

Principales complications de l'immobilité et du décubitus

V. Peigne
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les complications du décubitus sont nombreuses, fréquentes et peuvent avoir des conséquences dramatiques. Elles ont été décrites depuis presque 50 ans. Il est important de les prévenir, de les repérer rapidement et de les traiter le plus tôt possible. Elles ont la particularité de s'auto-aggraver et de s'enchaîner, pouvant réaliser un véritable cercle vicieux.

COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES

- *Les plus redoutées sont les accidents thrombo-emboliques.* C'est une complication classique et fréquente de la période post-opératoire, surtout en cas de chirurgie pelvienne ou orthopédique. En milieu médical, les facteurs de risque de complication thrombo-embolique sont l'existence d'une maladie infectieuse aiguë, d'un cancer et un âge supérieur à 75 ans. La déshydratation est probablement un facteur favorisant. Les mesures préventives sont physiques par mobilisation, et médicamenteuses à l'aide des héparines de bas poids moléculaire lorsque la fonction rénale le permet. Une étude de bonne qualité méthodologique a montré que l'administration quotidienne par voie sous-cutanée de 40 mg d'énoxaparine permet de faire diminuer l'incidence des événements thrombo-emboliques de 15 à 5 %.
- *Le décubitus prolongé* peut aussi entraîner une désadaptation à l'effort avec des modifications du muscle squelettique susceptibles d'aggraver une insuffisance cardiaque préexistante.

COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

- *L'encombrement bronchique* est favorisé par l'immobilisation, pouvant même aboutir à la formation d'atélectasies.
- *S'agissant des infections respiratoires basses*, une étude de surveillance de cohorte menée dans des centres de long séjour montre que l'immobilité est un facteur favorisant avec un risque multiplié par 2,6. La mobilisation des patients avec installation en position semi-assise semble donc un élément de prévention de ces infections, au même titre que la vaccination anti-grippale.
- *Une attention toute particulière doit être accordée aux situations de nutrition entérale* par sonde gastrique. Il faut être vigilant quand à la position de la sonde qui doit être vérifiée avant chaque utilisation. De plus, l'alimentation doit être délivrée en proclive entre 30 et 45°, et idéalement en administration continue.

COMPLICATIONS URINAIRES ET DIGESTIVES

- *L'incontinence urinaire et fécale* est associée à l'immobilité ainsi qu'à l'existence d'un déclin cognitif. Sa prévention repose principalement sur une prise en charge paramédicale comprenant un interrogatoire régulier des patients afin de savoir s'ils ressentent un besoin et leur proposer de les

accompagner aux toilettes. Il convient d'éviter de mettre des protections à des patients continents et de ne pas sonder abusivement les patients.

- *A l'inverse, le décubitus peut faciliter la formation d'un fécalome ou d'un globe vésical*, pouvant n'avoir pour seule manifestation clinique qu'un syndrome confusionnel. Les mesures préventives sont le maintien d'un état d'hydratation satisfaisant et l'utilisation de laxatifs. Les morphiniques et les anticholinergiques majorent les risques de rétention. Une surveillance régulière des résidus post-mictionnels doit être instaurée au moindre doute. Elle peut être réalisée par l'utilisation d'échographes type « bladder scan » permettant de mesurer au lit du malade le volume de la vessie, limitant ainsi le risque d'infections urinaires iatrogènes sur sondages itératifs.

- *Une anorexie* est fréquente, avec pour conséquence l'instauration ou la majoration d'une dénutrition. Elle peut être secondaire à un syndrome dépressif ou refléter une pathologie organique (ulcère gastro-duodénal, constipation).

COMPLICATIONS CUTANÉES

- *Les escarres* peuvent apparaître en quelques heures, surtout en cas de dénutrition. Il faut rechercher les facteurs de risque tels qu'un antécédent d'escarre, une perte de poids, des difficultés d'alimentation ou la présence d'une perfusion intraveineuse. L'apparition des escarres peut être prévenue par une mobilisation régulière du patient avec changement de position éventuellement associée à l'utilisation de matelas adaptés et par une prise en charge nutritionnelle. La disponibilité des équipes soignantes est capitale. La prise en charge d'une escarre est avant tout préventive.

COMPLICATIONS RHUMATOLOGIQUES

- *Les complications ostéo-articulaires* du décubitus contribuent à pérenniser celui-ci. Ce sont l'amyotrophie, l'enraidissement des articulations et les rétractions tendineuses. Leur prévention repose sur la kinésithérapie motrice passive et active. L'immobilité prolongée favorise également l'ostéoporose.

- *A l'extrême on peut observer un syndrome de régression psychomoteur* avec des troubles posturaux statiques, comme lorsqu'un patient glisse alors qu'il est assis, et dynamiques comme la rétropropulsion. Ils sont associés éventuellement à des troubles psycho-comportementaux, comme un ralentissement psychique, des troubles mnésiques, et un entretien de la dépendance par clinophilie.

- *De toutes les mesures préventives*, la plus efficace semble être la mobilisation précoce des patients par une mise au fauteuil, une verticalisation, voire la marche avec aides. Il ne faut pas perdre de temps pour verticaliser le patient, surtout dans les suites d'une chute notamment en l'absence de lésion orthopédique instable. L'immobilité ne doit être tolérée que dans certaines situations extrêmes comme lors d'un syndrome coronarien aigu, d'une embolie pulmonaire massive, d'une insuffisance respiratoire aiguë, ou de suites opératoires avec appui interdit. Dans les autres cas, cette immobilité est un des symptômes de la polyopathie du patient et doit être prise en compte dans la stratégie thérapeutique. Néanmoins se contenter de faire mettre le patient au fauteuil est insuffisant. Des mesures spécifiques comme la prescription d'héparines de bas poids moléculaire, d'un matelas anti-escarre, de laxatifs, d'une kinésithérapie motrice, sont à adopter selon le contexte clinique sans pour autant négliger les mesures générales applicables à chaque patient. Ces mesures comprennent une hydratation et une nutrition satisfaisantes et une évaluation du rapport bénéfices/risques de toute prescription médicamenteuse. Il ne faut toutefois pas être excessif dans les prescriptions de mise au fauteuil et de kinésithérapie. Cela peut représenter une véritable épreuve pour le patient, aussi bien physique que morale. Le patient doit être informé et encouragé. Il importe de trouver un équilibre entre le repos au lit, l'installation au fauteuil et la kinésithérapie.

Enfin, il est capital d'éviter toute contention physique passive qui augmente le risque de survenue de complications de décubitus. Elle est difficilement acceptable éthiquement et est responsable d'une morbidité importante, facilitant la survenue d'escarres, de lésions traumatiques, d'infections nosocomiales, d'agitation, de confusion voire de décès par strangulations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Asher R. The danger of going to bed. *Brit Med J.* 1947;ii : 967-968.
2. Alikhan R, Cohen AT, Combre S, Samama M, Desjardins L, Eldor A et al. Risk factors for venous thromboembolism in hospitalized patients with acute medical illness. *Arch Intern Med.* 2004 ; 164 : 963-968.
3. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, Desjardins L, Eldor A, Janbon C et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *New Eng J Med.* 1999 ; 341 : 793-800.
4. Jondeau G, LeJemtel TH. Modifications extracardiaques dans l'insuffisance cardiaque, in Godeau P, Herson S, Piette JC (eds). *Traité de médecine*, 3ème édition, Flammarion, Paris, 2004 ; 641-647.
5. Loeb M, McGeer A, McArthur M, Waletzky S, Simor AE. Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long-term care facilities. *Arch Intern Med.* 1999 ; 159 : 2058-2064.
6. Chassagne P, Bentot-Levasseur C, Druesne L, Bercoff E, Doucet J. Pathologie pulmonaire infectieuse du sujet âgé vivant en institution : prévention. *Rev Mal Respir.* 2002 ; 19 : 627-632.
7. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology.* 2004 ; 126 : S41-S47.
8. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G et al. The national pressure ulcer long-term care study : pressure ulcer development in long-term care residents. *J Amer Geriatr Soc.* 2004 ; 52 : 39-367.
9. Bliss MR. The rationale for sitting elderly patients in hospital out of bed for long periods is medically unsubstantiated and detrimental to their recovery. *Med Hypoth* 2004 ; 62 : 471-478.
10. ANAES. Evaluation des pratiques dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000.