

## 1. Les complications du décubitus

En médecine, le terme **décubitus** décrit un corps allongé à l'horizontale. On distingue :

- Le **décubitus latéral** ou latérocubitus : la personne est tournée sur le côté (voir position latérale de sécurité) ;
- Le **décubitus ventral** ou procubitus : la personne est à plat-ventre (position d'attente en cas de plaie ou de brûlure du dos) ;
- Le **décubitus dorsal** : la personne est à plat-dos.

L'installation du patient est d'une importance capitale. Elle permet de prévenir et de lutter contre les complications du décubitus. Le décubitus ventral est le plus rarement rencontré à l'hôpital (surtout lorsqu'il existe des plaies postérieures importantes ,COVID)

### a. Complications cutanées :

Les **escarres** : attention, les sensibilités profonde et superficielle sont souvent diminuées chez les personnes âgées surtout suite à un AVC.

### b. Complications cardiaques et vasculaires :

Risques de thrombose veineuse = phlébite  
Risques d'embolie pulmonaire  
Hypotension artérielle (orthostatique)  
Risques d'œdème de déclive (signe du godet)

### c. Complications digestives

Reflux gastro-oesophagien  
Anorexie avec risque de dénutrition sévère et déshydratation  
Constipation (transit intestinal ralenti)

### d. Complications respiratoires

Encombrement favorisé d'où risque de broncho-pneumopathie infectieuse

### e. Complications urinaires

Calculs, infections  
Fuites → humidité → escarres  
Si sonde urinaire → faire passer le tuyau au dessus de la cuisse

### **f. Troubles sur le métabolisme osseux**

**Déminéralisation** (fuite du calcium dans les urines ce qui augmente le risque de calculs)

### **g. Troubles de l'appareil locomoteur**

**Amyotrophie ; Attitudes vicieuses par rétractions articulaires ou musculaires ; AND** (Algoneurodystrophie ou Syndrome épaule –main surtout dans les AVC = SDRC de type I (syndrome régional douloureux complexe)

**ÉPAULE-MAIN SYNDROME.** Le **syndrome épaule-main** (Steinbrocker, 1947) est le nom souvent donné à l'algodystrophie réflexe du membre supérieur, décrite par Ravault en 1946. ... À l'**épaule**, et parfois même au coude, on note une sclérose tissulaire qui réalise une capsulite rétractile de l'**épaule** typique.

### **h. Troubles psycho affectifs**

**Angoisse, anxiété...**

## 2. Les escarres (cours complet sera fait au Bloc 2)

### a. Définition

Une escarre est une plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée.

L'escarre peut être

- Accidentelle liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience,
- D'origine neurologique, conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive,
- D'origine plurifactorielle chez le sujet confiné au lit et/ou au fauteuil, poly pathologique (dénutrition, déshydratation, pathologies du vieillissements...).

La classification internationale EPUAP-NPUAP (European ou National (US) Pressure Ulcer Advisory Panels) décrit 4 stades d'escarres :

- **Stade 1** : érythème (ou rougeur) persistant ou ne blanchissant pas sous la pression du doigt



- **Stade 2** : atteinte partielle de la peau c'est-à-dire désépidermisation ( enlever épiderme) (phlyctène). L'arrachement cutané touche l'épiderme et éventuellement le derme. Une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse.



- **Stade 3** : perte profonde de tissus cutané. La plaie est profonde. Le tissu adipeux (tissus gras) de l'hypoderme peut être visible mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure un décollement ou tunnelisations.



- **Stade 4** : perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Souvent, elle présente des décollements et tunnelisations.



Les stades 1 et 2 sont réversibles.

#### **b. Les complications des escarres :**

- Infections
- Aggravation
- Fistules
- Problèmes ortho et fonctionnels
- Perte d'estime de soi
- Isolement

### **c. La prévention des escarres :**

- Dépistage des personnes à risque (échelle de Norton, de Braden)
- **Diminution de la pression : lever précoce, changement de position, mobilisations, plans de retournement, matelas préventifs, surélever les points d'appuis (mettre en décharge)**
- Observation attentive de la peau
- Attention aux corps étrangers dans le lit ou sur le fauteuil
- Maintien de l'hygiène cutanée
- Massage doux ou effleurage avec des huiles spécifiques

L'effleurage régulier permet de favoriser la micro-vascularisation cutanée et l'observation des points d'appuis. Il s'exécute sur une peau propre, à mains nues, en utilisant les doigts à plat et la paume des mains, sans dépression des éléments sous-cutanés (ce n'est pas un pétrissage). Il est possible d'utiliser des gants à usage unique mais à éviter (frottements). Sa durée est de 1 à 2 minutes minimum par site. Il est recommandé de pratiquer un effleurage à chaque changement de position et d'utiliser de l'huile de pépin de raisin ou une huile hyperoxygénée.

La manipulation du malade est aussi importante que son installation. Il ne faut pas lui « faire mal » par des manœuvres intempestives. Il ne faut pas tout faire systématiquement à la place du malade car il y a un risque de perte d'autonomie. Il faut donc l'encourager selon ses capacités, bien lui expliquer ce qu'on attend de lui et ce qu'on veut obtenir pour le confort du patient et du soignant.