globe vésical et bladder-scan (échographie).
 - Alpha-bloquants si HBP
 - Sondages intermittents : auto ou hétéro-sondages +++
 - Proscrire au maximum la sonde urinaire à demeure et le cathé

Complications digestives

Constipation +++/Fécalome (cf item correspondant)

- fréquentes chez le sujet alité et d'autant + fréquent chez le sujet âgé
- Attention iatrogénie : codéine, morphine
- **Prévention :**
 - surveillance nb selles hebdomadaires,
 - verticalisation,
 - laxatifs osmotiques,
 - stimulation du réflexe de défécation si besoin : exonération par évacuation des selles au doigt via TR
 - apport hydrique suffisant

Reflux gastro-oesophagien:souvent insidieux (cf item correspondant)

- Prévention : position assise une heure après le repas ± accélérateur vidange gastrique

Fausse routes :

- recherche systématique chez personnes à risque (AVC, personnes âgées)
- **Prévention:**
 - Surveillance de la prise alimentaire
 - Adaptation diététique = adaptation textures des aliments : solides + liquides
 - Position 1/2 assise pendant les repas
 - Position de la tête en légère antéflexion
 - Maintien bonne hygiène dentaire (=> prévention des inhalations septiques + pneumopathies d'inhalation)

Complications neuro-psychologiques

Conséquences psychologiques :

- Dépression,
- anxiété,
- troubles du sommeil,
- désorientation spatio-temporelle...
- **Prévention :**
 - dépistage de ces troubles + tt adapté
 - réassurance + + +,
 - favoriser lien/communication soignant-patient.
 - soutien psychologique antidépresseurs si besoin
 - éviter au maximum les benzodiazépines, les hypnotiques, les neuroleptiques
 - repères spatio-temporels (calendrier + horloge au mur, télévision...)

Syndromes canaux compressifs (cf item correspondant)

- n. ulnaire (gouttière épitrochléo-olécrânienne)
- n. radial (gouttière humérale)
- n. sciatique (extrémité supérieure du fémur)
- n. fibulaire (col de la fibula)
- **prévention:**
 - mobilisation + installation correcte au lit

Douleurs ++

- **Multifactorielle** : neuropathique / musculaire / osseuse, etc.
- **Prévention** : dépistage installation correcte au lit
- **Prise en charge :**

- Paliers OMS selon EVA/EN pour les douleurs mécaniques.
- Antiépileptiques et antidépresseurs tricycliques si douleurs neuropathiques.

Complications infectieuses

Infections nosocomiales +++ (cf item correspondant)

- infections contractées dans les 48h suivant l'admission d'un patient dans un service hospitalier, fréquentes++ chez patient alité :
 - Urinaires +++ : 40%
 - Pulmonaires : 20%
 - Infections du site opératoire 15%
 - Infections liées au cathéter 15%
- **Prévention (cf item correspondant)**
 - **Mesures générales**
 - Hygiène: mesures générales : changer de blouse / ongles courts, etc
 - Lavage des mains: solution hydro-alcoolique (SHA) avant chaque patient
 - Antisepsie: désinfection des plaies / asepsie des gestes / matériels
 - Isolement ++ : septique ou protecteur / EPI (gants-masques-surblouse)
 - **Mesures spécifiques**
 - Infections urinaires : limiter sondages / asepsie à la pose / entretien / étui pénien>sondage / bladder scan > sondage aller-retour/auto-sondage vessies neurologiques limiter +++ les sondes urinaires à demeure et les cathéters sus-pubiens
 - Infections pulmonaires: limiter IOT / position 1/2 assise / entretien
 - Infections du site opératoire: ATBP péri-opératoire / asepsie / antisepsie
 - Infection sur cathéter: pose aseptique (antiseptique alcoolique) / changer toutes les 72/96h (periph) / pansement stérile transparent semi-perméable
- **Si BMR** : isolement technique et géographique
 - **Technique (« de contact »)**
 - port de gants +/- autres (surblouse, masque, etc)
 - SHA +++ / matériel individuel (stétho / tensiomètre, etc)
 - **Géographique**
 - chambre individuelle
 - limiter entrée/sortie des patients