

N°116. Complications de l'immobilité et du décubitus

- Prévention et prise en charge
- Expliquez les principales complications de l'immobilité et du décubitus
- Argumentez l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

► Statistiques

2014 = 0 ; 2013 = 0 ; 2012 = 0 ; 2011 = 0 ; 2010 = 0 ; 2009 = 0 ; 2008 = 0 ; 2007 = 0 ; 2006 = 0 ;
2005 = oui ; 2004 = 0.

► En quelques mots-clés

- Alitement
- Complication de décubitus
- Contention
- Station prolongée au sol
- Escarre
- Rhabdomyolyse
- Insuffisance rénale aigüe
- Maladie veineuse thrombo-embolique

Dix commandements

1. Tu éviteras les situations d'alitement abusif
2. Tu éviteras la contention physique
3. Tu éviteras les hospitalisations indues
4. Tu ne masseras pas les escarres
5. Tu penseras à la rhabdomyolyse et à l'insuffisance rénale aigüe en cas de station prolongée au sol (et donc tu doseras les CPK)
6. De principe, tu chercheras une TVP-EP mais sans doser les D-Dimères chez la personne âgée
7. Tu n'oublieras pas l'hypotension orthostatique
8. Tu ne confondras pas la désadaptation posturale avec le syndrome de glissement
9. Chez un patient confus, tu rechercheras systématiquement une démence sous-jacente
10. Tu penseras à la douleur et à son contrôle





Pense-bête thérapeutique

- + L'essentiel c'est la **PRÉVENTION** des complications de décubitus et donc la limitation au maximum de l'alitement.



Mon conseil

Question transversale par excellence, non spécifiquement gériatrique, simple, mais à bien connaître. « Tombable » dans n'importe quel dossier, la méconnaissance de son contenu peut coûter très cher !

Quand on est vieux, il y a des hauts
et des bas de contention.



La question

- **PAS** de complication de l'immobilité si **PAS D'ALIMENT = DONC ÉVICTION IMPÉRATIVE DE L'ALIMENT ABUSIF**, notamment dans les situations suivantes :
 - ▶ Thrombose veineuse profonde / EP (sans caillot flottant)
 - ▶ Hémiplégie récente
 - ▶ Fracture ilio et/ou ischiopubienne
 - ▶ Risque de chute
 - ▶ **CONTENTION** au lit (À ÉVITER de principe)

PRINCIPALES COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITÉ ET DU DÉCUBITUS

▶ Cutanéο-musculaires

• ESCARRES

- Définition : **NÉCROSE ISCHEMIQUE** en rapport avec une **COMPRESSION** forte et prolongée des parties molles supérieure à la pression capillaire
- **PLAIE** de forme conique à base Profonde du **DEDANS VERS LE DEHORS**
- Localisation : « top 3 » : **TALONS** (décubitus dorsal), région **SACRÉE** (décubitus dorsal, position assise), région **TROCHANTÉRIENNE** (décubitus latéral) et ischiatique (position assise)
- Facteurs **FAVORISANTS GÉNÉRAUX** (favorisent l'**HYPOXIE**)
 - ▶ **TOUJOURS PENSER À L'AOMI** (surtout si **DIABÈTE** et /ou **TABAC**)
 - ▶ **DÉNUTITION +++**
 - ▶ Fièvre
 - ▶ Anémie
 - ▶ Hypovolémie
 - ▶ Hypotension
 - ▶ Déshydratation
 - ▶ Insuffisance respiratoire

- Facteurs **FAVORISANTS SPÉCIFIQUES**
 - ▶ Neurologiques : troubles de la vigilance, **TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ** et/ou **DÉFICITS MOTEURS**
 - ▶ Mauvaise installation (attitude vicieuse sur spasticité, amyotrophie)
 - ▶ Support inadapté
 - ▶ **CISAILLEMENT** (transfert par glissement, massage traumatique = **JAMAIS FAIRE DE MASSAGE**)
 - ▶ **MACÉRATION**
- Stades
 - ▶ **LA NÉCROSE ISCHÉMIQUE DES TISSUS SUPERFICIELS EST SOUVENT MOINS ÉTENDUE QUE LA NÉCROSE DES TISSUS PROFONDS**
 - ▶ Stade 1 : **ÉRYTHÈME** avec œdème périphérique
 - ▶ Stade 2 : **ABRASION** ou **PHLYCTÈNE**
 - ▶ Stade 3 : plaque de **NÉCROSE** noirâtre, cartonnée, entourée d'une bordure érythémateuse. Souvent **NON DOULOUREUSE**
 - ▶ Stade 4 : **ULCÉRATION PROFONDE** avec perte de substance pouvant atteindre le muscle, l'os et l'articulation



Escarre sacrée stade 4

- Complications
 - ▶ **INFECTIEUSES**
 - Distinguer **COLONISATION BACTÉRIENNE CONSTANTE** de l'escarre et **INFECTION**
 - **ABCÈS** profond
 - **OSTÉITE**
 - Arthrite
 - Septicémie
 - **PREUVE BACTÉRIOLOGIQUE DIFFICILE** (prélèvement chirurgical)
 - ▶ Fistulisation
 - ▶ Complication de l'hospitalisation prolongée

- Prévention
 - ▶ **PLANIFICATION ÉCRITE** de la PEC
 - ▶ Évaluation du **RISQUE D'ESCARRE** par une échelle validée (type Braden)
 - ▶ **RÉDUCTION des DURÉES d'APPUI**
 - Verticalisation, reprise de la marche précoce
 - Changement de position toutes les 2 à 3 heures
 - Décubitus dorsal, décubitus latéral oblique à 30°
 - **PAS DE DECUBITUS LATÉRAL À 90°**
 - ▶ **ÉVICTION MACÉRATION** sur zone d'appui (soins d'hygiène)
 - ▶ **PAS DE MASSAGE APPUYÉ**
 - ▶ **SUPPORT ADAPTÉ** (statique ou dynamique type matelas à gonflement alterné d'air)
 - ▶ Prévention et prise en charge de la **DÉNUTRITION**
- Prise en charge
 - ▶ **SUPPORT ADAPTÉ** (type matelas à gonflement alterné d'air)
 - ▶ **PAS D'APPUI SUR L'ESCARRE +++**
 - ▶ Soins **D'HYGIÈNE**
 - ▶ **PAS D'ANTIBIOTIQUES** par voie **GÉNÉRALE** sauf situation particulière (escarre infectée documentée, matériel implanté....)
 - ▶ Soins **LOCAUX**
 - **PAS D'ANTIBIOTIQUES** par voie **LOCALE** sauf situation particulière (matériel implanté....)
 - Phase de nécrose
 - » Ramollissement : hydrogels
 - » Exision au bistouri (**DÉTERSION** complète)
 - Phase exsudative : débris fibrineux
 - » Lavage à l'eau non stérile
 - » Pansement absorbant : hydrocellulaires, hydrocolloïdes
 - Phase de bougonnement
 - » Plaie exsudative : pansement humide colloïde
 - » Plaie sèche : pansement gras
 - Phase d'épidermisation
 - » Pansements gras
 - » Pansements hydrocolloïdes
 - ▶ Chirurgie
 - Nécrose tissulaire étendue
 - Structures nobles exposées (axes vasculo-nerveux)
 - Mise à nu de l'os

- ▶ Prévention / prise en charge de la dénutrition
 - **FONDAMENTAL +++**
 - **DÉNUTRITION = ESCARRE**
 - **DÉNUTRITION = INFECTIONS (→ immunodépression)**
 - **DÉNUTRITION = SURMORTALITÉ +++**
 - Dépistage : MNA
 - État bucco-dentaire
 - Médicaments anorexigènes
 - Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j
 - Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j
 - **EHPAD : JEUN NOCTURNE < 12 HEURES**
 - Collation (16h)
 - Alimentation enrichie
 - Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)
 - Aides techniques et /ou humaines (ex : Hémiplégie)
- ▶ Prise en charge de la **DOULEUR** locale (type lidocaïne, prilocaïne), par voie orale (3 paliers de l'OMS) ou sédation consciente par MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote)
- ▶ **SAT - VAT**
- ▶ **SUIVI** avec **PLANIFICATION ÉCRITE** de la **PEC**
- ▶ **ÉDUCATION** du patient et de sa famille
- ▶ Organisation du retour à domicile : **PEC GLOBALE** multidisciplinaire

▶ **Cardiovasculaires**

- **Hypotension orthostatique**
 - Dans un contexte d'alitement = **DÉSADAPTATION CARDIOVASCULAIRE**
 - CAT générale devant une hypotension orthostatique

Devant une hypotension orthostatique : 3 VARIABLES À ÉVALUER

- 1. ↓ PA (↓ PAS de 20 mmHg)
- 2. FC : 2 possibilités
 - ▶ ↑ Sympathicotonique
 - Vasoplégie = vasodilatateurs
 - Hypovolémie = diurétiques
 - ▶ ↓ Asympathicotonique
 - Molécules bradycardisantes
 - Diabète
 - Syndrome parkinsonien : MPI, DCL, DCB, PSP, ASM*
 - Amylose
- 3. Symptômes : perte de connaissance brève ?

*ASM : Atrophie systématisée multiple ; DCB : Dégénérescence corticobasale ; DCL : Démence à corps de Lewy ; MPI : maladie de Parkinson idiopathique ; PSP : paralysie supranucléaire progressive.

• Maladie veineuse thromboembolique

Toujours penser à l'EP devant une dyspnée aiguë ou un malaise d'autant plus que l'auscultation pulmonaire et la radiographie thoracique sont normales.

- Pathogénie : triade de Virchow : stase veineuse, hypercoagulabilité, lésion pariétale
- Facteurs de risque
 - ▶ Transitoires : immobilisation prolongée, traumatisme, chirurgie
 - ▶ Permanents
 - Âge
 - **ATCD TVP / EP**
 - Thrombophilie constitutionnelle : mutation Leiden FV, déficit protéine C, protéine S, AT3, mutation II G20210A
 - Thrombophilie acquise : SAPL
 - À part : hyperhomocystéinémie (↓ vitamine B9, ↓ vitamine B12, mutation MTHFR)
 - Cancer
 - Maladie inflammatoire

- Pathologies cardiorespiratoires (BPCO)
- Médicaments (contraception oestro-progestative, THS)
- Obésité
- Clinique : **SIGNES PEU SPÉCIFIQUES ET PEU SENSIBLES**
 - ▶ TVP
 - **CARACTÈRE BRUTAL ET UNILATÉRAL**
 - DOULEUR mollet spontanée et/ou provoquée
 - HOMANS
 - OEDEME ferme ne prenant pas le godet
 - Dilatation veineuse superficielle non variqueuse
 - Perte du ballotement du mollet
 - Signes inflammatoires locaux
 - Forme particulière : phlébite bleue = **URGENCE** car ischémie artérielle associée
 - ▶ EP
 - Symptômes : douleur thoracique (pleurale), dyspnée aiguë, toux, **SYNCOPE** (serait plus fréquente chez les sujets âgés), **ANXIÉTÉ**
 - Signes
 - » tachypnée, tachycardie, cyanose, hémoptysie **AUSCULTATION PULMONAIRE NORMALE** ou subnormale
 - » État de choc d'emblée
 - » « Cœur droit aigu » : hépatalgie (peut mimer un syndrome abdominal chirurgical)
- Stratégies diagnostiques
 - ▶ Score de probabilité clinique
 - WELLS (TVP et EP)/ GENEVE (EP)
 - 3 niveaux de probabilités : forte, intermédiaire, faible
 - ▶ Examens complémentaires
 - D-Dimères
 - **< 75 ans +++**
 - Bonne VPN si score de probabilité faible ou intermédiaire
 - **SI PROBABILITÉ CLINIQUE FORTE NE PAS FAIRE LES D-DIMÈRES MAIS :**
 - » ÉCHO VEINEUSE si TVP
 - » ANGIOSCANNER PULMONAIRE SI EP
 - ▶ Echodoppler - veineux (pulsé + couleur) des membres inférieurs (TVP)
 - Examen de **RÉFÉRENCE**
 - Se et Sp proche de 100 % en sus-poplité (examen plus difficile en sous-poplité)
 - Renseignements **TOPOGRAPHIQUES ET HEMODYNAMMIQUES**