

Syndrome d'immobilisation

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Circonstances nécessitant impérativement un alitement.....	1
2 Causes d'immobilisation.....	2
2 . 1 Le syndrome de régression psychomotrice.....	1
2 . 2 Le syndrome de glissement.....	1
2 . 3 Causes abusives.....	1
3 Retentissement de l'immobilisation sur l'organisme.....	3
3 . 1 Retentissement cardio-vasculaire.....	1
3 . 2 Retentissement bronchopulmonaire.....	1
3 . 3 Retentissement digestif	1
3 . 4 Retentissement urinaire.....	1
3 . 5 Escarres ou plaies de pression.....	1
3 . 6 Retentissement ostéo-articulaire et musculaire.....	1
3 . 7 Retentissement psychologique.....	1
4 Prévention des complications de l'immobilisation.....	4
4 . 1 Les principes généraux de la prévention.....	1
4 . 2 La prévention des complications hémodynamiques et thrombo-emboliques.....	1
4 . 3 Des apports nutritionnels et hydro-électrolytiques adaptés.....	1
4 . 4 Des mesures hygiéno-diététiques.....	1
4 . 5 La prévention des escarres.....	1
4 . 6 La prévention de l'enraidissement articulaire, des rétractions tendineuses et des positions vicieuses fixées.....	1
4 . 7 D'autres mesures	1
* Conclusion	5

OBJECTIFS

ENC :

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

SPECIFIQUE :

- 9.1 Citer les situations qui nécessitent impérativement une immobilisation du sujet âgé.
- 9.2 Citer des causes abusives d'immobilisation aiguë ou chronique du sujet âgé.
- 9.3 Décrire les conséquences de l'immobilisation sur l'organisme du sujet âgé et les pathologies liées à l'immobilisation.
- 9.4 Décrire la conséquence de l'immobilisation sur l'équilibre et la marche qu'est la régression psychomotrice (cf. 4.6 et 4.12) et énoncer les modalités de sa prise en charge.
- 9.5 Décrire les mesures préventives à mettre en œuvre au cours de l'immobilisation du sujet âgé.
- 9.6 Décrire les mesures de tous ordres visant au confort des personnes grabataires.

INTRODUCTION

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. 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 (*cf. glossaire*) et de la dépendance physique et psychique induites par l'immobilisation est un objectif prioritaire dans la prise en charge des patients âgés.

I CIRCONSTANCES NÉCESSITANT IMPÉRATIVEMENT UN ALIEMENT

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 (*cf. glossaire*) mobile et de douleurs persistantes.

Coma ou troubles importants de la vigilance.

Hémiplégie (*cf. glossaire*) récente avec troubles du tonus du tronc et/ou de la vigilance.

Fièvre importante.

Hypotension ou état de choc.

Décompensation cardiaque et respiratoire aiguë.

II 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 (*cf. glossaire*) en constituent souvent la première étape et doivent être repérés précocément.

Deux tableaux ont été bien individualisés chez la personne âgée :

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 (*cf. glossaire*) demande de couches, incapacité de manger seul, langage infantin...) sont souvent retrouvés.

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 (*cf. glossaire*) 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.

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.

III RETENTISSEMENT DE L'IMMOBILISATION SUR L'ORGANISME

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 (*cf. glossaire*) ,
- désadaptation des réflexes neurovasculaires,
- existence fréquente de varices,
- diminution de sensibilité des barorécepteurs (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) abdominale ou pelvienne, constituent des facteurs de risque complémentaires de thrombose alourdissant la mortalité des sujets âgés alités.

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 (*cf. glossaire*) 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 bronchopneumopathie obstructive chronique, d'asthme ou de pneumoconioses (*cf. glossaire*).

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 (Interleukine 1, Tumor Nector Factor) 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 (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) 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

rétenction 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.

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 antiréflux 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.

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... ;
- ceux diminuant l'oxygénation tissulaire : artériopathie, état de choc, insuffisance cardiaque, hypoxie (*cf. glossaire*) , 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.

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>

RETENTISSEMENT OSTÉO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE

L'amyotrophie (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) 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 sensitives 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.

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.

IV 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.

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.

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.

DES APPORTS NUTRITIONNELS ET HYDRO-ÉLECTROLYTIQUES ADAPTÉS

- 500 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

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 (*cf.*

glossaire) 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.

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.

(En savoir plus : DEMOUTIEZ C. Escarre : acte 1: prévenir plutôt que guérir [vidéo]. Canal U / TICE MEDECINE & SANTE. 14/01/2007.) Escarre : acte 1: prévenir plutôt que guérir [vidéo].

(Recommandation : Haute Autorité de Santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé [en ligne]. Décembre 2001.) Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.

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'antéimpulsion et limiter la peur du vide

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...).

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.

V ANNEXES

GLOSSAIRE

- amyotrophie : Une amyotrophie ou myatrophie est une maladie provoquant une atrophie musculaire, notamment en rapport avec les muscles contrôlés par la volonté. Ainsi, les problèmes cardiaques sont plus rares que dans d'autres pathologies. Une névropathie amyotrophique (ou amyotrophie névralgique) est une douleur et une faiblesse musculaire dans l'épaule.
- atélectasies : Une atélectasie définit l'affaissement d'alvéoles pulmonaires dépourvues de leur ventilation tandis que persiste leur perfusion sanguine, aboutissant anatomiquement à un territoire pulmonaire perfusé et non ventilé et fonctionnellement à un effet shunt. Leur déterminant principal est l'obstruction ou la compression bronchique. Les atélectasies accompagnent de multiples pathologies respiratoires, mais elles peuvent également survenir sur des poumons sains. Leurs causes déterminent l'étendue des territoires pulmonaires touchés par l'atélectasie, qui peut aller d'une zone limitée à un poumon complet. La traduction clinique de l'atélectasie est l'hypoxémie, dont la sévérité est corrélée au volume pulmonaire collabé.
- barorécepteurs : Le barorécepteur, en physiologie cardiaque, est un récepteur présent dans la couche de tissu élastique des vaisseaux sanguins. Ils sont sensibles à la pression artérielle (par mesure de l'étirement de la paroi), et servent ainsi à réguler celle-ci par l'intermédiaire des voies orthosympathiques et parasympathiques. Ils se retrouvent principalement au niveau du sinus carotidien, de la crosse aortique et de l'oreillette droite du cœur. Il existe aussi des barorécepteurs intrarénaux. Le barorécepteur, sensible à la pression et à la chaleur, intervient également dans le mécanisme de la douleur.
- clinophilie : La clinophilie est le fait de rester au lit, la journée, allongé, pendant des heures, tout en étant éveillé. C'est un trouble d'origine psychologique parfois trouvé dans la dépression ou certaines formes de schizophrénie. Il faut faire attention à ne pas confondre ce trouble avec une véritable hypersomnie puisque dans cette dernière les patients dorment réellement et très profondément alors que dans la clinophilie on ne retrouve pas objectivement ce long temps de sommeil que les patients peuvent décrire. Dans la clinophilie si les patients se plaignent de trop dormir c'est surtout un choix de leur part et non pas un défaut physiologique d'un système d'éveil/sommeil comme dans les cas de l'hypersomnie idiopathique ou de la narcolepsie. La clinophilie peut également accompagner un syndrome post-chute dans le cadre d'une régression psychomotrice globale chez la personne âgée.

- **décubitus** : En médecine, le terme décubitus décrit un corps allongé à l'horizontale.
- **émollients** : Émollient est un terme médical désignant un médicament ayant pour propriétés d'amollir et de détendre les tissus de l'organisme.
- **fécâlome** : Le fécâlome est une accumulation de matières fécales déshydratées et stagnantes dans le rectum. Il entraîne le plus souvent une constipation douloureuse et peut même remonter dans le colon et être confondu avec une tumeur abdominale. La muqueuse émet parfois une glaire sanglante (fausse diarrhée). Son traitement consiste en un ramollissement des matières fécales par l'administration d'un micro-lavement au sorbitol ou au citrate de sodium par exemple. Une indication d'extraction manuelle ou chirurgicale est également envisageable. Son diagnostic se fait principalement par un toucher rectal.
- **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. Son pronostic est très péjoratif.
- **Hémiplégie** : L'hémiplégie est un défaut de commande volontaire complète ou partielle affectant une moitié du corps à la suite d'une lésion des centres moteurs ou du faisceau pyramidal et dont les causes sont diverses (vasculaires, tumorales, infectieuses...). Les troubles de la commande volontaire touchent le membre supérieur, le membre inférieur et le tronc, du côté controlatéral à l'atteinte cérébrale ; la moitié de la face du côté homolatéral à l'atteinte.
- **hypoxie** : L'hypoxie consiste en une oxygénation insuffisante des tissus.
- **météorisme abdominal** : Le météorisme abdominal est un ballonnement abdominal dû à un excès de gaz digestifs.
- **néoplasie** : Le terme néoplasie (littéralement : nouvelle croissance) désigne une formation nouvelle □ le néoplasme □ qui se développe par prolifération cellulaire et qui présente une organisation structurale et une coordination fonctionnelle faible, voire nulle, avec le tissu environnant. Le néoplasme est le terme utilisé en médecine pour désigner une tumeur ou un cancer.
- **orthostatisme** : Position debout d'un individu en appui sur la plante des pieds. L'orthostatisme est également le phénomène qui résulte de cette station debout. On parle également de position orthostatique. La position couchée est le clinostatisme. Ce terme qualifie également les phénomènes qui en résultent.
- **péristaltisme** : On appelle péristaltisme l'ensemble des contractions musculaires (mouvements péristaltiques) permettant la progression du contenu d'un organe

creux à l'intérieur de cet organe. Concernant le tube digestif, il s'agit de la progression des aliments de la bouche (plus précisément du pharynx) jusqu'au rectum (anus). Ce phénomène physiologique, appelé également motilité digestive, est un mécanisme spontané du tube digestif. Sans péristaltisme, le brassage des aliments et l'absorption des nutriments, c'est-à-dire des éléments contenus dans les aliments, sont impossibles. Les organes creux du système digestif sont entourés de muscles qui permettent à leur paroi de se contracter. Les mouvements de ces parois font non seulement progresser les liquides et les aliments mais effectuent aussi un mélange de ce bol alimentaire dans chacun des organes concernés. Ce sont ces mouvements caractéristiques de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin qui constituent le péristaltisme. Le péristaltisme ressemble à l'onde d'une vague océanique qui traverserait le muscle. Le muscle de l'organe concerné se rétrécit puis propulse la portion de nourriture lentement vers la suite du tube digestif.

- pneumoconioses : La pneumoconiose n'est pas une maladie, mais un ensemble de maladies pulmonaires (toxiques) qui sont définies par des altérations causées par l'inhalation et la fixation dans le poumon de particules solides. Certaines de ces maladies provoquent une fibrose du poumon, et d'autres non.
- spasticité : Exagération du réflexe myotatique, la spasticité consiste en un étirement rapide d'un muscle qui entraîne trop facilement sa contraction réflexe qui dure un certain temps. La spasticité peut-être uniforme sur tout le corps mais elle est le plus souvent localisée sur les membres inférieurs (diploégie spastique). Elle peut être également uniforme sur un hémicorps (hémiploégie cérébrale infantile) avec des raideurs musculaires et une faiblesse des muscles antagonistes. Le traitement symptomatique de la spasticité repose sur des myorelaxants comme le baclofène ou le dantrolène.
- thrombus : Un thrombus ou caillot sanguin est le produit final de la coagulation sanguine, par l'agrégation plaquettaire et l'activation du système de coagulation humorale. La thrombose consiste en la formation d'un thrombus obturant un vaisseau sanguin. Le thrombus peut se développer dans la circulation veineuse et donner lieu à une thrombose veineuse, ou dans la circulation artérielle et entraîner une occlusion artérielle avec ischémie voire infarctus. Son détachement et sa migration est appelée embolie et entraîne fréquemment embolie pulmonaire ou accident vasculaire cérébral. Un thrombus est physiologique en cas de traumatismes, mais pathologique dans d'autres cas.

EN SAVOIR PLUS

- DEMOUTIEZ C. Escarre : acte 1: prévenir plutôt que guérir [vidéo]. Canal U / TICE MEDECINE & SANTE. 14/01/2007. : http://www.canal-u.fr/producteurs/canal_u_medecine/dossier_programmes/dermatologie/arc/escarre_acte_1_prevenir_plutot_que_guerir

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé [en ligne]. Décembre 2001. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271996/prevention-et-traitement-des-escarres-de-ladulte-et-du-sujet-age

ABRÉVIATIONS

- IL1 : Interleukine 1
- TNF : Tumor Nector Factor