



ITEM 116

COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITÉ ET DU DÉCUBITUS :
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGEÉCOUTER
DANS L'APP 10'PRINCIPALES COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITÉ ET DU
DÉCUBITUS

ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

L'ESCARRE

La première complication de l'immobilité et du décubitus est l'escarre. L'immobilité et le décubitus entraînent en effet une **nécrose ischémique des tissus cutanés et sous-cutanés due à la pression prolongée**.

Chez un sujet assis, une escarre **PEUT APPARAÎTRE EN 3 HEURES**.

Il existe plusieurs facteurs favorisant cette complication :

- ▶ l'**HYPOXIE SYSTÉMIQUE**,
- ▶ la **DÉNUTRITION**
- ▶ la **DÉSHYDRATATION** au niveau des facteurs généraux.

La macération et les frottements, en termes de facteurs locaux. Certaines pathologies neurologiques sont aussi des facteurs favorisant d'escarre, comme les déficits sensitivo-moteurs ou les troubles de la vigilance.

ÉVOLUTION

On définit **4 stades d'évolution** de l'escarre.

- ▶ **STADE 1** désigne une **rougeur qui ne disparaît pas à la pression**.
- ▶ **STADE 2** est atteint lorsqu'il y a une perte cutanée épidermique : **une abrasion ou une phlyctène**.
- ▶ **STADE 3** lorsque la **perte cutanée est profonde, touchant l'hypoderme** sans atteindre l'os.
- ▶ **STADE 4** désigne une **perte cutanée qui atteint l'os, les tendons ou les articulations**.

Les localisations les plus fréquentes sont l'**occiput, la scapula, le rachis, le sacrum et les talons en décubitus dorsal**. Le trochanter, le genou, la fibula, la malléole et le coude en décubitus latéral. En **position assise**, les régions les plus souvent touchées sont les **ischions, le sacrum, le trochanter, les talons et la scapula**.

COMPLICATIONS

Une fois constituées, les escarres exposent à des risques de complications locales ou générales. Il peut s'agir de complications **infectieuses, comme l'abcès, l'ostéite, ou l'arthrite**. L'extension, l'absence de cicatrisation voire la **cancérisation** sont aussi des complications de l'escarre. Elles peuvent enfin entraîner **une perte d'autonomie, des troubles psychiques et une dépression**.

PRÉVENTION

La prévention doit être envisagée dès l'alitement du patient. Le risque est évalué par l'échelle de Norton ou par l'échelle de Waterlow.

Cinq mesures de prévention permettent de **LIMITER LE RISQUE**.

- ▶ **CHANGER LE PATIENT DE POSITION TOUTES LES 4 HEURES**, et utiliser des coussins de décharge.
- ▶ Veiller à la **PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE** de la personne à risque.
- ▶ **SURVEILLER LES POINTS D'APPUI** et **PRÉVENIR LA MACÉRATION**.
- ▶ **UTILISER UN MATELAS ANTI-ESCARRES**, et reverticaliser le patient aussi vite que possible.
- ▶ L'éducation du patient et de son entourage. Le massage des zones à risque est en revanche à proscrire.

TRAITEMENT

L'escarre est traitée par des **soins locaux avec cicatrisation en milieu humide**.

Pour la **NÉCROSE**, on procède au **ramollissement et à la détersion par hydrogels et bistouri**. Sur une plaie exsudative, on procède à la détersion de la fibrine et on utilise un pansement absorbant (notamment les alginates ou hydrocellulaires). En cas de **BOURGEONNEMENT**, on utilise des **hydrocolloïdes** en cas d'exsudation, ou un **pansement gras** si la plaie est sèche. Les infections locales sont traitées par un **pansement au charbon et le nitrate d'argent**.

L'**INTERVENTION CHIRURGICALE** peut être nécessaire **en cas de nécrose ou de perte de substance étendue**.

Abonnez-vous

Abonnez-vous et profitez immédiatement de la totalité de nos contenus !