

Chapitre 9 - Syndrome d'immobilisation

Plan du chapitre

1. Circonstances nécessitant impérativement un alitement

2. Causes d'immobilisation

Syndrome de régression
Syndrome de glissement
Causes abusives

3. Retentissement de l'immobilisation sur l'organisme

Retentissement cardio-vasculaire
Retentissement broncho-pulmonaire
Retentissement digestif
Retentissement urinaire
Escarres ou plaies de pression
Retentissement ostéo-articulaire et musculaire
Retentissement psychologique

4. Prévention des complications de l'immobilisation

Les principes généraux
La prévention des complications hémodynamiques et thrombo-emboliques
Les apports nutritionnels
Les mesures hygiéno-diététiques
La prévention des escarres
La prévention de l'enraidissement articulaire
Autres mesures

5. Conclusion

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 induite, en particulier chez les grands vieillards. Ce problème se rencontre aussi bien au domicile qu'à l'hôpital. Il est impératif de limiter au maximum les indications de l'immobilisation des personnes âgées. En cas de maladie aiguë et a fortiori de maladies chroniques avec handicap moteur, il faut limiter au maximum l'immobilisation et si possible l'éviter.

La prévention des complications de décubitus et de la dépendance physique et psychique induites par l'immobilisation est un objectif prioritaire dans la prise en charge des patients âgés.

1. Circonstances nécessitant impérativement un alitement

Les circonstances nécessitant impérativement un alitement sont peu nombreuses :

■ Fractures

- fracture du bassin en période douloureuse,
- fracture du col fémoral non opérées et instables,
- montages orthopédiques ne permettant pas l'appui immédiat.

■ **Thrombose veineuse profonde** avec ou sans suspicion d'embolie pulmonaire en début de traitement ou en cas de thrombus mobile et 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.

■ **Décompensation cardiaque et respiratoire** aiguë.

2. Causes d'immobilisation

L'apparition d'un syndrome d'immobilisation est consécutive à un alitement ou simplement une réduction d'activité liée à un de ces états pathologiques mais aussi à d'autres événements (deuil, déménagement de proches, contrariétés diverses).

Les syndromes de régression psychomotrice et de glissement en constituent souvent la première étape et doivent être repérés précocément.

Deux tableaux ont été bien individualisés chez la personne âgée :

2.1 Le syndrome de régression psychomotrice

Le syndrome de régression psychomotrice associe des troubles posturaux statiques et dynamiques à une composante psycho-comportementale, réalisant un tableau très particulier :

- En position assise, le patient a une attitude rigide, le buste en arrière, le bassin en antépulsion. Le maintien au fauteuil est difficile, le patient glisse et devra être maintenu.
- La marche est rendue impossible par une forte rétropulsion et une astasie-abasie. Le patient ne peut se pencher en avant. Il a une phobie du vide et attire le soignant dans sa tendance à la chute ("planche à voile"). Il tremble de tous ses membres lorsqu'on le lève. Il existe une hypertonie réactionnelle à la mobilisation passive et une disparition des réactions normales d'équilibration à la poussée.
- L'examen neurologique ne trouve aucun élément extra-pyramidal, cérébelleux ou vestibulaire. On ne trouve aucun signe pouvant évoquer un état multi-lacunaire (rire et pleurer spasmodique, troubles de déglutition...).
- Un ralentissement idéatoire, une diminution de la capacité d'initiative, des troubles de la mémoire et une recherche de la dépendance (clinophilie, demande de couches, incapacité de manger seul, langage enfantin...) sont souvent retrouvés.

2.2 Le syndrome de glissement

Le syndrome de glissement s'installe après un intervalle libre succédant à une pathologie aiguë guérie et dont il ne subsiste plus de signes cliniques ou biologiques. Il associe mutisme, refus alimentaire total, météorisme abdominal avec subocclusion, rétention urinaire et manifestations de régression psychomotrice. Il ne réagit pas toujours aux anti-dépresseurs et peut

conduire les personnes âgées à la mort si la prise en soins multidisciplinaire de l'équipe gériatrique n'est pas mise en oeuvre rapidement et efficacement.

2.3 Causes abusives

Certaines causes doivent être évitées et l'installation de tels syndromes peut être qualifiée d'abusives :

■ A l'hôpital

A l'hôpital, les causes les plus fréquentes d'immobilisation abusives sont consécutives à l'hospitalisation dans des structures inadaptées. 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

A domicile, des situations analogues peuvent se rencontrer. Certaines personnes âgées, encadrées par des familles trop aimantes et anxieuses, se voient privées de leur liberté de marcher et sont confinées au lit ou au fauteuil de peur "qu'il n'arrive quelque chose". Les troubles moteurs des maladies neurologiques ou orthopédiques qui rendent la marche spontanée impossible, difficile ou douloureuse, n'obligent pas au maintien systématique au lit. Elles nécessitent l'installation au fauteuil avec positionnement adapté des membres inférieurs et une mobilisation passive.

3. Retentissement de l'immobilisation sur l'organisme

3.1 Retentissement cardio-vasculaire

- L'hypotension orthostatique apparaît dès les premiers jours de l'alitement.

Elle est liée à plusieurs mécanismes souvent associés :

- diminution du tonus musculaire des membres inférieurs qui entraîne une stase veineuse dans la partie inférieure du corps lors du passage en orthostatisme,
 - désadaptation des réflexes neuro-vasculaires,
 - existence fréquente de varices,
 - diminution de sensibilité des barorécepteurs carotidiens,
 - traitements hypotenseurs, neuroleptiques, diurétiques,...
- Le décubitus prolongé entraîne une désadaptation cardio-vasculaire. La diminution des résistances artérielles périphériques entraîne une augmentation réflexe de 30 % du débit cardiaque liée à une augmentation du volume d'éjection systolique et de la fréquence cardiaque.
- La maladie thrombo-embolique veineuse est une complication grave de l'alitement. Elle est favorisée par l'immobilisation et la stase, l'augmentation de la viscosité sanguine qu'elle induit. La déshydratation est un facteur de risque de même que les varices, l'insuffisance respiratoire et les antécédents de maladie thrombo-embolique. Une chirurgie orthopédique ou prostatique récente, une néoplasie abdominale ou pelvienne, constituent des facteurs de risque complémentaires de thrombose alourdissant la mortalité des sujets âgés alités.

3.2 Retentissement bronchopulmonaire

Le décubitus réduit le tonus des muscles respiratoires (en particulier du diaphragme), entraîne une diminution de l'amplitude des mouvements pulmonaires et favorise la stase des sécrétions bronchiques. La déshydratation majore ce phénomène, le tout conduisant aux infections bronchopulmonaires. Les atélectasies des bases, les embolies pulmonaires de symptomatologie atypique et les troubles de la déglutition sont des causes d'infection du

parenchyme pulmonaire. Les broncho-pneumonies se caractérisent par une dyspnée et un encombrement bronchique majeur. Les signes en foyer sont absents dans 30 % des cas. La broncho-pneumopathie des patients alités a souvent une topographie assez caractéristique. Elle se situe préférentiellement du côté droit et se limite aux segments postérieur du lobe supérieur, et apical du lobe inférieur.

Le risque de décompensation respiratoire est accru chez les sujets aux grandes déformations thoraciques (cypho-scoliose) et ceux ayant des antécédents de broncho-pneumopathie obstructive chronique, d'asthme ou de pneumoconioses.

3.3 Retentissement digestif

- L'anorexie est un symptôme préoccupant lorsqu'elle apparaît chez le sujet âgé hospitalisé et immobilisé. Elle est liée :
- à un syndrome dépressif entretenu par le maintien au lit
 - dans plus de 50 % des cas à une gastrite ou un ulcère gastroduodéal indolore à rechercher systématiquement par endoscopie.
 - très souvent à l'existence d'un syndrome inflammatoire qui accompagne toutes les pathologies infectieuses ou ischémiques. Les cytokines (IL1, TNF) sécrétées agissent directement sur les aires concernées du système nerveux central.
 - à la constipation (cause et conséquence).
 - à un facteur iatrogène médicamenteux.
- La constipation, déjà fréquente chez le sujet âgé est majorée par :
- l'immobilité, en particulier l'inaction des muscles abdominaux qui diminue le péristaltisme intestinal,
 - l'hydratation insuffisante,
 - les médicaments ralentissant le transit, en particulier les anticholinergiques,

- les facteurs environnementaux limitant les possibilités de défécation : accès à la sonnette, délai de réponse des soignants, inconfort du bassin.

Si elle n'est pas dépistée et traitée à temps, la constipation favorise la constitution de fécalome.

- Le fécalome peut se manifester chez le sujet âgé par des tableaux cliniques particuliers :
 - fausses diarrhées,
 - subocclusion ou occlusion intestinale,
 - syndrome confusionnel (toujours penser à un fécalome chez un patient âgé confus !),
 - rétention d'urines aiguë ou chronique, à rechercher systématiquement par l'examen clinique le sondage post-mictionnel, ou l'échographie,
 - incontinence urinaire dont le mécanisme est double : mictions par regorgement sur rétention vésicale ou instabilité vésicale par irritation locale,
 - thromboses veineuses pelviennes.
- La dénutrition protéino-énergétique résulte des conséquences digestives de l'immobilisation et de l'hypercatabolisme induit par l'immobilisation et le syndrome inflammatoire. Si elle n'est pas reconnue et traitée à temps, la dénutrition favorise la déshydratation, les infections nosocomiales et la fonte musculaire, source de troubles de la marche et de chutes.

3.4 Retentissement urinaire

- Les infections urinaires sont favorisées par la réduction de mobilité, la position horizontale, le mauvais état général et les sondages urinaires. Il s'agit le plus souvent d'infections urinaires parenchymateuses (pyélonéphrites, prostatites) dues à la stase vésicale et à la déficience du dispositif antireflux vésico-urétéral.
- Les rétentions urinaires sont fréquentes dans les deux sexes.

- Elles surviennent souvent à bas bruit,
- sont entretenues par la constipation, un fécalome, ou un adénome prostatique préexistant,
- sont aggravées par les traitements diurétiques anticholinergiques,
- et se manifestent par des symptômes atypiques : anorexie, syndrome confusionnel.
- Leur diagnostic est souvent tardif lorsque le globe vésical est de plus de 500 cc et la paroi vésicale complètement distendue. Un fonctionnement sphinctérien normal ne peut alors être récupéré qu'après plusieurs semaines de drainage de la vessie (sonde urinaire ou cathéter sus-pubien).

- L'incontinence urinaire est favorisée par l'infection et certains médicaments (diurétiques, sédatifs). L'incontinence urinaire est parfois induite par des soins inadaptés. Le patient confiné au lit ou contraint à l'alitement par des perfusions, des barres de sécurité ne peut se lever pour aller aux toilettes. Il dépend alors de l'entourage soignant qui n'est pas toujours disponible au bon moment. Le patient ne pouvant se retenir uriner au lit, sera catalogué incontinent et affublé de couches.

3.5 Escarres ou plaies de pression

L'escarre, ou plaie de pression, est une zone de nécrose cutanée et sous-cutanée se produisant aux points de pression (sacrum, talons, trochanters, ischions, genoux, malléoles et apophyses vertébrales) chez les sujets alités. L'escarre peut apparaître en quelques heures et s'étendre d'autant plus vite que l'état général est altéré et qu'il existe une dénutrition avec ou sans inflammation.

D'autres facteurs interviennent dans la constitution des escarres :

- ceux réduisant la mobilité du patient dans le lit : coma, paralysies, syndrome parkinsonien, sédatifs... ;

Classification européenne des escarres

<p>Stade 1 Erythème ne blanchissant pas à la pression, sans effraction cutanée. Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration plus ou moins importante peuvent également être des indicateurs, en particulier chez les individus à peau foncée.</p>	<p>Stade 3 Lésion cutanée intéressant toutes les couches de la peau, entraînant une souffrance ou une nécrose du tissu sous-cutané pouvant s'étendre au-dessous, mais ne dépassant pas le fascia des muscles sous-jacents.</p>
<p>Stade 2 Lésion cutanée partielle intéressant l'épiderme, le derme ou les deux. L'ulcération est superficielle et se présente comme une abrasion ou une phlyctène.</p>	<p>Stade 4 Destruction extensive, nécrose des tissus ou souffrance tissulaire au niveau du muscle, de l'os ou des structures sous-jacentes, avec ou sans perte de substance cutanée complète.</p>

- ceux diminuant l'oxygénation tissulaire : artériopathie, état de choc, insuffisance cardiaque, hypoxie, anémie ;
- ceux favorisant la macération ou l'infection cutanée : incontinence urinaire ou fécale ;
- ceux entraînant une diminution des défenses ou de l'état général : diabète, cachexie, fièvre, infection.

Dans tous les cas, l'extension sous-cutanée est toujours plus vaste que la plaie cutanée. L'escarre fermée n'est pas rare avec nécrose étendue et extensive du tissu sous-cutané, la peau n'étant le siège que d'une petite fistule, voire indemne.

L'escarre est en elle-même responsable d'un syndrome inflammatoire qui aggrave la dénutrition.

Les douleurs liées à l'escarre majorent l'immobilité du malade.

3.6 Retentissement ostéo-articulaire et musculaire

- L'amyotrophie toujours présente chez le malade immobilisé est particulièrement importante en cas d'hypercatabolisme protéique associé. Elle est favorisée par les infections, en particulier virales (grippe), les cancers évolutifs, l'insuffisance cardiaque et tous les syndromes inflammatoires. La perte musculaire peut atteindre 10% de la masse musculaire par semaine d'immobilisation.
- L'enraidissement des articulations, la spasticité et les rétractions tendineuses

sont particulièrement fréquentes en cas de maladie neurologique (hémiplégie, syndromes extra-pyramidaux, maladies dégénératives) mais peuvent affecter en quelques jours tout sujet âgé immobilisé s'il n'est pas bien positionné. Certaines positions antalgiques (du fait d'escarres ou de fractures par exemple) sont sources, si l'on ne les prévient pas, de rétractions tendineuses et de positions vicieuses évoluant vers la triple flexion ("position foetale") générant elle-même des douleurs intolérables.

- Les troubles moteurs rendent la reprise de la station debout et de la marche d'autant plus difficiles que l'immobilisation a été prolongée. Ils s'expliquent par la perte des réflexes posturaux et la suppression des afférences sensibles vestibulaires (phénomène d'omission vestibulaire).
- La déminéralisation osseuse, liée au retentissement de l'immobilisation prolongée sur le métabolisme osseux augmente le risque de fracture, surtout en raison d'une carence en vitamine D2 associée.

3.7 Retentissement psychologique

Se voir immobilisé et dépendant pour la plupart des activités de la vie quotidienne entraîne chez le sujet âgé des réactions psychologiques variées mais négatives : sentiment de proximité de la mort, grande labilité émotionnelle, décompensation d'états névrotiques antérieurs, modifications de la perception temporo-spatiale

avec perte des repères, anxiété, agitation, syndrome confusionnel. Ces réactions sont d'autant plus fortes que l'état cognitif antérieur est altéré.

Une dépression réactionnelle peut s'installer en quelques heures avec mutisme, anorexie et idées de non guérison ou de mort.

4. Prévention des complications de l'immobilisation

La prévention de l'immobilisation et de ses conséquences est un enjeu majeur du soin prodigué aux personnes âgées. Elle nécessite un travail d'équipe centré autour de protocoles de soins normalisés et validés.

4.1 Les principes généraux de la prévention

Ils consistent :

- à limiter les circonstances dans lesquelles le patient doit être maintenu au lit,
- à réduire les délais de réalisation des examens complémentaires nécessaires au diagnostic et au traitement des malades hospitalisés,
- à encourager sans cesse toute l'équipe à la mobilisation précoce au lit des malades âgés hospitalisés, leur mise au fauteuil puis à la marche. Une motivation générale doit être initiée et entretenue par les médecins et les responsables du soin pour que les personnes âgées soient levées, habillées, coiffées et marchent.
- à éduquer l'entourage social et familial de la nécessité de lutter contre le maintien au lit.

4.2 La prévention des complications hémodynamiques et thrombo-emboliques

Elle fait appel :

- à la mobilisation active des membres inférieurs, massage de la semelle de Lejars, exercices permettant la position assise au bord du lit, exercices respiratoires au moins quotidiens,

- au port d'une contention élastique adaptée et remplacée deux fois par jour,
- à l'héparinothérapie préventive après évaluation individuelle du risque de maladie thrombo-embolique.

4.3 Des apports nutritionnels et hydro-électrolytiques adaptés

- 1500 à 2000 Kcal/jour en cas de syndrome inflammatoire,
- au moins 2000 Kcal/jour en cas d'escarres,
- 1,5 à 2 litres d'eau par jour.

4.4 Des mesures hygiéno-diététiques

visant à favoriser le transit et l'élimination urinaire.

- La constipation doit être dépistée et traitée : les laxatifs doivent être émollients et non mucilloïdes pour réduire le volume fécal. La défécation doit être stimulée en utilisant le réflexe gastrocolique post-prandial, des suppositoires à la glycérine ou des petits lavements.
- En cas de fécalome, un lavement huileux suivi d'un lavement évacuateur suffit généralement. Sinon, l'extraction au doigt doit être délicate et prudente pour ne pas léser le sphincter anal. En cas d'échec, une extraction sous anesthésie est envisageable.
- Il ne faut pas mettre de couches systématiquement la nuit à tous les patients mais répondre rapidement à leurs demandes d'aide à la miction ou à la défécation. Si ce n'est pas possible, présenter régulièrement le bassin ou l'urinal. En présence d'un fécalome, il faut s'assurer de l'absence de rétention d'urines par un sondage vésical post-mictionnel.

4.5 La prévention des escarres

Si l'on se base sur les recommandations européennes sur la prévention des escarres il est possible de résumer les points suivants.

L'utilisation d'échelles de risque d'escarre est recommandée pour identifier les

malades à risque. Ces patients sont alors rapidement installés sur des supports de redistribution des pressions (matelas, coussins). Ils doivent être changés de position régulièrement, si leur état de santé le permet. La fréquence des changements de position est cohérente avec les autres objectifs du traitement. Les positions correctes ou les matériaux, comme des coussins ou des cales de mousse, doivent être utilisés pour éviter le contact direct des proéminences osseuses entre elles (par exemple les genoux, les talons ou les chevilles). L'agression cutanée liée aux frottements et aux forces de cisaillement est minimisée grâce à des techniques de positionnement, de transfert et de re-positionnement correctes. L'état de la peau est inspecté régulièrement pour dépister les escarres dès le stade 1. Il faut éviter les massages sur les proéminences osseuses car ils ne préviennent pas les escarres et peuvent au contraire entraîner des dégâts tissulaires supplémentaires. Il faut trouver les sources d'humidité excessives et les éliminer, si cela est possible. Lorsque l'état de santé du patient s'améliore, une rééducation est débutée. Dans toutes les unités de soins, les individus considérés comme étant à risque de développer des escarres, bénéficient d'un plan de prévention personnalisé et écrit.

4.6 La prévention de l'enraidissement articulaire, des rétractions tendineuses et des positions vicieuses fixées

- Elle passe par une mobilisation précoce au lit de toutes les articulations et le positionnement correct des membres immobilisés.
- La prévention de l'amyotrophie impose des exercices actifs ou des contractions musculaires isométriques au lit.

- La position assise au bord du lit doit être proposée tous les jours pendant des périodes de plus en plus longues. Dès que l'état hémodynamique le permet, la mise au fauteuil s'impose suivie de près par la mise en orthostatisme et à la marche, si besoin avec l'aide d'un plan incliné ou d'une table de verticalisation.
- Dans les suites de chutes la reprise de la marche doit être précoce et sous le contrôle d'un kinésithérapeute ; le patient s'aide d'un cadre de marche pour réduire la rétropulsion, favoriser l'antépulsion et limiter la peur du vide.

4.7 D'autres mesures

Elles peuvent être utilisées en cas de désafférentation sensorielle liée à l'isolement : encouragement au soutien familial et affectif, stimulation des repères temporo-spatiaux (téléphone, calendrier, pendule, télévision, journaux, radio...).

5. Conclusion

Une personne âgée immobilisée est en situation de risque de perte de son autonomie. Elle peut devenir grabataire et en mourir.

La lutte contre les complications de décubitus doit faire partie du projet thérapeutique.

Cela nécessite de la part de toute l'équipe soignante une grande énergie pour prévenir les complications, puis rassurer, encourager, stimuler le patient et son entourage.

Cette attitude active et positive permet au patient de désirer et d'envisager la sortie de la maladie, et de bénéficier du plus grand degré d'autonomie possible.