

LE SYNDROME D'IMMOBILISATION

Fiche ressource PREVENIR ET LIMITER LES CONSEQUENCES

L'immobilisation est toujours néfaste pour le sujet âgé. Le risque de survenue de complications de décubitus et de troubles psychologiques est majeur. Des soins inadaptés sont souvent responsables d'une immobilisation indue, en particulier chez les grands vieillards. Ce problème se rencontre aussi bien au domicile qu'à l'hôpital.

I - CIRCONSTANCES NÉCESSITANT IMPÉRATIVEMENT UN ALITEMENT

Les circonstances nécessitant impérativement un alitement sont peu nombreuses :

- **Fractures** du bassin en période douloureuse, du col fémoral non opérées et instables,
- **Thrombose veineuse profonde** en début de traitement ou en cas de douleurs persistantes.
- **Coma ou troubles importants de la vigilance.**
- **Hémiplégie récente** avec troubles du tonus du tronc et/ou de la vigilance.
- **Fièvre importante.**
- **Hypotension ou état de choc.** (L'état de choc se définit par un manque d'oxygène aux organes vitaux. Une baisse de la tension artérielle ainsi que la chute du débit cardiaque sont les principales causes de ce manque d'oxygène).
- **Décompensation cardiaque et respiratoire aiguë.** (conséquence de l'insuffisance cardiaque, cette décompensation peut se traduire par une *majoration des œdèmes* déjà existants et la survenue d'un *œdème du poumon* (qui se manifeste par un *essoufflement majeur et une sensation d'étouffement* aiguë, avec un risque d'asphyxie et d'arrêt cardiaque).

Le syndrome d'immobilisation

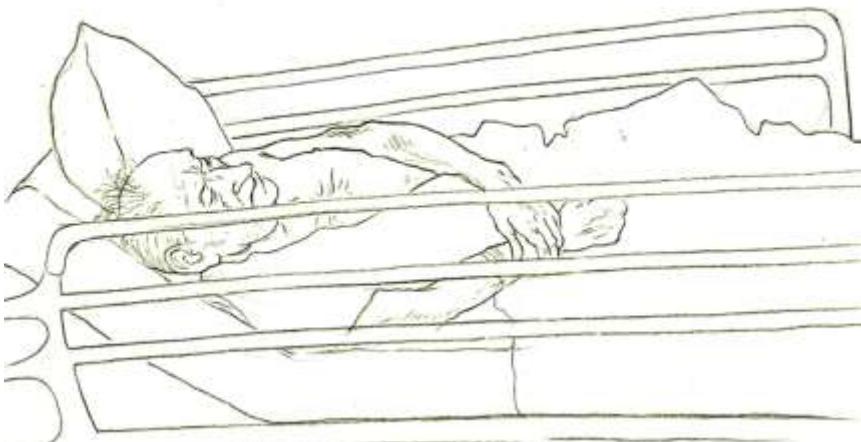
Ensemble des détériorations musculaires, ostéoarticulaires, cutanées, neurologiques, psychiques, viscérales et métaboliques dues à un alitement prolongé et à la suppression des activités quotidiennes. Ces détériorations peuvent s'installer en quelques jours.

Sans intervention, un état grabataire s'installe.

Etat grabataire

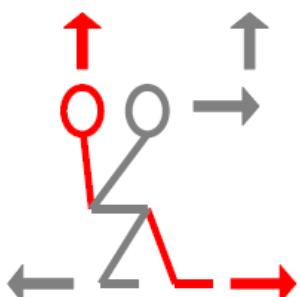
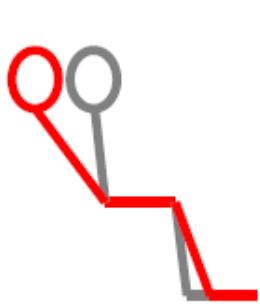
« Grabat » = un mauvais lit.

Est grabataire une personne qui ne quitte pas spontanément son lit. C'est l'affection nosocomiale la plus fréquente chez les P.A de plus de 65 ans



II - CAUSES D'IMMOBILISATION

A. LE SYNDROME DE RÉGRESSION PSYCHOMOTRICE



- ⇒ Attitude rigide, le buste en arrière, le bassin en antépulsion.
- ⇒ Le maintien au fauteuil est difficile, le patient glisse.

- ⇒ Forte rétropulsion.
- ⇒ Ne peut se pencher en avant.
- ⇒ Il a une phobie du vide et attire le soignant dans sa tendance à la chute

- ⇒ Il tremble de tous ses membres lorsqu'on le lève.
- ⇒ Disparition des réactions normales d'équilibration à la poussée

Attitude de l'aide :

⇒ **Maintenir par une ceinture pelvienne**

⇒ **Se positionner derrière la personne en parade**
⇒ **Et proposer un déambulateur**

⇒ **Utiliser la technique Redressement assis frontal.**

B. LE SYNDROME DE GLISSEMENT

Le terme de glissement a été utilisé en 1967 par P. Graux pour désigner la modification du comportement de certaines personnes très âgées. Ce changement se caractérise par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter. Le plus souvent cette pathologie est consécutive à une maladie ou un accident.

Il associe mutisme, refus alimentaire total, ballonnement abdominal avec occlusion intestinale incomplète, rétention urinaire et manifestations de régression psychomotrice. Il faut réagir vite car il peut conduire les personnes âgées à la mort.

C. CAUSES ABUSIVES

A l'hôpital Les perfusions limitent considérablement la mobilité. Le patient est souvent maintenu au lit pour éviter les chutes ou les déambulations. Le confinement en chambre ou au lit, l'interdiction formelle de se lever et de marcher, les barrières installées la nuit voire le jour, les couches placées abusivement contribuent à induire une pathologie d'immobilisation.

A domicile des situations analogues peuvent se rencontrer. Un logement inadapté, l'absence d'aides techniques, des familles trop aimantes et anxieuses, et les personnes âgées se voient privées de leur liberté de marcher et sont confinées au lit ou au fauteuil de peur "qu'il n'arrive quelque chose".

III RETENTISSEMENT DE L'IMMOBILISATION SUR L'ORGANISME

1. RETENTISSEMENT CARDIO-VASCULAIRE

- **L'hypotension orthostatique** apparaît dès les premiers jours de l'alitement (chute de la pression artérielle lors du passage en position debout et se traduit par une sensation de malaise après un lever brutal ou un alitement prolongé).
- **Troubles thromboemboliques** précoces et graves (embolie pulmonaire, ..) ;

2. RETENTISSEMENT BRONCHOPULMONAIRE

Diminution du tonus des muscles respiratoires, ce qui entraîne une stase (stagnation) de sécrétions bronchiques

3. MANIFESTATIONS DIGESTIVES

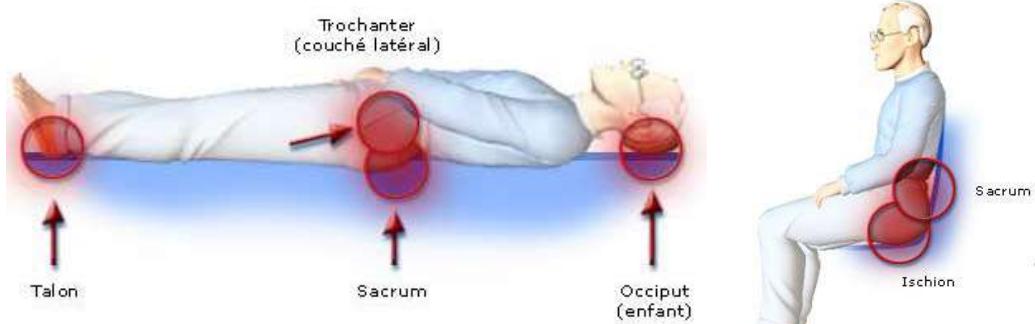
Anorexie ; gastrite ; ulcère provoqué par un RGO (reflux gastro-œsophagien) ; constipation ; fécalome (Accumulation de matières fécales plus ou moins déshydratées dans la partie terminale de l'intestin)

4. MANIFESTATIONS URINAIRES

Infection urinaire (à cause de la stase urinaire, de l'immobilité, du sondage urinaire) ; rétention urinaire ; incontinence

5. ESCARRES

Nécrose cutanée et sous cutanée d'origine ischémique, qui survient par compression prolongée entre un plan dur et une proéminence osseuse

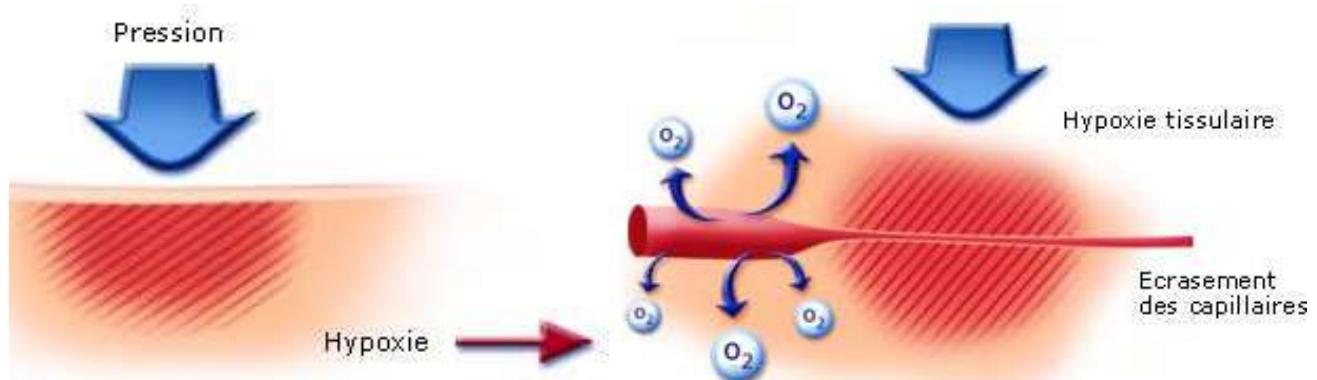


6. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE

Sujet immobile, dépendant ; sentiment d'isolement ; sentiment de proximité de la mort ; grande instabilité émotionnelle ; modifications de la perception temporo-spatiale ; risque fort de dépression réactionnelle.

FORMATION D'UNE ESCARRE

<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-escarre-la-peau-qui-se-necrose-193.asp?1=1#>



Suite à une position prolongée assise ou allongée, le poids du corps applique une pression sur les vaisseaux sanguins situés sous la peau entraînant une diminution de l'apport en oxygène aux tissus cutanés. Si cet écrasement des tissus persiste, une plaie appelée escarre peut apparaître en seulement quelques heures.

L'escarre est une plaie grave car elle peut se creuser jusqu'à atteindre les muscles parfois jusqu'à l'os et mettre des mois à cicatriser. Des soins douloureux et fréquents sont nécessaires pour cicatriser.

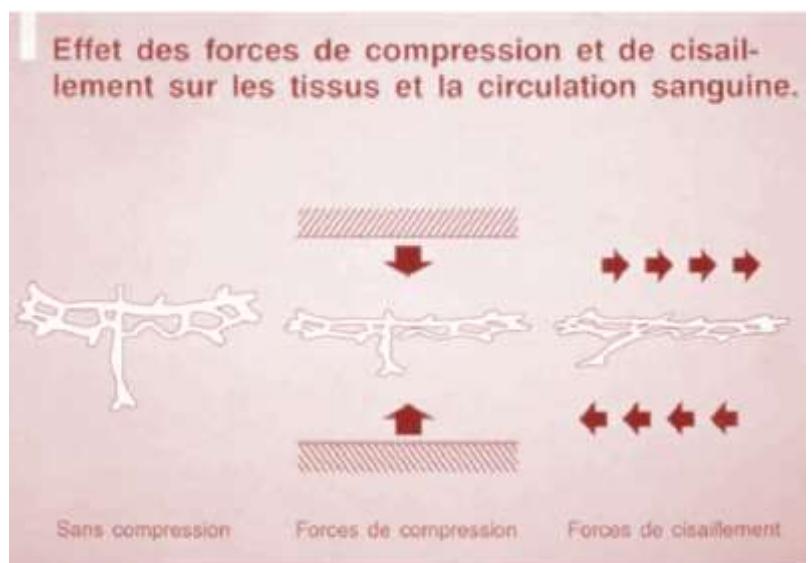
L'apparition d'une rougeur persistante sur la zone d'appui est le tout premier signe d'escarre. Il faut donc observer les zones à risque pour repérer les rougeurs et palper légèrement la peau pour évaluer sa souplesse et une éventuelle réaction douloureuse.

Deux facteurs principaux :

- Pression prolongée
- Forces de cisaillement

Deux facteurs aggravants :

- Frottements
- Macération



UN TEST SIMPLE EXISTE POUR IDENTIFIER LES ROUGEURS PERSISTANTES :

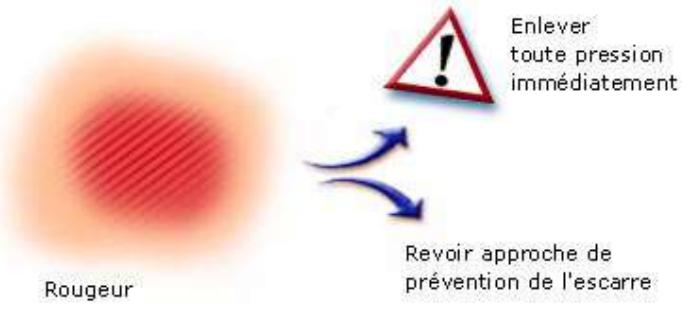
La détection précoce d'une escarre en formation (stade 1) ne demande pas de compétences médicales.

Appliquer une légère pression avec le doigt sur la zone de rougeur,

- Si une marque blanche apparaît et se recolore, il n'y a pas d'escarre en formation.
- Si la peau reste rouge, vous êtes en présence d'un début d'escarre (stade I) qui peut se poursuivre par l'ouverture d'une plaie. Il faut alerter l'équipe soignante de cette rougeur.

Une rougeur apparaît

L'apparition de rougeur sur une zone d'appui ou une modification de l'état général (fièvre, déshydratation, arrêt de l'alimentation, sudation importante ou incontinence) doivent être signalées rapidement à l'infirmière ou au médecin afin d'adapter la stratégie de prévention de l'escarre car cela peut augmenter le risque de survenue d'escarre.



La prévention

L'effleurage consiste à masser sans appuyer sur la peau. Son objectif est de : favoriser la micro vascularisation cutanée (circulation du sang dans les très fins vaisseaux sanguins de la peau), permettre l'observation des points d'appuis.



Il est pratiqué sur les zones à risques pour le patient concerné (talons, trochanters, sacrum ou ischions le plus souvent). L'effleurage est indiqué pour des patients alités ou assis avec appuis prolongés, ou des patients présentant une diminution de la vascularisation, de la mobilité ou la sensibilité.

L'effleurage est contre-indiqué dans les cas suivants :

- ✚ zones présentant des lésions cutanées (exemple : dermatoses infectieuses),
- ✚ zones cutanées inflammatoires,
- ✚ érythème persistant à la pression (c'est une escarre de stade 1 : il convient d'arrêter les effleurages qui risqueraient d'aggraver la lésion existante)

Les gestes à ne pas faire

- Ne jamais frotter énergiquement ou masser à pleine main les zones à risque.
- Ne pas déplacer la personne en la faisant glisser sur son lit : cela provoque frottements et cisaillements de la peau. Il faut soulever la personne, au besoin en utilisant un drap.
- Éviter le glissement du patient dans son lit : les plis des draps peuvent suffire pour traumatiser la peau.
- Éviter tout changement de température brutal sur les zones à risque : proscrire le chauffage avec un sèche-cheveux par exemple ou les massages avec des glaçons.
- Éviter le contact prolongé avec des objets qui pourraient blesser : fermetures, boutons, sonde urinaire...

✚ 3 Heures : Le temps d'apparition d'une escarre après une immobilité prolongée sur une chaise ou un fauteuil.

✚ Une escarre se développe rapidement, passant parfois en quelques heures du stade 1 (rougeur) au stade 3 ou 4 (escarre profonde).

Le pédiluve au fauteuil en Photos

◆ Toilette des pieds et prévention des escarres



Préparation des soins position ergonomique du soignant sur les talons ou en chevalier servant
Un drap est installé afin de préserver la pudeur du patent



Bien sécher entre les orteils pour éviter l'apparition de rougeurs ou de mycoses



Prévention des escarres

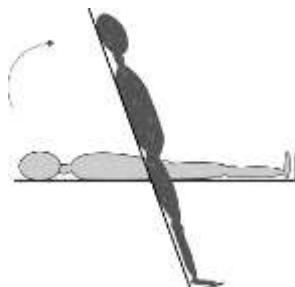
Technique de l'effleurage : massage circulaire pendant une minute dans le sens de la circulation sanguine



LES AIDES À LA POSITION DEBOUT

Table de verticalisation

⇒ permet de passer de la position allongée à debout



Verticalisateur- Vertistatique

⇒ permet de passer de la position assise à debout



VERTICALISATEUR DE TRANSFERT



Utilisation : Transfert en position assise: du lit à la chaise, au fauteuil ou aux toilettes

LA PREVENTION DE L'ESCARRE



Les matelas

Les coussins



Les coussins de positionnement

L'utilisation de **coussins de positionnement** permet de caler la personne alitée en variant sa position.

Ils se déclinent en de nombreuses formes, selon les zones à soulager : hanches, abduction, latéralisation, talon etc. : coussin universel, coussin triangulaire, coussin demi lune, coussin de décharge talonnière, coussin de décubitus latéral, coussin Semi Fowler, coussin bouée, coussin cylindrique, coussin d'abduction triangle, talonnière botte, talonnière fond de lit...



Les talonnières

Le talon est une zone sensible à l'apparition d'escarres chez la personne âgée.

Des **talonnières** spécifiques permettent de soulager ce point de pression et de prévenir l'apparition potentielle d'escarre. Selon le niveau de risque d'escarres, les **talonnières** se déclinent en plusieurs modèles, de la



talonnière botte à la talonnière de fond de lit, en passant par la talonnière de décharge totale du talon.



Pouvez-vous répondre aux questions ci-dessous ?

1. Citer les situations qui nécessitent impérativement une immobilisation du sujet âgé.
2. Citer des causes abusives d'immobilisation aiguë ou chronique du sujet âgé.
3. Décrire les conséquences de l'immobilisation sur l'organisme du sujet âgé et les pathologies liées à l'immobilisation.
4. Décrire la régression psychomotrice et les conséquences sur la marche
5. Décrire les mesures préventives à mettre en œuvre au cours de l'immobilisation du sujet âgé.
6. Décrire les mesures de tous ordres visant au confort des personnes grabataires.

