

Soins personnels aux personnes tétraplégiques et paraplégiques

Guide destiné aux préposé(e)s aux bénéficiaires,
aides à domicile et auxiliaires familiales



Le contenu de cette formation provient principalement du guide Vivre avec une lésion médullaire, publié par Moelle épinière et motricité Québec (2017).

Moelle épinière et motricité Québec remercie Michel Cullen Médical inc. pour le soutien financier accordé, qui a rendu possible la première impression de ce guide.

Coordination : Nathalie Michaud

Adaptation des contenus et rédaction : Nathalie Chandonnet (infirmière auxiliaire et formatrice – Formation adéquation des préposés aux AVQ du Québec dans les EÉ SAD) et Marie-Christine Jobin-Chayer (ergothérapeute – CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)

Révision linguistique : Vanessa-Anne Paré

Mise en page et graphisme : Geneviève Lafleur

Illustrations : François Escalmel (sauf indication contraire)

Moelle épinière et motricité Québec
www.moelleepiniere.com
info@moelleepiniere.com

ISBN 978-2-922179-36-1 (relié)

ISBN 978-2-922179-35-4 (PDF)

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

© Moelle épinière et motricité Québec, 2026
Tous droits réservés pour tous pays

Imprimé au Canada



Table des matières

Préambule	4
1. Un peu d'anatomie et de physionomie	5
2. Le cheminement psychologique	11
3. Intégrité de la peau	15
4. Élimination intestinale	23
5. Élimination vésicale	29
6. Les complications autres	35
7. Le système vasculaire et respiratoire	41
8. Les équipements spécialisés et l'environnement	47
Conclusion	53

Préambule

Le guide de formation qui suit propose un complément de connaissances portant sur les personnes lésées médullaires et leurs besoins. Il a pour objectif de sensibiliser et de former le plus grand nombre possible de personnes qui offrent de l'aide à domicile, qu'il s'agisse de préposé(e)s aux bénéficiaires ou d'auxiliaires familial(e)s.

Cette formation est rendue possible grâce au soutien financier du Chantier d'économie sociale et de la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Développée dans le cadre d'un projet-pilote de répit à domicile réalisé par Moelle épinière et motricité Québec, elle est née de la nécessité d'offrir des soins adaptés aux particularités des personnes lésées médullaires. Comme vous le découvrirez au fil des différents modules, la lésion médullaire est une condition complexe, qui vient avec certaines manifestations et complications souvent peu connues. Leur méconnaissance par le personnel d'aide à domicile peut avoir des conséquences graves sur la santé, la qualité de vie et la dignité de ces personnes.

C'est dans l'espoir de prévenir ces complications, et aussi de vous offrir les notions et outils qui vous permettront d'offrir la meilleure qualité de soins possible à cette clientèle, que nous vous proposons ce guide. Il se veut aussi un document de référence qui rassemble les meilleures pratiques en matière de soins à domicile pour les personnes lésées médullaires. Nous espérons qu'il vous sera utile.

Bonne formation et bonne lecture !

Moelle épinière et motricité Québec



Module 1

Un peu d'anatomie et de physiologie



Introduction

Avez-vous une connaissance de la lésion médullaire ? Avez-vous déjà vu une personne lésée médullaire (paraplégique ou tétraplégique) ?

Plusieurs personnes connaissent la paralysie des membres : les jambes, et parfois les bras ou les mains, sont paralysés. La majorité des gens remarquent le handicap physique, car il est visible. En réalité, la lésion médullaire est beaucoup plus complexe que ce qui se voit au premier coup d'œil. Elle affecte le fonctionnement de plusieurs organes et systèmes à travers le corps.

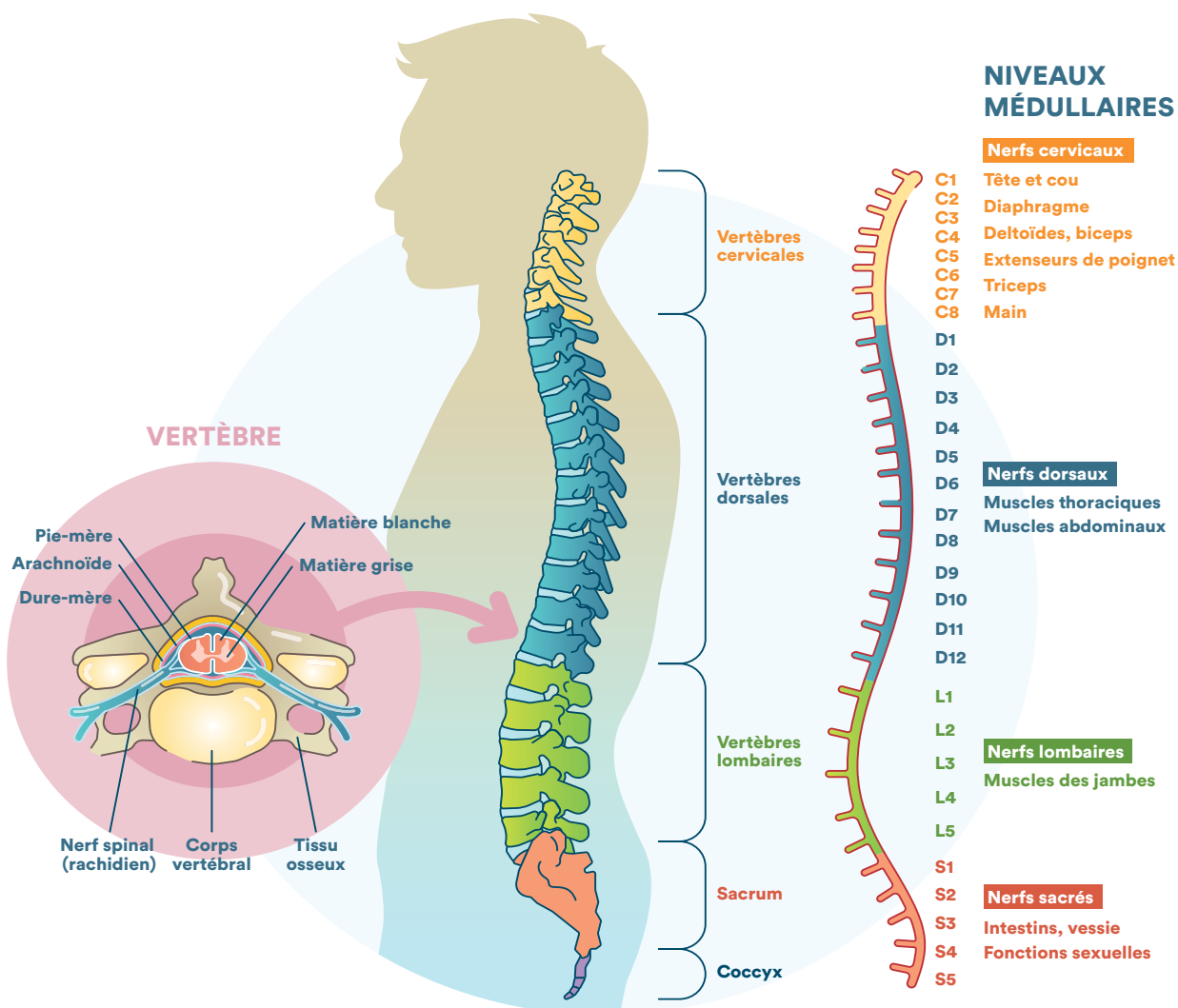
Un retour sur quelques bases d'anatomie et de physiologie permettront de mieux saisir cette complexité.

Moelle épinière

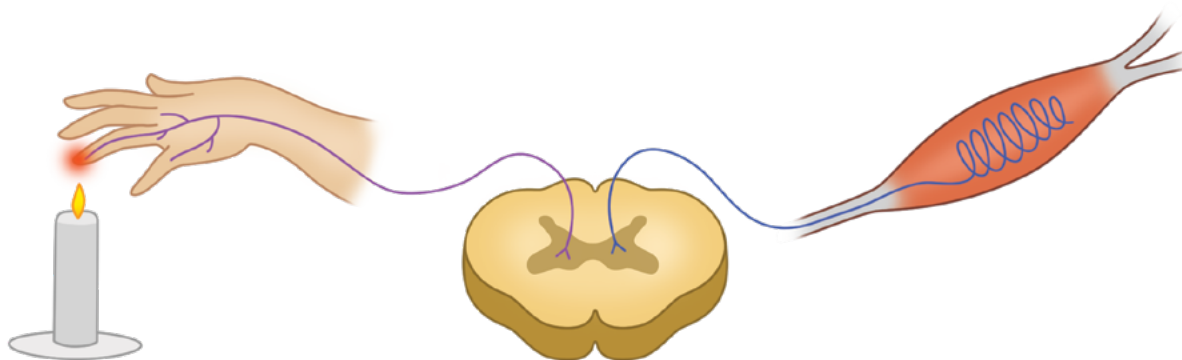
Qu'est-ce que la moelle épinière ?

Il s'agit d'une structure en forme de tube contenant des cellules nerveuses qui partent du tronc cérébral, à l'arrière du cerveau, et qui se terminent dans le bas du dos. La moelle épinière fonctionne comme une ligne à haute tension. C'est un centre qui fait le relais entre les organes et le cerveau. C'est par ce chemin que le cerveau assure la bonne marche des fonctions vitales, de même que le mouvement et la sensibilité.

Les deux principaux rôles de la moelle épinière sont d'envoyer des commandes motrices du cerveau au corps (ex. : lever le bras) et d'envoyer des informations sensorielles du corps au cerveau (ex. : enlever sa main rapidement si l'eau est trop chaude).



Source : © CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.



Colonne vertébrale

La colonne vertébrale se compare à un tuyau flexible. Les trous au centre de chaque vertèbre forment le canal vertébral. À l'intérieur passe un cordon de tissus nerveux appelé « moelle épinière ».

La colonne vertébrale a trois fonctions principales :

1. **Elle joue un rôle de soutien** en nous permettant de nous tenir debout ou assis ;
2. **Elle assure une grande souplesse** grâce aux vertèbres cervicales, dorsales et lombaires, qui bougent les unes sur les autres ;
3. **Elle protège la moelle épinière.**

Nerfs spinaux

Les nerfs spinaux émergent de la moelle épinière entre deux vertèbres et sont responsables de la transmission des signaux entre le cerveau et le reste du corps. Ils contrôlent les mouvements musculaires volontaires et véhiculent les sensations telles que le toucher, la douleur ou la température.

Fonctionnement du système nerveux

Les commandes du cerveau et les perceptions du corps se traduisent en **INFLUX NERVEUX** (énergie), comparables à un courant électrique. L'influx voyage à travers les neurones (cellules nerveuses) qui composent la moelle épinière et les nerfs. Deux types de nerfs émergent de la

moelle épinière : les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs. Les nerfs sensitifs perçoivent les sensations du corps et en informent le cerveau. Les nerfs moteurs transmettent les commandes du cerveau aux muscles et se traduisent en mouvement.

Les dommages aux neurones de la moelle épinière et du cerveau, appelés lésions, ne guérissent pas. La destruction de neurones entraînera des répercussions irréversibles sur la motricité, la sensibilité, la vessie, les intestins, la fonction sexuelle, la circulation sanguine, l'intégrité de la peau, les os, les muscles, le contrôle de la température et, dans certains cas de lésions hautes, la respiration.

Lésion médullaire

Les lésions médullaires se réfèrent à des dommages à la moelle épinière, qui peuvent entraîner une variété de symptômes et de complications. Voici quelques points-clés concernant les lésions médullaires :

Différentes appellations : lésion médullaire, blessure médullaire, paraplégie, tétraplégie ou quadriplégie.

Causes

- **Traumatiques :** accidents de la route, chutes (cause plus fréquente chez les personnes âgées), sports (ex. : plongeon), violence.
- **Non traumatiques :** maladies (dégénérescence de la colonne vertébrale, atteinte inflammatoire, infectieuse ou vasculaire, tumeurs, sclérose en plaques, malformations congénitales comme le spina bifida, etc.).

Deux types de lésions

- **Complète** : absence totale de mouvement et de sensibilité sous le niveau de la lésion.
- **Incomplète** : absence partielle de mouvement et de sensibilité sous le niveau de la lésion.

Complément sur les lésions médullaires incomplètes

Avec les progrès réalisés en médecine, les lésions complètes sont de moins en moins nombreuses. Cette bonne nouvelle s'accompagne cependant de nouveaux problèmes parce qu'on ne comprend pas autant les séquelles et le traitement de la lésion incomplète que ceux de la lésion complète. À long terme, on ne prend pas toujours au sérieux les conséquences des lésions incomplètes. De fait, des études démontrent que, trois ans après leur accident, les personnes ayant une lésion incomplète ont un sentiment de bien-être et une estime de soi inférieure à ceux des personnes ayant une lésion complète, même si elles ont conservé plus de motricité.

Les personnes ayant une lésion incomplète présentent **plusieurs incapacités invisibles** comme les troubles urinaires et intestinaux (souvent à risque d'incontinence), les douleurs et la fatigue. Comme les symptômes sont invisibles, ils sont souvent moins bien compris et perçus par la personne et ses proches.

Niveau de lésion

Paraplégie

La **paraplégie** résulte de la perte plus ou moins importante de la motricité et de la sensibilité des jambes, et parfois du tronc. Les systèmes urinaire et digestif ainsi que les fonctions sexuelles peuvent également être affectés.

Tétraplégie

La **tétraplégie** (aussi appelée **quadraplégie** ou **quadruplégie**) résulte d'une perte plus ou moins importante de la motricité et de la sensibilité à la fois au niveau des jambes, des bras (incluant les mains) et du tronc, incluant le thorax (poitrine). Les systèmes urinaire et digestif ainsi que les fonctions sexuelles peuvent également être affectés. Une atteinte des fonctions pulmonaires s'ajoute également chez certains tétraplégiques.

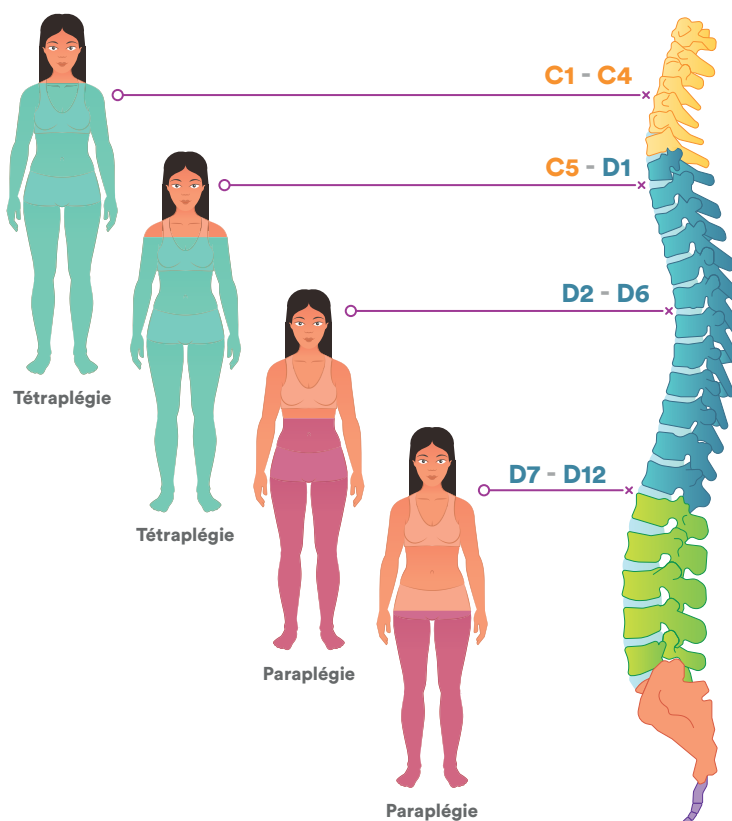
 **Vidéo explicative de la lésion médullaire**

(durée de 4 minutes 12 secondes) :

<https://bit.ly/para-tetra>



TÉTRAPLÉGIE ET PARAPLÉGIE



Source : © CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Les symptômes invisibles

À la suite d'une lésion médullaire, de nombreux symptômes et complications sont présents. Ils varient d'une personne à l'autre.

Parmi ceux-ci, il y a la douleur chronique, la fatigue, les plaies de pression, les troubles urinaires (infections urinaires fréquentes), les troubles intestinaux (hémorroïdes, constipation, incontinence, etc.), la dysrèflexie autonome (système d'alarme du corps), la spasticité, les contractures, l'ostéoporose, les difficultés respiratoires (toux moins efficace, pneumonie), les chutes de tension artérielle, les difficultés à réguler la température, etc.

Nous reviendrons plus en détail sur certains symptômes et complications dans les sections suivantes.

Qui sont les personnes lésées médullaires?

Enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes de tous âges, aînés. Issus de différentes cultures, religions, orientations sexuelles, ayant des niveaux d'éducation variés (plusieurs occupent

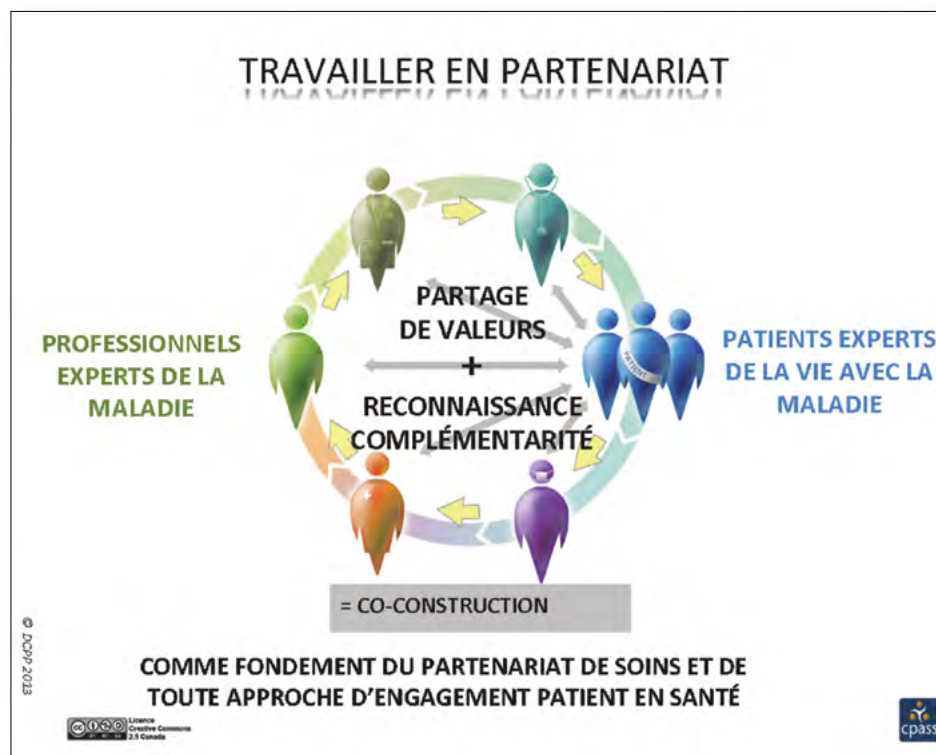
un emploi valorisant). En résumé, les personnes lésées médullaires forment une clientèle très différente de la clientèle habituelle des soins à domicile, c'est-à-dire pas nécessairement aux prises avec des atteintes cognitives telles que l'Alzheimer ou autres formes de démence.

Les hommes d'âge adulte représentent la clientèle la plus importante chez les personnes ayant une lésion médullaire traumatique, souvent de type « lésion complète ».

Les personnes âgées représentent la clientèle la plus importante chez les personnes ayant une lésion médullaire non traumatique (dégénérescence) ou traumatique (chutes), souvent de types « lésions incomplètes ».

Mon patient comme partenaire de soins

Avec le temps, les personnes ayant une lésion à la moelle épinière développent une connaissance très pointue de leur condition et du fonctionnement de leur corps. N'ayant pas d'atteinte cognitive en grande majorité, ces personnes sont en mesure d'informer les soignants de



Source : DCCP et CIO – UdeM. (2016). Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec : Université de Montréal, p. 34.

leurs besoins et des façons de faire pour mieux les accompagner dans leurs soins et leurs activités. Souvent, elles tiennent à préserver un maximum d'autonomie et réclament une assistance pour parvenir à réaliser une activité plus aisément (ex. : pour l'hygiène, la personne peut avoir besoin de faire préparer son matériel et elle peut ensuite se laver le haut du corps sans aide).

Il importe de considérer le savoir et l'expérience du patient lésé médullaire dans la dispensation des soins puisqu'il connaît souvent sa condition mieux que quiconque. Cette reconnaissance est essentielle pour développer une relation de confiance avec ce dernier et ses proches.

Le travail en partenariat fait d'ailleurs partie d'une approche de soins collaborative reconnue et mise de l'avant dans les orientations ministérielles.

Un point de départ gagnant : établir une relation de confiance

L'établissement d'une relation de confiance est incontournable dans toutes les relations d'aide. Pour se sentir en sécurité et en confiance avec un intervenant dans des moments d'inconfort et de grande vulnérabilité, l'utilisateur doit avoir la certitude qu'il est respecté et considéré.

Le respect se manifeste, notamment, à travers les qualités suivantes :

Patience ➡ Respecter le rythme de l'utilisateur (son rythme pour accomplir une tâche, s'exprimer, comprendre ou s'adapter, etc.)

Discrétion ➡ Respecter la confidentialité et le besoin de calme et d'intimité de l'utilisateur.

Authenticité ➡ Être vrai, être soi-même.

Jovialité ➡ Manifester de la bonne humeur, du dynamisme, de la chaleur, créer une ambiance agréable, sourire, etc.

Écoute active ➡ Être présent et réellement à l'écoute, décoder les messages non verbaux et les émotions de l'utilisateur.

Ouverture ➡ S'engager dans la relation, investir de l'énergie pour éveiller progressivement l'ouverture.



Quelques stratégies de communication pour vous aider...

Se positionner à la bonne hauteur :

assurez-vous que vous êtes à la hauteur des yeux de l'utilisateur pour éviter de créer une sensation de domination. Si l'utilisateur est en fauteuil roulant ou allongé, essayez de vous asseoir pour que la communication soit sur un pied d'égalité.

Prise de décision partagée : dans la mesure du possible, impliquez l'utilisateur dans les décisions concernant ses soins (l'utilisateur est le spécialiste de sa condition). Posez des questions ouvertes pour explorer ses préférences et attentes.

Reconnaître les émotions : validez les émotions de l'utilisateur (peur, tristesse, frustration) en exprimant de l'empathie. Cela renforce la relation de confiance et montre que vous comprenez la difficulté de sa situation.

Module 2

Le cheminement psychologique





Introduction

Marcher, se lever et danser comme tout le monde ne semblent jamais être des mouvements extraordinaires, à moins que l'on en soit privé. La personne lésée médullaire, dont le corps ne bouge plus comme avant, est privée de sa manière habituelle d'exister. Sans aucun manuel d'instruction, elle doit apprendre à vivre autrement.

La condition de paraplégique ou de tétraplégique peut être ancienne ou nouvelle. Elle peut être d'origine traumatique, liée à une maladie évolutive ou à une autre cause médicale, comme une infection à la moelle épinière, par exemple. Comme pour toute épreuve de la vie, il n'y a pas de cours préparatoire pour faciliter cette expérience et s'adapter à un nouveau

mode de vie. C'est une immersion totale qui engage la personne dans le processus de réadaptation physique, psychologique et sociale.

Quel est le cheminement vers un nouvel équilibre ?

La perte de l'intégrité physique et la nécessité de réorganiser sa vie dans un corps qui ne répond plus comme avant **sollicitent en profondeur les capacités à s'adapter** et à apprendre à fonctionner autrement.

Les difficultés liées aux pertes physiques déclenchent des sentiments et des émotions intenses, qui peuvent être vécus différemment par les personnes et leur entourage.

De façon générale, il est possible de dégager une succession de phases par lesquelles la personne chemine à l'intérieur du processus de deuil.

Voici les **étapes du deuil** selon le modèle de Kübler-Ross :



Le choc : il se produit à la suite de l'accident, de la maladie et/ou de la paralysie. À titre d'exemple, lorsque la personne entend qu'elle ne remarchera plus.



Le déni : difficulté à accepter la nouvelle réalité, accompagnée parfois d'un espoir irréaliste de récupération complète.



La colère : révolte contre la situation, la blessure ou même contre les soignants, les proches ou la société. Cette phase peut être accompagnée de marchandage, soit des tentatives pour trouver des solutions, des promesses de guérison ou d'amélioration.



La tristesse : profonde tristesse, perte de motivation et sentiment d'impuissance face à la nouvelle situation ; état de désespérance qui peut parfois conduire à la dépression.



La résignation : abandon de la lutte. Cet abandon est nécessaire pour évoluer et se reconstruire.



L'acceptation : consiste à s'approprier la perte, à accepter la nouvelle réalité et à débiter la la reconstruction psychologique.



Le déni est une des étapes du deuil selon le modèle de Kübler-Ross.

Les lésions médullaires peuvent entraîner plusieurs deuils simultanés, comme la perte des fonctions corporelles, des activités professionnelles, des relations amoureuses ou sociales. Le deuil n'est pas un processus linéaire : des épisodes de tristesse, de frustration ou de colère peuvent réapparaître. Des défis émotionnels et physiques peuvent surgir longtemps après l'accident, surtout face à des changements à l'état de santé ou à la situation personnelle.

L'autonomie étant considérablement réduite, il est souvent difficile d'accepter de devoir dépendre des autres pour des tâches de base comme se déplacer, manger ou s'habiller.

Le deuil, bien que douloureux, peut conduire à une phase de réinvention. De nombreuses personnes lésées médullaires parviennent à redéfinir leur vie en se concentrant sur de nouveaux objectifs, comme développer de nouvelles compétences, s'impliquer dans des activités sociales, ou encore, travailler sur leur santé mentale et émotionnelle.

Quels sont les signes d'une dépression ?

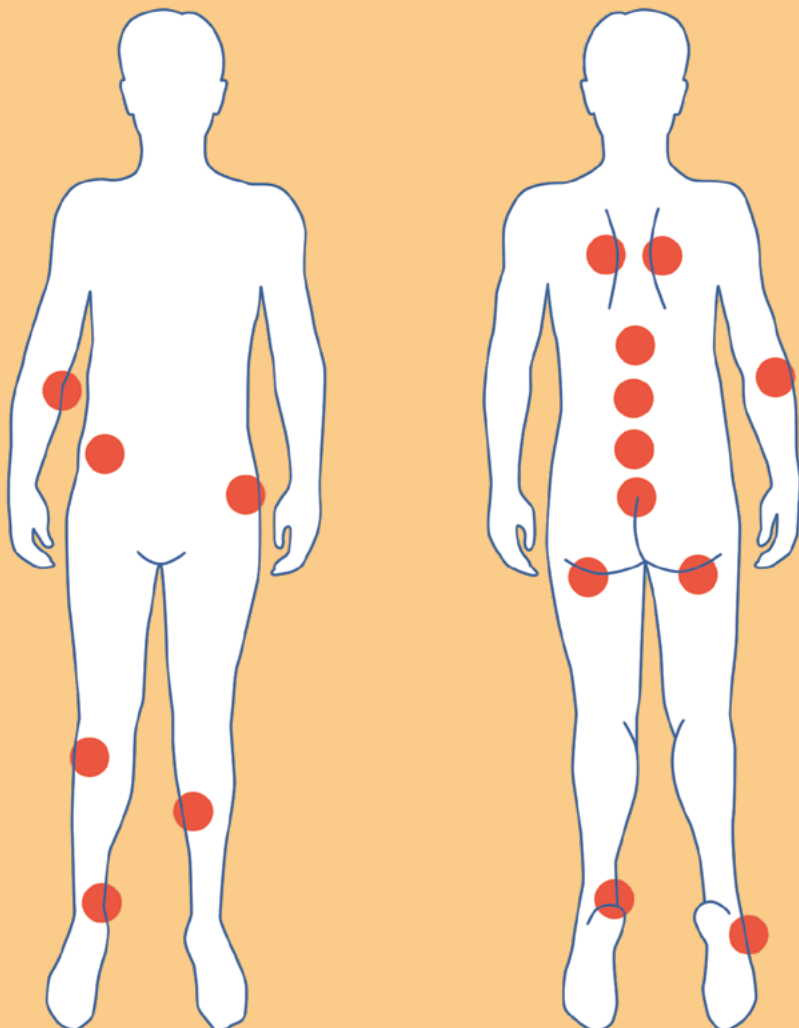
Le processus de deuil peut s'accompagner de moments de déprime, voire d'un état dépressif. La dépression se manifeste par une humeur triste très présente et une perte d'intérêt envers la plupart des activités, qui perdure dans le temps. On remarque également quelques-uns ou plusieurs des symptômes suivants chez la personne dépressive :

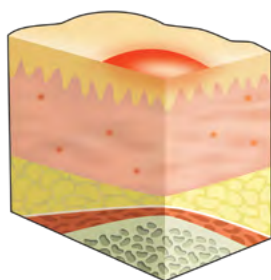
- Perte ou gain de poids, diminution ou augmentation de l'appétit ;
- Insomnie ou hypersomnie (dormir trop longtemps) ;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- Fatigue, perte d'énergie ;
- Dévalorisation ou culpabilité excessive ;
- Pensées associées à la mort, idées suicidaires.



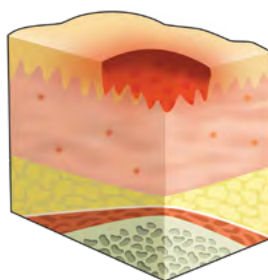
Module 3

Intégrité de la peau

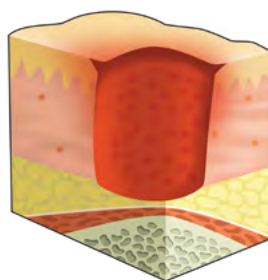




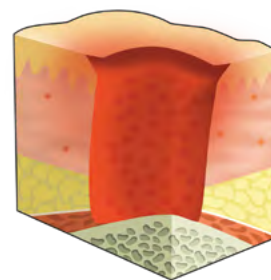
Plaie de pression
Stade 1



Plaie de pression
Stade 2



Plaie de pression
Stade 3



Plaie de pression
Stade 4

Introduction

Les problématiques liées à la peau comme les plaies sont très redoutées, mais malheureusement très fréquentes chez la majorité des personnes ayant une lésion médullaire. Une plaie de pression chez un usager peut prendre des mois, voire des années à guérir. Les plaies sont coûteuses en termes de ressources humaines, matérielles et financières, mais par-dessus tout, elles coûtent souvent toute la qualité de vie pour l'usager et ses proches. Le maintien de l'intégrité de la peau est une source de préoccupation constante chez plusieurs usagers. Il s'agit d'un élément crucial pour qu'une personne développe sa confiance envers les services reçus. **Souvent, les personnes ayant une lésion médullaire évitent de consulter certains services par crainte de développer une problématique de plaie.**

Un retour sur les fonctions de la peau et les conséquences de la lésion médullaire permettra de mieux saisir l'importance du maintien de l'intégrité de la peau pour cette clientèle.

À quoi sert la peau ?

Notre corps est formé d'os, de cartilages, de tissus adipeux (gras), de muscles et d'organes. La peau est le plus grand organe du corps humain.

Fonctions de la peau

Protection : Barrière contre l'infection, les microbes, l'eau et les substances étrangères.

Thermorégulation : Réaction aux variations de température (ex. : frissons, sudation).

Sensation : Ressenti de la pression, du toucher léger, des stimuli douloureux, chauds ou froids.

Guérison : Participation à la protection immunitaire, capacité de se guérir elle-même (ecchymoses, égratignures, petites coupures).

Élimination : Rejet des déchets (sels, huiles, eau, etc.).

Production de vitamine D : Production de cette vitamine lors de l'exposition au soleil.



Comment la lésion médullaire affecte la peau ?

Les lésions médullaires peuvent nuire à certaines fonctions de la peau en raison des problèmes suivants :

- **Perte de sensibilité**

Les messages des nerfs sensitifs ne se rendent plus (ou que partiellement) au cerveau. La personne ne ressent donc pas l'inconfort amené par une position prolongée, la douleur, la chaleur ni le froid. Elle ne réagit donc pas aux signaux d'alarme.

Exemples : l'utilisateur ne ressent pas la température de l'eau sur ses jambes lors d'une douche, ne sent pas que son pied est collé sur un appareil de chauffage ou que son coude est sur le rond de la cuisinière.

- **Déficiences de la transpiration**

L'absence de transpiration chez les personnes avec paraplégie haute et tétraplégie entraîne une difficulté à supporter l'exposition prolongée au soleil.

Exemples : l'utilisateur accumule la chaleur sans l'évacuer et doit s'asperger d'eau pour se rafraîchir afin de participer à une sortie extérieure lors d'une journée chaude.

- **Altération de la circulation sanguine**

La baisse de la tension artérielle peut être observée chez les personnes avec paraplégie haute et tétraplégie. Le débit sanguin est diminué dans les membres paralysés. La peau est alors moins bien irriguée et se fragilise puisque les nutriments sont moins bien acheminés. Ce ralentissement entraîne une **capacité diminuée de guérison**.

Exemples : l'utilisateur qui présente une plaie ou une brûlure à un membre paralysé peut mettre des mois à en guérir.

- **Perte de mouvement**

L'immobilité accentue le ralentissement de la circulation sanguine et fait en sorte que la peau supporte le poids du corps.

- **Perte de masse musculaire**

L'immobilité entraîne rapidement une atrophie de la musculature qui sert de « coussin naturel » pour les saillies osseuses.

- **Œdème**

L'œdème survient fréquemment à la suite d'une lésion médullaire. Les membres peuvent enfler, ce qui engendre une compression des vaisseaux sanguins et altère la circulation sanguine.

Les agresseurs de la peau

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à dégrader l'état de la peau chez les personnes ayant une lésion médullaire. En voici les principaux :

- La pression ;
- La friction ;
- Le cisaillement ;
- L'humidité ;
- La sécheresse ;
- Le froid ;
- La chaleur ;
- La déshydratation ;
- La malnutrition.

Dans cette section, les différents facteurs énumérés ci-dessus seront détaillés, ainsi que les pratiques à adopter pour réduire leur impact.

- **Pression**

Lors du maintien d'une position statique prolongée (assis longtemps au fauteuil roulant ou dans l'auto, couché longtemps au lit dans la même position), une pression s'exerce sur la partie de la peau qui supporte le poids. Cette pression n'est pas uniforme. Elle se concentre là où l'ossature est saillante.

La figure en page suivante illustre les endroits les plus susceptibles de développer une plaie de pression selon la position adoptée.

Une lésion de pression se forme lorsque la pression est maintenue au-delà du seuil de tolérance. Le poids du corps écrase les capillaires (petits vaisseaux sanguins de la gaine)

Comment détecter une plaie de stade 1?

Le test de « blanchiment de la peau » permet de détecter une plaie de stade 1 (rougeur). À l'aide du pouce ou de l'index, appuyer directement sur la rougeur de 2 à 3 secondes, puis retirer la pression. Lorsque la peau blanchit et que la couleur revient en quelques secondes, ce n'est pas une plaie de stade 1 (ex. : coup de soleil).

Toutefois, lorsque la peau ne blanchit pas et demeure rouge, il s'agit d'une plaie de stade 1. La circulation sanguine est alors interrompue. Dans le cas d'une peau à la pigmentation foncée, la personne peut présenter une région plus foncée que la peau environnante.

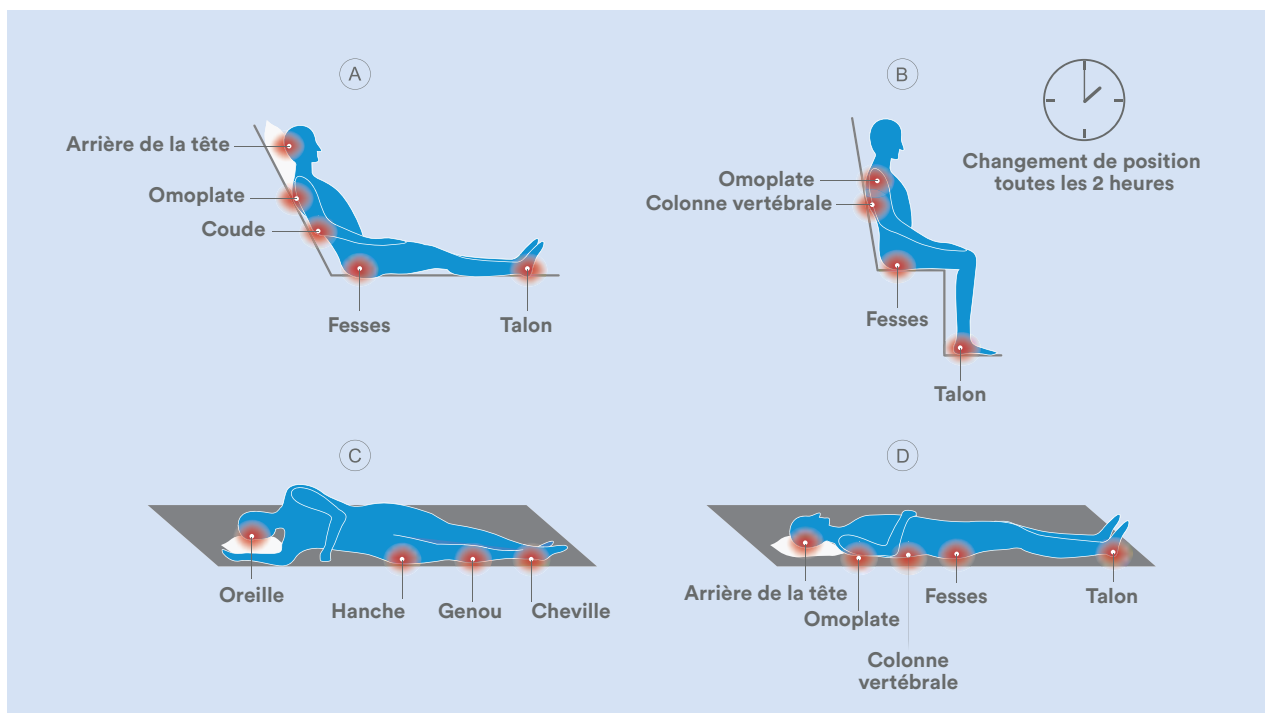


Source : © Paraplegie Community.

d'un cheveu) qui irriguent la peau. Les tissus sont comprimés, écrasés entre l'os (à l'intérieur du corps) et une surface dure à l'extérieur (ex. : siège du fauteuil roulant). Le flot sanguin se trouve alors considérablement réduit ou même interrompu, selon le degré de pression. Tant que la pression est maintenue, elle prive la

peau de l'oxygène et des nutriments essentiels véhiculés par le sang dans les capillaires ; elle empêche l'élimination des déchets de l'activité cellulaire. Les cellules de la peau commencent à mourir les unes après les autres et une lésion apparaît (début par une rougeur, qui est une plaie de stade 1).

Plaies de pression (sites à surveiller)



© CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

La destruction des tissus profonds est beaucoup plus large que celle des tissus superficiels (ce qui est visible). Pour cette raison, il faut agir rapidement dès l'apparition d'une rougeur (plaie de stade 1). Il faut retenir que l'apparition d'une plaie de pression peut se dérouler très rapidement à l'intérieur d'une période d'immobilité variant de plus de 30 minutes à quelques heures.

Mesures à adopter

- ✓ **Inspecter la peau tous les jours en portant attention aux sites avec prééminence osseuse.** Surveiller l'apparition de rougeur, tout changement de couleur ou de texture, tout œdème ou durcissement.

Dès l'apparition d'une rougeur (stade 1), demander l'autorisation à l'utilisateur pour prendre une photo afin de faciliter le suivi de l'évolution (avec son cellulaire) et informer immédiatement le personnel soignant.

- ✓ **Encourager l'utilisateur à changer de position régulièrement.**

En position couchée, les changements de position devraient minimalement se faire toutes les 2 heures.

En position assise au fauteuil roulant, un dégagement de pression en se penchant vers l'avant ou de côté, ou en utilisant la bascule motorisée (sur un fauteuil roulant motorisé), est requis pendant 90 secondes toutes les 30 minutes (règle du 90-30).

- ✓ **Inspecter l'environnement avant un changement de position afin qu'il n'y ait pas d'objets ou d'obstacles entraînant une pression accrue.**

Exemples : vérifier la présence de roches, de clés ou de blocs LEGO dans les souliers, le lit ou sur le siège du fauteuil roulant. Étendre le piqué sur le lit sans replis, retirer la toile de transfert si possible. Privilégier des

pantalons sans poches arrières ni boutons. Privilégier des souliers et pantalons pas trop serrés. Surveiller les plis dans les chaussettes et les pantalons. S'assurer que le coussin du fauteuil roulant est bien positionné et gonflé. S'assurer que la tubulure du sac urinaire est bien positionnée, éviter de s'asseoir sur la ceinture du fauteuil roulant, etc.

- ✓ **Porter une attention particulière lors d'un changement à la routine habituelle.**

Exemples : vérifier les pieds si l'utilisateur porte de nouveaux souliers ou une nouvelle orthèse, vérifier les fesses s'il est assis sur un nouveau coussin, inspecter la peau s'il est demeuré longtemps en voiture.



• Friction

La friction exercée sur la peau par un objet ou une surface de contact peut également causer des lésions. La friction est fréquente lors des transferts, entre autres sur les fesses. Les tétraplégiques peuvent aussi se blesser les coudes en les frottant sur les appuie-bras du fauteuil roulant ou en se rassoiant au lit. Les spasmes peuvent également causer un frottement de la peau contre une surface. À titre d'exemple, les spasmes en flexion aux jambes peuvent entraîner une friction sur le talon et causer une plaie.

Mesures à adopter

- ✓ **Inspecter la peau tous les jours en portant attention aux sites avec proéminence osseuse ou propices au frottement** (ex. : aines, coudes, talons). Surveiller l'apparition de phlyctènes (ampoules) ou de peau « effritée ».

Dès l'apparition d'une plaie, demander l'autorisation à l'usager pour prendre une photo afin de faciliter le suivi de l'évolution (avec son cellulaire) et informer immédiatement le personnel soignant.

- ✓ **Porter une attention particulière à l'usager qui présente plus de spasmes en continu ou fréquents.** Vérifier si le membre frotte contre une surface (ex. : talons contre le matelas).
- ✓ **Porter une attention particulière lors du roulement des roues du fauteuil roulant, qui pourrait entraîner un frottement contre le corps** (ex. : cuisses, mains).



Les gants de fauteuil roulant protègent les mains de la friction.

• Cisaillement

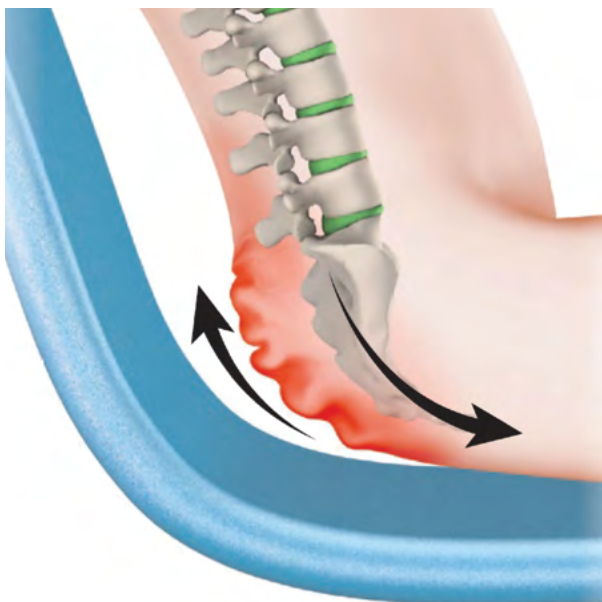
Le cisaillement survient lorsque deux forces agissent en sens contraire, ce qui affecte les couches de peau et déforme les vaisseaux sanguins. La figure ci-dessous illustre un exemple de cisaillement alors que la peau colle aux draps et que les couches profondes de la peau glissent vers le bas du lit.

Mesures à adopter

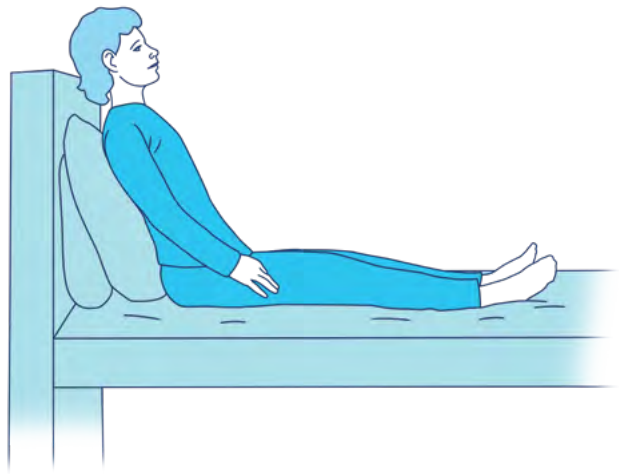
- ✓ **Inspecter la peau tous les jours en portant attention aux sites avec proéminence osseuse.** Surveiller l'apparition de rougeur, tout changement de couleur ou de texture, tout œdème ou durcissement.

Dès l'apparition d'une rougeur (stade 1), demander l'autorisation à l'usager pour prendre une photo afin de faciliter le suivi de l'évolution (avec son cellulaire) et informer immédiatement le personnel soignant.

- ✓ **Éviter le maintien en continu de la position semi-assise au lit.** Éviter de demeurer longtemps au lit avec la tête de lit relevée à plus de 30°.
- ✓ **Porter une attention particulière lors des repositionnements (rehaussements) au lit ou au fauteuil roulant.**



Source : © Paraplegie Community.



• Humidité

L'humidité provient souvent de l'urine, des matières fécales, de la transpiration, d'un pansement laissé en place trop longtemps ou du simple oubli de bien s'assécher la peau après un bain. Une lésion par macération ou l'aggravation d'une lésion déjà présente peut être entraînée par l'humidité.

Mesures à adopter

- ✓ **Inspecter la peau tous les jours en portant attention aux sites plus propices à être humides** (fesses, parties génitales, aines, pieds – incluant entre les orteils).
- ✓ **Bien assécher la peau après les soins d'hygiène en portant une attention particulière aux régions qui sont moins exposées à l'air libre** (ex. : entre les orteils, entre les plis abdominaux ou sous les seins).

• Sécheresse

La sécheresse témoigne d'un manque d'hydratation de la peau, qui perd son élasticité et résiste moins au stress.

Mesures à adopter

- ✓ **Encourager la personne à bien s'hydrater quotidiennement.**
- ✓ **Appliquer régulièrement de la crème hydratante.**



• Froid

En l'absence de sensibilité, les risques d'engelure, notamment aux mains et aux pieds, sont plus importants.

Mesures à adopter

- ✓ **Inspecter la peau lors des sorties en portant attention aux extrémités** (mains, pieds). Surveiller l'apparition de plaques blanches qui peuvent être un signe d'engelure.
- ✓ **Encourager la personne à s'habiller chaudement pour les sorties extérieures lors de températures froides en portant des vêtements amples pour éviter de gêner la circulation.**

• Chaleur

En l'absence de sensibilité, les risques de brûlures sont importants chez les personnes avec une lésion médullaire.

Mesures à adopter

- ✓ **Inspecter la peau en portant attention aux pieds ou aux surfaces exposées à la chaleur, ou lorsqu'un incident survient** (ex. : un café ou une cigarette sont échappés, l'utilisateur s'est endormi sur un coussin chauffant).
- ✓ **Porter une attention particulière aux membres inférieurs qui pourraient être positionnés près d'un tuyau d'eau chaude, près d'un système de chauffage d'appoint ou de la sortie de chauffage dans la voiture, près d'un feu de camp, etc.**

- ✓ **Porter une attention particulière lorsque l'utilisateur transporte un plat chaud sur ses jambes ou utilise un appareil de cuisson.**

• Déshydratation et malnutrition

La déshydratation et la malnutrition peuvent contribuer à rendre l'utilisateur plus propice à développer une plaie de pression en réduisant l'apport en nutriments et en eau, ce qui a pour conséquence de fragiliser la peau et de retarder la guérison.

Mesures à adopter

- ✓ **Encourager l'utilisateur à s'hydrater suffisamment en lui permettant l'accès à une bouteille d'eau, l'encourager à s'alimenter avec une variété d'aliments pour combler ses besoins nutritifs.**
- ✓ **Si vous remarquez qu'un utilisateur évite de boire ou de manger (souvent par crainte d'incontinence) ou qu'il prend un seul repas par jour, informer un intervenant de la situation.**

Conclusion

L'intégrité de la peau demeure un élément très important à considérer dans les soins et services offerts aux personnes ayant une lésion médullaire. Une grande vigilance est requise pour prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une plaie, une conséquence fréquente chez cette clientèle, mais évitable dans bien des cas.

Une région qui a déjà subi une plaie dans le passé demeure beaucoup plus fragile et propice à développer une nouvelle plaie dans l'avenir.

La capsule vidéo suivante offre un bon retour sur les notions vues dans cette section.

🎥 **Comment prévenir les plaies de pression ?** (durée de 3 minutes 36 secondes) : <https://bit.ly/plaies-de-pression>



Élimination intestinale

janvier						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



Introduction

Les particularités liées à l'élimination intestinale amènent de nombreux usagers ayant une lésion médullaire à restreindre leur alimentation, leurs sorties ou leurs activités sociales par crainte d'une incontinence en public. Cette particularité, généralement invisible, constitue l'une des incapacités les plus difficiles à accepter à la suite d'une lésion médullaire. S'ils avaient une baguette magique, plusieurs usagers aimeraient d'abord retrouver un contrôle intestinal avant de pouvoir remarcher.

Ce module aborde le fonctionnement de la digestion, les conséquences de la lésion médullaire sur le système digestif, les aides à l'élimination et les complications possibles.

Comment fonctionne le système digestif ?

Les vidéos suivantes offrent un bon aperçu du fonctionnement du système digestif :



Le système digestif (durée de 1 minute 50 secondes) : <https://bit.ly/systeme-digestif>



Le système digestif et le transit intestinal (durée de 2 minutes 29 secondes) : <https://bit.ly/systeme-transit>

Avec une **lésion médullaire**, la portion **d'élimination des déchets est affectée**. Nous

Échelle de Bristol

Une méthode pour communiquer et faire le suivi des qualités d'une selle consiste à utiliser l'échelle de Bristol. Celle échelle classifie les selles en sept types. Le but est de maintenir des selles de type 3 ou 4.



Type 1 Boules dures séparées



Type 2 En forme de saucisse, mais grumeleuse



Type 3 Comme une saucisse, mais avec des fissures à la surface



Type 4 Comme une saucisse (ou un serpent), lisse et douce



Type 5 Morceaux mous, bords bien définis



Type 6 Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse



Type 7 Consistance liquide, aucun morceau solide

verrons cet aspect plus en détail dans la section suivante.

Comment la lésion médullaire affecte l'élimination intestinale ?

Sensation réduite

Il s'agit de la perte de la capacité de ressentir que l'intestin est plein et que des signes d'inconfort sont présents.

Mouvement lent des selles (transit diminué)

Le mouvement se fait à un rythme beaucoup plus lent parce que les signaux du cerveau qui aident normalement à coordonner ce mouvement sont bloqués par la lésion de la moelle épinière. Un mouvement lent dans l'intestin signifie que la digestion de la nourriture est plus lente, ce qui peut mener à des selles sèches et dures et de la constipation.

Perte du contrôle volontaire de l'intestin

La lésion médullaire interrompt le contrôle volontaire, soit la décision de retenir ou d'éliminer les selles au moment souhaité. Toutefois, les parois du système digestif représentent l'équivalent d'un « deuxième cerveau » tellement elles contiennent de cellules nerveuses. Celles-ci demeurent fonctionnelles malgré la lésion et permettent, avec certaines adaptations, de maintenir une fonction d'élimination.

Ainsi, l'élimination intestinale sera possible en utilisant, d'une part, les réflexes intestinaux et, d'autre part, en recourant à des aides mécaniques, pharmacologiques, alimentaires et, dans certains cas, à l'aide d'une autre personne.

Qu'est-ce qu'une routine intestinale ?

Une routine intestinale est une routine régulière de techniques de soins intestinaux qui est faite tous les jours ou tous les deux à trois jours pour vider l'intestin. Il existe un large éventail de composantes qui peuvent constituer une routine intestinale, comme des techniques de vidange avec guidance manuelle, des changements de régime alimentaire et de mode de vie et l'usage de suppositoires, de mini-lavements et de médicaments. Les routines

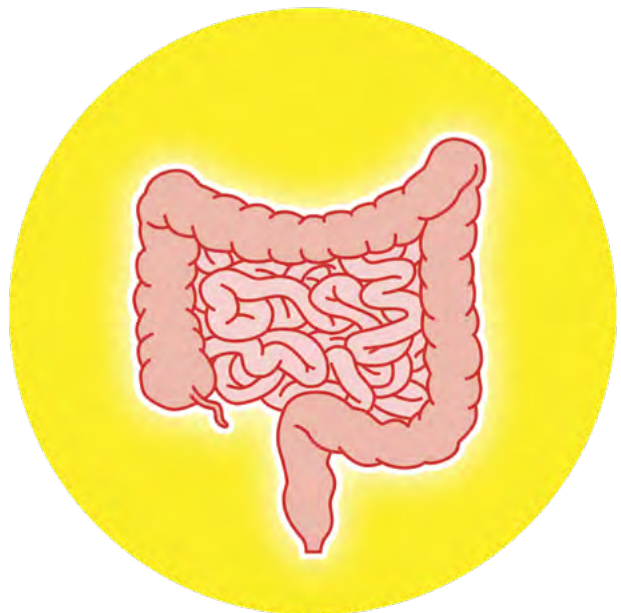
Deux types d'intestins à la suite d'une lésion médullaire

1. Intestin spasmodique (réflexe) :

survient lorsqu'il y a une lésion supérieure à la 12^e vertèbre dorsale. Il implique des réflexes intestinaux intacts et des sphincters anaux serrés. Ce type d'intestins est souvent caractérisé par de la constipation et par une incapacité à faire passer les selles (rétention). L'élimination des selles s'effectue en activant les réflexes de l'intestin par des techniques comme la stimulation digitale ou l'utilisation de suppositoires.

2. Intestin flasque (non réflexe) :

survient lorsqu'il y a une lésion inférieure à la 12^e vertèbre dorsale. Il implique la perte des réflexes intestinaux et des sphincters anaux relâchés. Ce type d'intestins est associé à de l'incontinence ou à de la constipation. Avec l'intestin flasque, les selles ont habituellement besoin d'être enlevées par évacuation manuelle.



intestinales sont habituellement faites au même moment chaque jour pour que le corps s'habitue au programme.

Même si les routines intestinales peuvent être compliquées et longues, elles sont une partie très importante des soins intestinaux pour permettre une vidange régulière et prévenir les complications. Habituellement, la fréquence de cette routine peut se faire tous les jours, ou encore tous les 2 ou 3 jours selon les cas.

Techniques de vidange et aides à l'élimination

Techniques de vidange

Stimulation digitale : technique qui implique l'insertion délicate d'un doigt ganté et lubrifié dans l'anus pour effectuer des mouvements circulaires le long des parois du rectum. Cela déclenche un réflexe qui cause des contractions rectales et le relâchement des sphincters anaux pour permettre la vidange. Il s'agit d'une technique courante pour vidanger l'intestin spasmodique.

Évacuation manuelle des selles : technique qui implique l'utilisation d'un doigt ganté et lubrifié qui est inséré dans l'anus et utilisé pour retirer les selles. Cela peut être fait en conjonction avec l'utilisation d'un suppositoire lubrifiant. Il s'agit d'une technique courante pour l'intestin flasque.

Massage abdominal : technique où une personne masse l'abdomen en caressant ou en « pétrissant » le bas du torse dans le sens des aiguilles d'une montre pour augmenter le mouvement des selles dans le côlon.

! Attention!

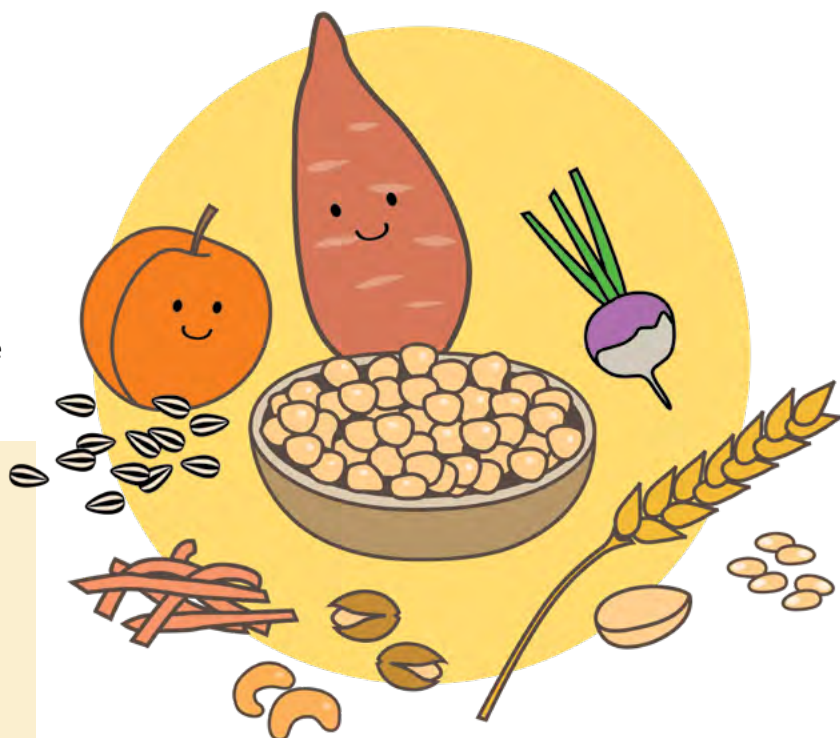
Ces techniques vous seront enseignées par un professionnel de la santé de votre région si nécessaire. Ne jamais effectuer ces techniques si le soin n'est pas indiqué à votre requête de service et si vous n'avez pas reçu la formation nécessaire.

Alimentation et hydratation

L'alimentation et l'hydratation jouent un rôle très important dans le fonctionnement intestinal. La modification de l'alimentation et la consommation de fluides sont souvent recommandées pour essayer d'améliorer la consistance des selles et gérer les problèmes comme la constipation et la diarrhée.

Les fibres jouent un rôle important dans le maintien de la consistance des selles pour qu'elles puissent être déplacées facilement dans l'intestin. L'eau est aussi importante pour la consistance des selles et pour leur permettre de se déplacer plus facilement. Les professionnels de la santé recommandent souvent de boire au moins 2 litres de liquide sain par jour.

Le réflexe gastrocolique se produit lorsque de la nourriture ou des boissons dans l'estomac déclenchent du mouvement dans l'intestin. Certaines personnes mangent ou boivent des liquides chauds au moins 30 minutes avant leur routine intestinale pour essayer de profiter de ce réflexe, qui serait plus fort le matin.





Médication

Certains médicaments servent à provoquer ou à faciliter l'élimination intestinale. Ce sont les suppositoires, les émoullients fécaux, les laxatifs et les lavements.

! Attention !

Tous les médicaments doivent être prescrits spécifiquement à l'usager et ils doivent être inscrits à votre requête de service pour que vous puissiez les administrer.

Équipements

Différents équipements existent pour aider à réaliser les routines d'élimination intestinale. Ces aides techniques sont habituellement utilisées conjointement avec des techniques de vidange et de la médication. Voici les principaux équipements :

- Chaises d'aisance, sièges de toilette surélevés et rembourrés ou sièges de toilette automatiques (bidets) ;
- Aides spécifiques à l'hygiène excrétrice (ex. : insérateurs de suppositoires ou stimulateurs digitaux) ;
- Miroirs.

Complications possibles

Fuites et accidents (incontinence fécale)

L'incontinence peut aller de la fuite d'une petite quantité de selles à un accident intestinal complet. Cette problématique est redoutée et peut interférer avec d'autres habitudes de vie (ex. : la personne évite de manger, de sortir).

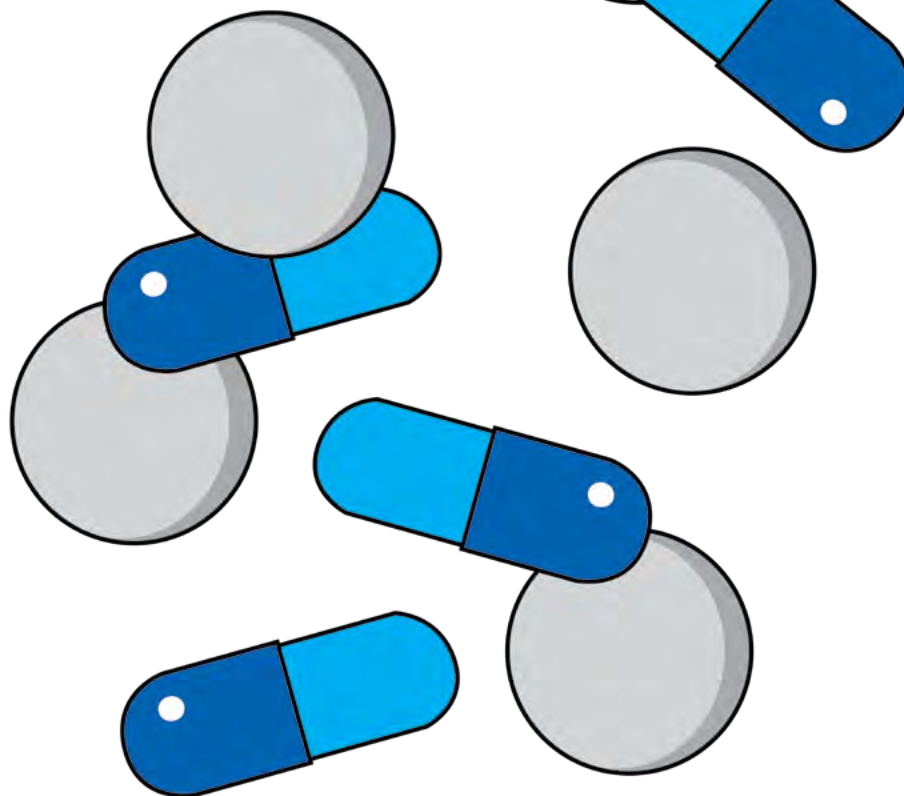
Constipation

On parle de constipation lorsque les selles séjournent plus de cinq jours dans l'intestin. Elle se manifeste par le durcissement des selles, une élimination irrégulière, des ballonnements et de l'inconfort. Elle peut aussi se manifester par des selles liquides émises en petites quantités, quelquefois sous forme d'incontinences. En effet, si les selles ne sont pas éliminées régulièrement, elles durcissent dans les intestins. La constipation est commune après une lésion médullaire parce que le mouvement des selles dans l'intestin est lent, ce qui les assèche. Les selles peuvent aussi être difficiles à évacuer si les muscles du sphincter anal ne se relâchent pas assez.

Diarrhée

Bien que la plupart des usagers présentent un ralentissement du transit intestinal, la diarrhée peut se produire en réponse à certains aliments, à des maladies, à d'autres conditions intestinales ou comme effet secondaire des





médicaments. La diarrhée peut entraîner de l'incontinence et de l'irrégularité. Elle peut aussi être à l'origine de plaies, par macération de la peau dans les matières fécales.

Fécalomes

Un fécalome se produit lorsqu'une masse solide de selles s'accumule dans l'intestin avec le temps et reste bloquée. Les selles ne peuvent alors pas être évacuées par des méthodes de vidange régulières. La présence de fécalomes peut entraîner de la diarrhée et des incontinences fréquentes. Si une absence de selles durant plusieurs jours, suivie de selles liquides dans les jours qui suivent, sont observées, il s'agit peut-être d'un fécalome.

Attention !

Des signes de dysréflexie autonome (ex. : frissons, sudation, maux de tête importants, nausées, etc.) peuvent être présents en cas de fécalome. Ce problème constitue une urgence médicale et doit être signalé rapidement.

Hémorroïdes

Les hémorroïdes sont des veines dilatées situées à l'intérieur ou à l'extérieur du rectum. Ces veines deviennent dilatées, de couleur rouge vif. Elles peuvent saigner lors d'une stimulation ou d'un curage rectal et causer de la douleur.

Flatulences

Les flatulences sont incontrôlées et peuvent souvent occasionner une gêne chez l'utilisateur.

Conclusion

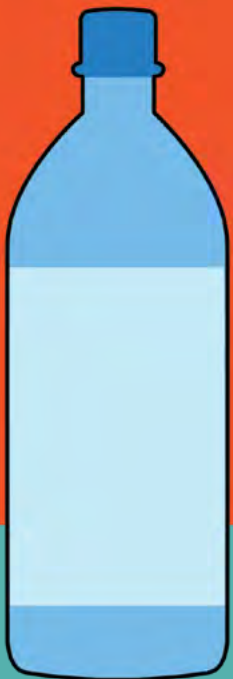
La plupart des usagers expérimentent des changements intestinaux à la suite d'une lésion médullaire. La mise en place d'une routine stable est prioritaire et fera partie de la vie à long terme de la personne.

Lorsqu'une personne ne peut plus satisfaire seule son besoin d'éliminer ou lors de soins d'assistance à l'élimination à un usager, il est important de créer un climat de respect et d'intimité.

Référence : https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Bowel-Changes-After-SCI_Download_French.pdf

Module 5

Élimination vésicale



Introduction

Tout comme pour les intestins, le contrôle de la vessie représente un enjeu de santé important chez les personnes lésées médullaires. Encore une fois, cette particularité invisible amène son lot de défis et de répercussions dans la vie des usagers.

Ce module abordera le fonctionnement du système urinaire, les conséquences de la lésion médullaire sur ce système, les méthodes d'élimination et les complications possibles.

Comment fonctionne le système urinaire ?

La vidéo suivante offre un bon aperçu du fonctionnement du système urinaire :



Comment fonctionne l'appareil urinaire ? (durée de 1 minute 57 secondes) : <https://bit.ly/systeme-urinaire>

Urine normale

Couleur : jaune clair

Odeur : aucune

Aspect : transparente

Quantité : minimum de 750 ml/24h, moyenne de 1500 ml/24h. Pour les porteurs de sonde urinaire, la quantité minimale est de 30 ml/h.

Comment la lésion médullaire affecte l'élimination vésicale ?

Sensation réduite

Quand la vessie est pleine, les signaux nerveux qui seraient normalement envoyés au cerveau par la moelle épinière sont interrompus. Cela peut réduire la capacité de ressentir les sensations de la vessie, comme lorsque celle-ci est pleine.

Plusieurs usagers ressentent toutefois des symptômes qu'ils associent à une vessie pleine, comme des chaleurs, des frissons, une sensation de ballonnement, des maux de tête, etc.

Perte du contrôle de la vessie

Des signaux du cerveau sont nécessaires pour contracter et relâcher adéquatement les muscles de la vessie. Si ces signaux ne peuvent pas être acheminés, les muscles de la vessie

Deux types de vessies à la suite d'une lésion médullaire

1. Vessie spastique (réflexe) : implique des vidanges imprévisibles causées par une hyperactivité des muscles de la vessie. Cela se produit lorsque la lésion est supérieure à la 12^e vertèbre dorsale.

Souvent, les muscles du sphincter de la vessie sont aussi hyperactifs et ne peuvent pas bien se coordonner avec le muscle de la paroi de la vessie. Quand cela se produit, le muscle du sphincter de la vessie se resserre alors que le muscle de la paroi de la vessie se contracte, ce qui correspond à presser un ballon d'anniversaire attaché par un nœud. Cela peut causer de fortes pressions, qui peuvent à leur tour endommager la vessie et les reins.

2. Vessie flasque (non réflexe) : implique une incapacité à vider la vessie causée par le relâchement et l'hypoactivité des muscles de la vessie. Cela se produit lorsque la lésion est inférieure à la 12^e vertèbre dorsale. Habituellement, le muscle du sphincter externe est également trop relâché, causant des fuites durant des activités comme les transferts et la toux. Cependant, le muscle du sphincter interne est souvent en spasme et ne se relâche pas assez pour permettre à l'urine d'être évacuée facilement du corps.

peuvent trop ou pas suffisamment se contracter, ou encore, se contracter à des moments inappropriés, selon que la personne a une vessie spastique ou flasque.

Certaines personnes ne vont subir que des changements légers dans la façon dont fonctionne leur vessie (comme un plus grand sentiment d'urgence lorsque la vessie est pleine), tandis que d'autres vont subir une perte totale de la sensation et du contrôle de la vessie.

Qu'est-ce qu'une routine vésicale ?

Une routine de la vessie est une routine régulière de techniques et de traitements pour la vessie, qui sont faits tous les jours pour maintenir la fonction et la santé de cette dernière. Cela implique habituellement des techniques pour vider régulièrement la vessie, prévenir les fuites et éviter les complications sérieuses à long terme.

La routine de chaque personne est différente et implique des ajustements au besoin selon différents facteurs : quantité de liquide ingéré, moment de la journée, planification des activités, etc.

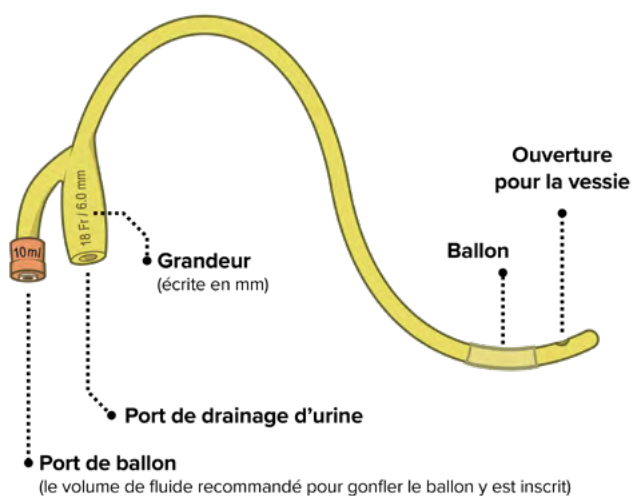
Techniques de vidange et aides à l'élimination

Stimulation et compressions

Il s'agit d'une vidange automatique et contrôlée de la vessie, par compressions ou tapotements, surtout utilisée pour une vessie flasque.

Cathétérismes intermittents

Le cathétérisme intermittent consiste à insérer puis retirer un cathéter dans l'urètre pour drainer l'urine de la vessie à des intervalles réguliers durant la journée. Vider la vessie par cathétérisme intermittent doit se faire de façon hygiénique, selon un horaire régulier. Cette technique est habituellement utilisée par les personnes qui ont suffisamment de dextérité (fonctionnement des mains) pour procéder de façon indépendante.



Cathéter à demeure (sonde de Foley). Modifié de : [Foley catheter EN](#) ©Olek Remesz, CC BY-SA 3.0

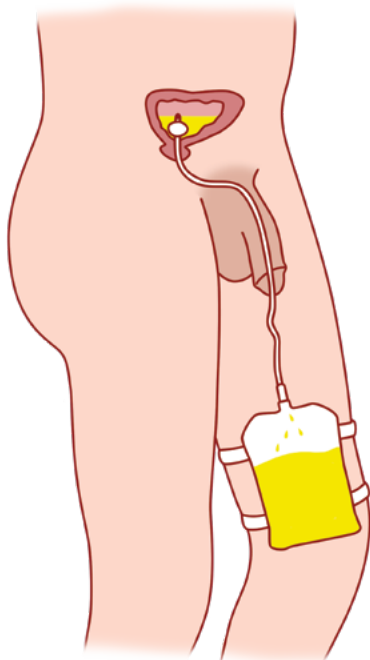
Cathéter à demeure (sonde urétrale ou sonde suspubienne)

Les cathéters à demeure (permanents), ou sondes, sont des cathéters permanents qui sont insérés directement dans la vessie et restent en place afin de la drainer en continu. Les cathéters à demeure peuvent être insérés dans l'urètre (cathéters urétraux) ou par une ouverture créée chirurgicalement dans l'abdomen (cathéters suspubiens). Dans le cas d'une sonde suspubienne, il faut nettoyer la stomie (ouverture entre la peau et un viscère creux) tous les jours.

Avec une sonde, l'urine s'écoule librement dans un sac de drainage urinaire (aussi appelé sac collecteur d'urine). Il existe plusieurs types de sacs, mais les deux plus utilisés sont le sac de lit pour la nuit et le sac à la jambe pour le jour.

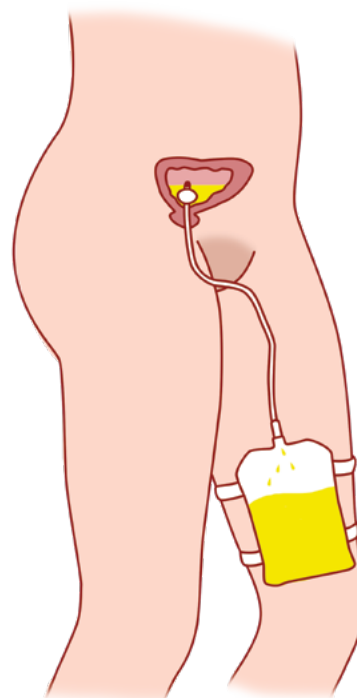
Le cathéter est immobilisé à la cuisse à l'aide d'une fixation, ce qui évitera son déplacement afin de faciliter le drainage, tout en évitant le retour de l'urine dans la vessie. La fixation doit être vérifiée tous les jours afin d'en examiner l'état et celui de la peau.

Les sondes sont habituellement utilisées lorsque la manipulation des cathéters intermittents est difficile (ex. : chez les personnes tétraplégiques) ou lorsqu'il y a des



préoccupations concernant les fuites entre les sessions de vidange.

Il peut s'avérer nécessaire, occasionnellement, d'irriguer la sonde afin de nettoyer l'appareil urinaire. Cette intervention consiste à envoyer de l'eau stérile dans la vessie au moyen d'une seringue insérée dans le cathéter. Cette procédure sera enseignée individuellement si elle est requise.



Cathéter externe (condom urinaire pour les hommes)

Le cathéter externe ressemble à un condom. Il se place sur le pénis (attention, s'il est non circoncis, de ne pas rétracter le prépuce) de la même façon qu'un préservatif, mais l'embout est ouvert et se rattache à une tubulure de drainage dans laquelle l'urine coule jusqu'au sac collecteur fixé à la jambe ou à un autre

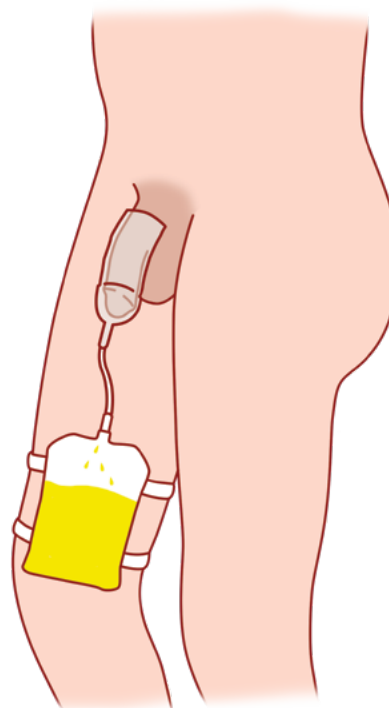
! Attention !

La manipulation de ces dispositifs entraîne un risque accru d'infection urinaire. Le respect des principes d'asepsie (technique propre) est très important.

Le sac de lit et le sac à la jambe doivent toujours être installés de façon à ce que le sac soit plus bas que le niveau de la vessie, afin de favoriser un bon drainage de l'urine.

Le sac ne doit jamais toucher le sol afin d'éviter la contamination et les risques de blessures.

L'entretien de la tubulure et du sac de drainage est nécessaire afin de maintenir le bon fonctionnement du système de drainage et de prévenir l'infection urinaire.



endroit discret, ce qui permet de la vider ultérieurement. Un cathéter externe installé avec soin peut demeurer efficace pour une période maximale de 24 heures. Le dispositif comprend une bande adhésive, mais l'application d'une couche de colle s'avère parfois utile afin d'éviter les fuites. La bande adhésive peut être remplacée par du ruban adhésif extensible utilisé à l'extérieur du condom, plus facile à appliquer. Il est important de suivre les directives de la requête de service sur la fréquence de changement du condom et du sac de drainage.

Ces cathéters sont habituellement utilisés par des personnes qui ont des fuites entre les vidanges, ou pour les personnes qui ont la capacité de déclencher la vidange en provoquant un spasme de la vessie (appelé miction réflexe).

Urostomie

Il arrive, quoique rarement, que la vessie ne soit plus du tout fonctionnelle et qu'une dérivation des urines s'impose. On procède alors à une urostomie. Cela consiste à rattacher les uretères à un bout d'intestin retiré du système digestif et abouché à l'abdomen. Pour recueillir l'urine, on utilise un sac collecteur fixé à un support adhésif (collerette). Le support enfilé par-dessus la stomie adhère à la peau pour plusieurs jours. Une valve (de style robinet) au bas du sac permet de le vider. Les appareils collecteurs sont conçus pour permettre à la personne de prendre un bain ou une douche et de se baigner. Les soins d'une stomie comprennent la vidange de l'appareil collecteur d'une à cinq fois par jour ou lorsque le sac est plein du tiers à la moitié, et le changement de la collerette tous les 5 à 7 jours. Le changement de collerette vous sera enseigné au besoin.

Attention !

Il faut vérifier régulièrement la peau sur le pourtour de la collerette pour détecter toute rougeur inhabituelle. Le cas échéant, il faut en informer rapidement un intervenant.

Mitrofanoff

La procédure de Mitrofanoff implique l'utilisation de l'appendice ou d'une partie de l'intestin pour créer un canal entre l'abdomen et la vessie. Le canal se ferme automatiquement quand le cathéter est retiré. Ce canal peut être utilisé pour l'insertion d'un cathéter pour le cathétérisme intermittent. L'urine peut alors être drainée dans un contenant ou une toilette. Cela peut être utile pour les personnes qui ont de la difficulté à pratiquer elles-mêmes les cathétérismes directement dans l'urètre. C'est une technique souvent utilisée pour les femmes, qui ont plus de difficulté à insérer les cathéters.

Médication

De nombreux médicaments peuvent être utilisés pour aider à gérer les problèmes de vessie après une lésion médullaire. Ils peuvent aider à détendre les muscles hyperactifs ou favoriser la contraction des muscles de la vessie, selon le type de changements vésicaux expérimentés.

Complications possibles

Fuites urinaires

Les fuites causent une gêne importante. Les usagers ayant une vessie flasque ou une infection urinaire sont plus susceptibles de rencontrer ce problème. Différents types de protections peuvent être utilisées pour gérer les fuites.

Rétention

La rétention se définit comme une difficulté à uriner et à vidanger complètement la vessie. Les usagers ayant une vessie spastique sont plus susceptibles de rencontrer ce problème. Les symptômes suivants peuvent être des signes de rétention :

- Sensation de ballonnement ;
- Frissons, sueurs froides, chaleurs, céphalées ;
- Dysréflexie autonome (chez les personnes avec une lésion au-dessus de D6) ;
- Douleur ou brûlure au niveau de la vessie (si la sensation est présente).

Infection des voies urinaires

Le risque d'infection est plus élevé avec l'utilisation de méthodes d'élimination invasives et la stagnation de l'urine dans la vessie. Les symptômes d'une infection urinaire sont les suivants :

- Fièvre, frissons ou fatigue ;
- Urine trouble, rouge (à cause du sang) ou malodorante ;
- Spasmes musculaires plus fréquents ou sévères ;
- Dysréflexie autonome (chez les personnes avec une lésion au-dessus de D6) ;
- Envie fréquente d'uriner (si la sensation est présente) ;
- Douleur ou brûlure lors de la miction (si la sensation est présente) ;
- Douleur dans l'abdomen ou au dos (si la sensation est présente).

L'infection urinaire se traite avec des antibiotiques, accompagnés de la consommation d'une quantité abondante de liquides.

Calculs rénaux et vésicaux

Les calculs rénaux et vésicaux sont des particules solides qui se forment dans les reins ou la vessie. Les personnes ayant une lésion

médullaire sont à risque de développer des calculs rénaux et vésicaux à cause des changements liés au fonctionnement du système urinaire. Un certain nombre de facteurs peuvent contribuer aux calculs rénaux, comme l'usage incorrect des cathéters, les infections des voies urinaires, une consommation insuffisante d'eau, un reflux d'urine vers les reins et des taux de calcium élevés dans le corps.

Plaies de pression et blessures

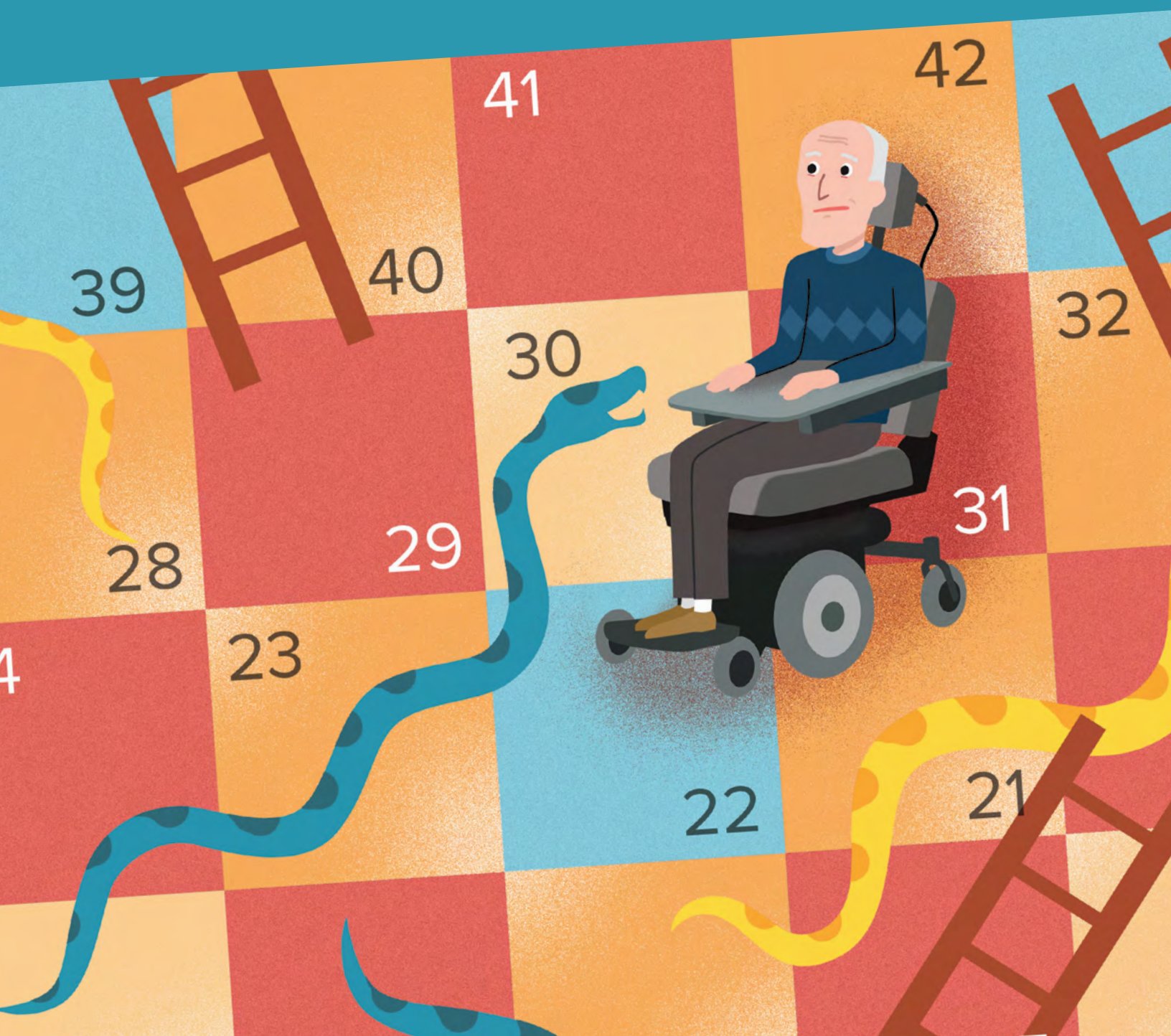
L'usage permanent de dispositifs (ex. : tubulure, sac collecteur, etc.) entraîne un risque accru de plaie de pression selon le positionnement et la durée de contact continu avec une même zone de la peau. La présence d'humidité, notamment en cas de fuites, peut également contribuer au développement de plaies. Dans certains cas, une déchirure de l'urètre peut survenir advenant une traction importante de la sonde ou du sac collecteur.

Conclusion

La plupart des usagers lésés médullaires expérimentent des changements vésicaux qui seront présents tout au long de leur vie. Ces changements demeureront bien souvent une source de préoccupation en raison de l'impact sur les habitudes de vie et des complications fréquentes.



Les complications autres



Introduction

Les personnes ayant une lésion à la moelle épinière font régulièrement face à plusieurs complications engendrées par leur condition. Il devient essentiel d'apprendre à décoder le langage de ce corps différent afin de le gérer le mieux possible.

Dans cette section, les complications principales n'ayant pas été abordées précédemment seront présentées : la dysréflexie autonome, la spasticité, les contractures, l'ostéoporose et la douleur chronique.

Qu'est-ce que la dysréflexie ou l'hyperréflexie ou autonome ?

La dysréflexie, aussi appelée hyperréflexie, est une réaction excessive et potentiellement mortelle du système nerveux autonome à des stimulations douloureuses ou gênantes effectuées sous le niveau de la lésion médullaire. La réaction excessive persistera aussi longtemps que la stimulation douloureuse sera présente. Cette complication constitue une urgence médicale.

Le danger principal de la dysréflexie est la hausse soudaine de la pression artérielle, qui peut engendrer des problèmes de santé plus graves tels qu'une crise d'épilepsie, un AVC ou la mort subite. Cette complication survient généralement chez les personnes ayant une lésion supérieure à la 6^e vertèbre dorsale (paraplégie haute et tétraplégie).



Quels sont les signes de la dysréflexie autonome ?

- Augmentation de la pression artérielle ;
- Mal de tête (céphalée) lancinant ;
- Frissons ;
- Bouffées de chaleur, transpiration abondante ;
- Pâleur de la peau en-dessous de la lésion ;
- Vision brouillée ;
- Augmentation de la spasticité ;
- Rythme cardiaque ralenti ;
- Visage rouge, ou encore, visage, épaules et cou marqués de traces rouges ;
- Sensation de froid sur le corps en-dessous de la lésion ;
- Nausées, vomissements ;
- Nez bouché ;
- Anxiété sans raison apparente.

Quoi faire ?

1. Verticaliser le plus possible la personne en crise de dysréflexie afin de réduire la pression artérielle (ex. : remonter la tête de lit, redresser le fauteuil roulant s'il est en bascule) ;
2. Chercher la cause et l'éliminer si possible :
 - Est-ce que l'urine s'écoule, est-ce que la tubulure est coincée, est-ce que la vessie est pleine ?
 - Est-ce que l'ampoule rectale est pleine ? Constipation ?
 - Est-ce qu'un vêtement est trop serré, est-ce que la personne est bien positionnée dans son fauteuil ?
 - Est-ce qu'une blessure ou plaie est présente ?

*** Si les symptômes persistent après vos interventions, vous devez contacter les services d'urgence. Il s'agit d'une urgence médicale.**

Causes de la dysrèflexie

Les causes les plus probables sont d'origine urinaire, fécale ou en lien avec l'intégrité de la peau (plaie).

Voici les **éléments à surveiller** :

- Le **cathéter urinaire est obstrué ou coudé** ; le repositionner ;
- Les cathétérismes ne sont pas assez fréquents ;
- La **constipation** ou la présence de selles dures en grande quantité dans l'ampoule rectale ;
- La **pression accrue** exercée par les ceintures et les vêtements trop serrés, ou toute autre situation inconfortable causée par des supports abdominaux, les courroies du sac urinaire ou autres (ex. : roche dans un soulier, objet laissé sur le coussin) ;
- Une **plaie de pression** ou une **blessure/brûlure/fracture** ;
- Les **flatulences** ;
- Les mauvais positionnements ;
- Les suites d'interventions chirurgicales ;
- Les températures extrêmes : chaleur excessive ou courants d'air froids ;
- L'infection urinaire, les pierres vésicales ;
- Les spasmes ;
- Les ongles d'orteils incarnés ;
- Les activités sexuelles.

La fiche suivante offre un bon résumé de cette condition :



Le mystère de la
dysrèflexie autonome :
<https://bit.ly/dysreflexie>



Qu'est-ce que la spasticité ?

La spasticité est un trouble moteur caractérisé par une augmentation anormale du tonus musculaire et une hyperréactivité des réflexes, entraînant un étirement et une contraction soudaine des muscles qui n'est pas contrôlée volontairement. La spasticité **peut être aidante** en prévenant la perte de muscles, en aidant pour les transferts, en permettant des érections spastiques, en évitant l'écoulement d'urine, etc. Elle peut **varier en intensité**, allant de légère à sévère. Elle **peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie** en rendant les mouvements et les activités quotidiennes difficiles, en plus de causer une fatigue importante. Chez certaines personnes, elle peut même entraîner des déformations articulaires.

La spasticité peut prendre **diverses formes** : raideurs musculaires, spasmes, secousses, mouvements saccadés, mouvements involontaires.

Les symptômes de la spasticité peuvent être **constants ou non**. Ils peuvent aussi changer avec le temps. Certaines personnes vont avoir une tension musculaire qui sera toujours présente, tandis que d'autres auront de la spasticité qui viendra ou s'aggraverait quand elle sera déclenchée par quelque chose.

Les déclencheurs communs de la spasticité incluent :

- Mouvement des bras ou des jambes, spécialement lorsqu'ils sont effectués rapidement ;
- Changements de position, comme les transferts, la marche ou le fait de bouger dans le lit ;
- Étirements ;
- Vêtements serrés ou autres inconforts sous le niveau de la lésion ;
- Plaies de pression, irritation de la peau ou blessures ;
- Problèmes de vessie ;
- Problèmes d'intestins ;
- Températures froides ;
- Cycle menstruel ou grossesse ;
- Stress émotionnel ou psychologique ;
- Positionnement inadéquat dans le fauteuil roulant ou le lit.

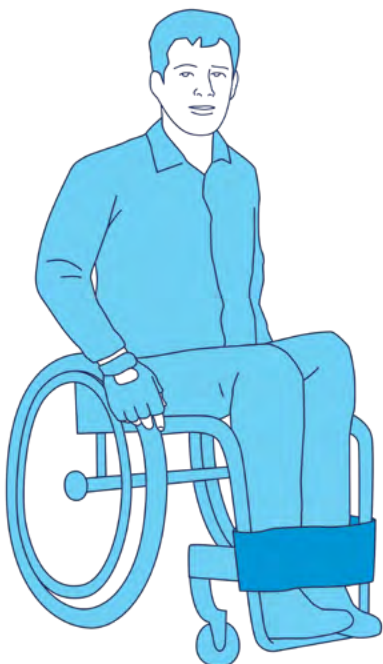
Qu'est-ce que les contractures ?

Les contractures chez une personne lésée médullaire se réfèrent à un **raccourcissement permanent des muscles ou des tendons**, entraînant une raideur articulaire et une limitation des mouvements. Elle est souvent causée par l'immobilité prolongée et la spasticité (*voir encadré à droite*).

Les conséquences des contractures sont la perte de mobilité pouvant affecter le fonctionnement (transferts, habillage, positionnement au lit), les douleurs et les déformations. Attention : il ne faut jamais appliquer une force excessive pour « ouvrir » une contracture.

Qu'est-ce que l'ostéoporose ?

L'immobilité prolongée entraîne un affaiblissement des os. L'ostéoporose neurologique est un phénomène courant chez les personnes lésées médullaires. Elle se caractérise par une diminution de la masse osseuse qui résulte de l'appauvrissement graduel de son contenu minéral : l'os devient plus mince, plus léger, plus poreux et moins dense, donc **plus susceptible de se fracturer**. L'immobilisation prolongée est une cause majeure d'ostéoporose, car les os ont besoin de stimulation mécanique (marcher, bouger) pour rester solides.



Quelles sont les causes des contractures ?

- **Immobilité prolongée** : les parties du corps en-dessous de la lésion ne bougent que peu ou pas. Sans mouvement régulier, les muscles et les tendons (les tendons relient les os au niveau d'une articulation) peuvent se raccourcir.
- **Spasticité** : les muscles constamment contractés ou raides peuvent entraîner un raccourcissement permanent des tissus.
- **Positionnement inadéquat**
- **Manque d'étirements ou d'exercices** : sans étirements réguliers, les muscles peuvent perdre leur souplesse et leur flexibilité.

Quelles articulations sont touchées ? (* : très fréquent)

- Chevilles et pieds (pieds qui pointent)* ;
- Genoux* ;
- Hanches* ;
- Coudes (personnes tétraplégiques) ;
- Poignets et doigts (personnes tétraplégiques).

Pour prévenir...

- **Étirements réguliers** : doivent être enseignés et démontrés ;
- Utilisation d'orthèses ou d'attelles : maintiennent les articulations dans une position neutre pour prévenir le raccourcissement des muscles ;
- Positionnement au FR ;
- Positionnement au lit : utilisation, au besoin, de coussins ou de courroies pour maintenir les articulations dans une position adéquate.

Comment prévenir les fractures ?

- Mobiliser doucement les membres atteints en évitant les torsions et en les soutenant à l'aide des mains/avant-bras si possible ;
- Éviter les mouvements brusques ;
- Porter attention à positionner et à soutenir le corps par la toile lors des transferts au lève-personne ;
- Demander conseil à un intervenant (physiothérapeute, ergothérapeute) pour mobiliser adéquatement les membres (notamment les jambes, qui sont lourdes) ou suivre la formation PDSB.

Comment détecter la présence d'une fracture ?

Voici certains éléments pouvant indiquer la présence d'une fracture :

- Chutes, craquements lors d'un transfert ou d'une mobilisation ;
- Symptômes de dysrèflexie autonome ;
- Gonflement d'une articulation (signes d'inflammation : œdème, chaleur) ;
- Déformation ou mauvais alignement du corps ;
- Sensation anormale et étrange ;
- Augmentation de la spasticité.

Des mouvements brusques, des transferts maladroits ou même des chutes depuis un fauteuil roulant peuvent causer des fractures, car les os fragilisés tolèrent mal les impacts ou les torsions.

Chez les personnes lésées médullaires, la perte de sensation peut rendre difficile la détection des fractures. Elles peuvent ne pas ressentir de douleur et les fractures peuvent parfois passer inaperçues pendant un certain temps, ce qui retarde les soins.

La **prévention des fractures est une priorité** chez les patients avec une lésion médullaire, car la guérison est généralement plus longue et associée à des complications supplémentaires (*voir encadré à gauche*). Il est donc important d'inspecter quotidiennement les membres paralysés pour détecter rapidement une possible fracture.

Qu'est-ce que la douleur chronique ?

La douleur chronique chez une personne ayant une lésion médullaire peut être complexe et est souvent liée à plusieurs facteurs, dont la localisation et la nature de la douleur. Elle peut provenir de n'importe quelle partie du corps, incluant les muscles, les articulations, les organes, la peau et les nerfs. Elle peut se présenter de différentes façons selon le type de lésion et la région du corps affectée.

Types de douleurs chroniques chez les personnes lésées médullaires :

- **Douleur neuropathique** : cette douleur est causée par des lésions nerveuses. Les signaux nerveux sont mal interprétés par le cerveau, entraînant des sensations douloureuses même en l'absence de stimuli douloureux. Elle est souvent décrite comme une sensation de brûlure, d'élanement, de chocs



électriques, de picotements ou de fourmillements. Cette douleur peut être diffuse ou localisée et elle peut survenir de façon inattendue, en plus d'être difficile à contrôler.

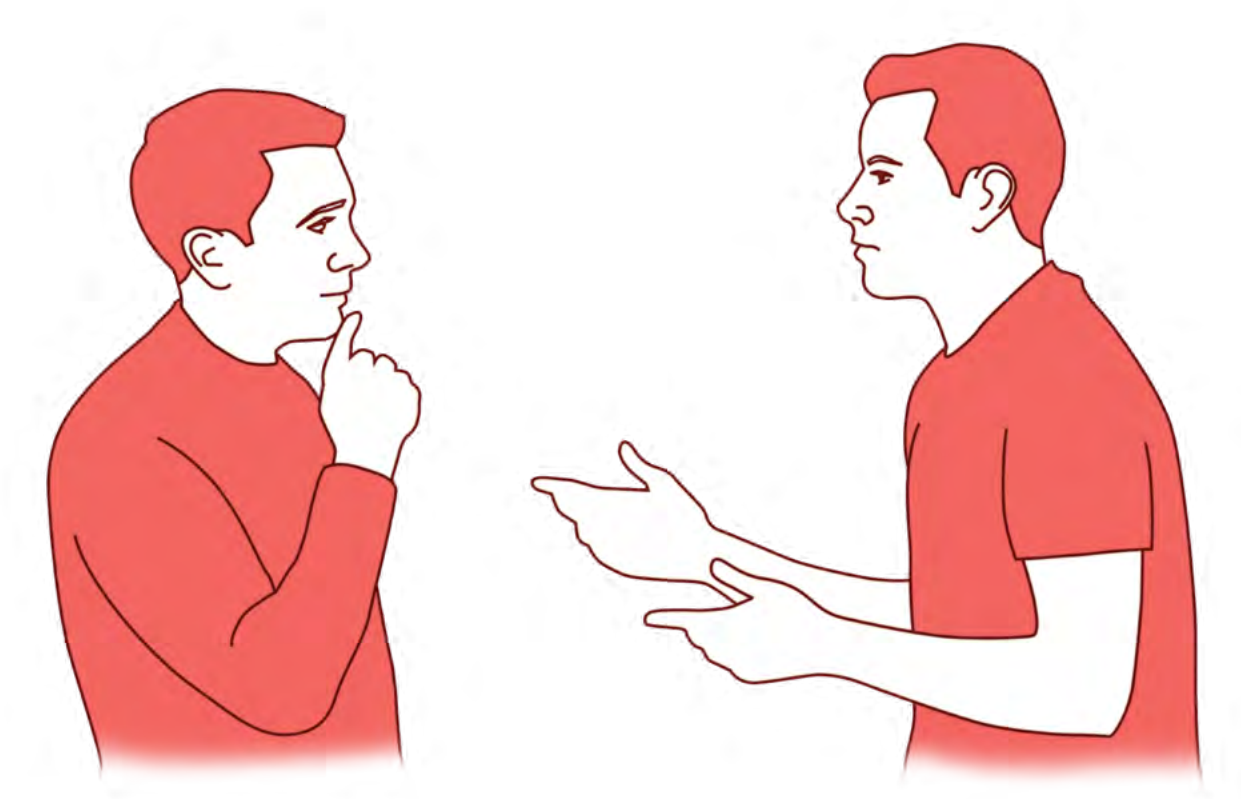
- **Douleur musculo-squelettique** : cette douleur résulte de l'usage excessif de certaines articulations ou muscles, souvent causée par des mouvements compensatoires comme l'usage des bras pour les transferts ou la propulsion en fauteuil roulant. Elle est souvent décrite comme une douleur sourde, lancinante ou une raideur musculaire. Les zones les plus touchées sont les épaules, les poignets, les coudes, le cou et le dos.
- **Douleur viscérale** : cette douleur provient des organes internes, souvent en raison de complications telles que la constipation, les infections urinaires ou des problèmes digestifs. Elle est souvent décrite comme une douleur diffuse, profonde ou mal localisée. Elle est habituellement ressentie dans l'abdomen, le bassin ou le dos, mais il est souvent difficile d'identifier précisément d'où elle provient.

Conclusion

La lésion médullaire est à l'origine de multiples complications, qui sont souvent invisibles et méconnues du personnel soignant. La prévention de ces complications et la surveillance de celles-ci font partie intégrante des routines de fonctionnement des personnes ayant une lésion médullaire. Ces dernières, avec l'expérience de la lésion, ont généralement appris à bien décoder les signaux de leur corps et sont en mesure de partager leur vécu pour vous aider à bien les soigner.

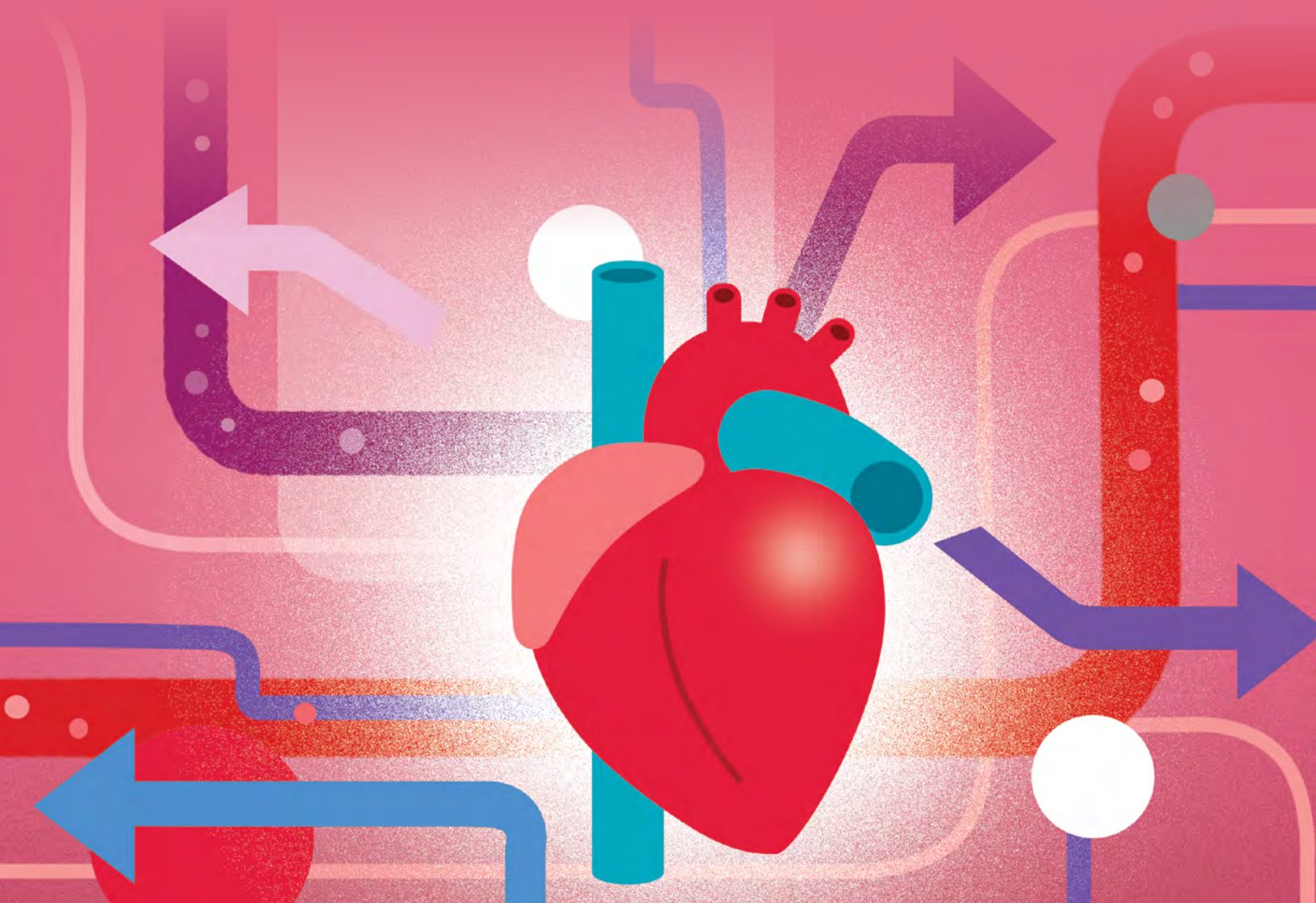
Références : https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Spasticity_Download_French.pdf

https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Pain-After-Spinal-Cord-Injury_Download_French.pdf



Module 7

Le système vasculaire et respiratoire



Introduction

En général, peu de personnes ont conscience du fonctionnement de leur système sanguin et respiratoire. Ces derniers sont gérés par le système nerveux autonome sous contrôle involontaire.

La lésion médullaire peut affecter la circulation sanguine et la respiration. Cette section explorera donc le fonctionnement des systèmes vasculaire et respiratoire ainsi que les complications possibles pour la personne ayant une lésion médullaire.

Comment fonctionne le système cardiovasculaire ?

La vidéo suivante offre un bon aperçu du fonctionnement du système sanguin :



 **Comment fonctionne le système cardiovasculaire ?**
(durée de 40 secondes) :
<https://bit.ly/systeme-sanguin>

La circulation et la respiration sont intimement liées, car le corps les régule de façon à maintenir un équilibre entre les taux sanguins d'oxygène et de gaz carbonique.

La **tension artérielle** se définit comme la force de propulsion du sang dans les vaisseaux sanguins. Elle dépend de l'action de pompage du cœur et de la tension des vaisseaux.

La tension est la résistance des parois des vaisseaux à leur contenu. Elle peut varier au cours de la journée selon l'activité ou la position. C'est la tension qui détermine le diamètre des vaisseaux. À titre d'exemple, lorsqu'on passe à la station debout, les vaisseaux dans les jambes se resserrent (vasoconstriction). Autrement, le sang aurait tendance à s'y attarder, sous l'effet de la gravité, entraînant une baisse de pression.

Comment la lésion médullaire affecte le système vasculaire ?

Avec une lésion médullaire, les vaisseaux sanguins des membres paralysés perdent leur

capacité de varier leur diamètre, ce qui altère la pression sanguine dans les membres paralysés. Ces variations sont nécessaires pour réguler la température du corps et la tension artérielle.

Voici les complications potentielles reliées à ce système :

1. Hypotension orthostatique : l'hypotension orthostatique (ou posturale) est plus commune chez les personnes dont le niveau

Quels sont les signes de l'hypotension orthostatique ?

- Migraine légère
- Étourdissements
- Vision de petits points noirs
- Évanouissement

Comment gérer l'hypotension orthostatique ?

L'hypotension orthostatique peut être traitée par une médication et une **progression graduelle de la position couchée à assise**. Le **port de bas élastiques** spéciaux et l'usage d'un **support abdominal** peuvent être recommandés au besoin.

Si la chute de tension survient lorsque l'utilisateur est assis au fauteuil roulant, vous devez basculer le fauteuil vers l'arrière de sorte que la tête de l'utilisateur soit le plus possible en position horizontale. Si la chute de tension survient lorsque l'utilisateur est assis au lit, abaissez simplement la tête de lit à plat. Dans les deux cas, cela augmentera la pression sanguine et l'utilisateur reprendra rapidement tous ses sens. Vous pouvez également lui offrir un verre d'eau, ce qui aidera à rétablir la pression artérielle.

*** Si les symptômes persistent après vos interventions, vous devez contacter les services d'urgence.**

de lésion est haut, spécialement les lésions de la moelle épinière au niveau cervical et thoracique. C'est une basse pression qui se produit lorsqu'il y a un changement de la position couchée ou assise vers la verticalisation. C'est, en quelque sorte, l'inverse de l'hypertension. Après une lésion médullaire, le diamètre des vaisseaux sanguins dans les membres paralysés ne varie plus comme avant. Les vaisseaux restent plus souvent dilatés, ce qui explique que le sang s'accumule dans la région pelvienne ou dans les jambes lorsque l'utilisateur est assis ou debout, ce qui entraîne alors une baisse de tension (voir encadré à la page précédente).

2. Thermorégulation déficiente : à la suite d'une lésion médullaire, la température corporelle a tendance à fluctuer au gré de la température ambiante. Comme mentionné précédemment, le système nerveux autonome joue un rôle crucial dans la régulation thermique (sudation, vasodilatation et vasoconstriction). Voici les deux complications possibles :

- **Hyperthermie :** désigne une élévation de la température du corps. Certaines personnes tétraplégiques ne transpirent pas ou peu, même par grande chaleur. Cela signifie qu'elles ne peuvent pas évacuer leur chaleur interne, augmentant ainsi leur risque de coup de chaleur (voir encadré à droite).
- **Hypothermie :** désigne une baisse de la température du corps résultant d'une exposition prolongée au froid. Les mécanismes corporels qui aident à maintenir une température normale, comme les frissons (qui produisent de la chaleur) et la vasoconstriction (qui réduit la perte de chaleur), peuvent ne pas fonctionner correctement chez les personnes lésées médullaires (voir encadré à la page suivante).

3. Fonctionnement du cœur altéré : une lésion médullaire supérieure à la 6^e vertèbre dorsale peut entraîner une diminution du

Quels sont les signes de l'hyperthermie ?

- Peau rougie, chaude et sèche
- Faiblesse et/ou vertige
- Vision brouillée
- Mal de tête
- Nausée
- Température corporelle élevée

Comment prévenir l'hyperthermie ?

- Éviter l'exposition directe au soleil et rechercher les endroits ombragés ;
- Augmenter la circulation d'air dans la pièce à l'aide d'un ventilateur ou d'un climatiseur ;
- Humecter régulièrement le corps de l'utilisateur à l'aide d'une serviette humide placée au niveau du cou, ou d'une bouteille munie d'un pulvérisateur ;
- S'assurer d'une bonne hydratation avec un liquide rafraîchissant.

Quels sont les dangers de l'hyperthermie ?

L'épuisement par la chaleur entraîne une perte de liquides corporels, contribuant à une hypotension artérielle. La peau devient alors moite et froide. L'épuisement peut ensuite mener à un **coup de chaleur**, qui est un revirement de situation. La peau devient alors chaude et sèche et la température corporelle grimpe, augmentant la probabilité de dommages permanents au cerveau.

*** Si la température corporelle ne peut être baissée au bout de 30 à 60 minutes, une consultation à l'urgence est nécessaire.**

Quels sont les signes d'hypothermie ?

- Peau froide
- Confusion mentale
- Somnolence
- Frissonnements

Comment prévenir l'hypothermie ?

- Protéger les extrémités (mitaines, chapeau, bas chauds, couverture, vêtements chauds, etc.) ;
- Éviter l'exposition extérieure prolongée en saison froide ;
- Garder l'environnement intérieur à une température confortable.

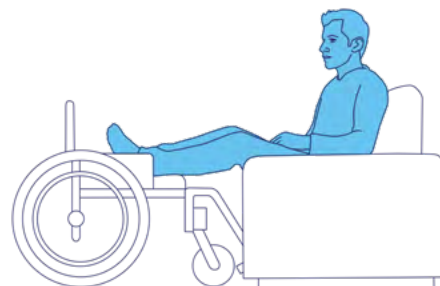
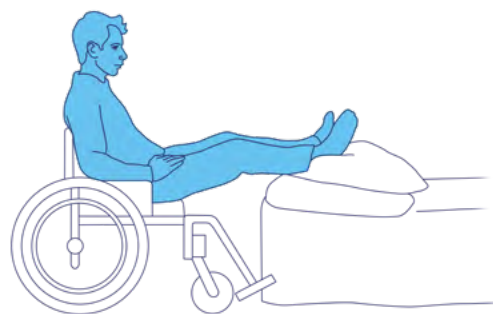
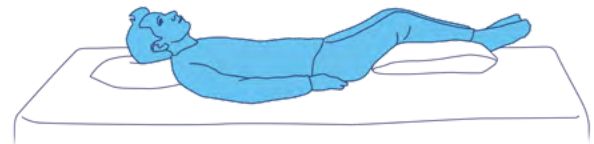
Comment réagir en cas d'hypothermie ?

- Surveiller les signes de gelure : peau bleutée qui pâlit par la suite (taches blanches) ;
- **Ne pas masser** la peau ;
- Réchauffer le corps progressivement en ajoutant des couvertures ou des serviettes imbibées d'eau chaude.

pouls et occasionner des étourdissements. Ce symptôme peut être géré grâce à une médication.

4. Œdème : les membres devenus inactifs ont tendance à enfler. L'œdème se produit lorsque des liquides contenus dans le sang quittent les vaisseaux sanguins pour se répandre entre les cellules des tissus mous de l'organisme. Chez la personne lésée médullaire, il résulte de l'absence d'activité musculaire et des mouvements qui favorisent normalement le retour du sang des membres vers le cœur. La chaleur ambiante peut également contribuer à favoriser l'œdème (*voir encadré à la page suivante*).

5. Thrombose et embolie pulmonaire : lorsque la tension artérielle diminue, le sang circule moins vite, et lorsque le sang ne circule pas assez vite, il a tendance à coaguler. Des caillots sanguins peuvent ainsi se former sur la paroi interne des vaisseaux sanguins. Une immobilité ou un alitement prolongé peuvent être à l'origine d'une thrombose, en raison du manque d'activité pour stimuler la circulation. Lorsqu'un tel caillot reste stationnaire (sur place), on



Comment prévenir l'œdème ?

Pour prévenir l'œdème des membres inférieurs, les **bas médicaux de compression**, aussi appelés bas supports ou bas de soutien, doivent être prescrits par un professionnel de la santé et doivent être indiqués à votre requête de service pour que vous puissiez les installer. Il est important de suivre la méthode d'installation et d'entretien des bas médicaux de compression. S'il y a une application de crème sur les jambes, elle doit être faite le soir après le retrait du bas, car elle peut les endommager.

Une autre façon de prévenir l'œdème est de réaliser des **exercices de mobilisation passive** des membres atteints. Ces exercices nécessitent au préalable un enseignement par un professionnel de la santé (ex. : physiothérapeute).

De plus, l'**élévation des jambes** au-dessus du cœur le plus souvent possible est un excellent moyen de prévention de l'œdème. Si la personne est alitée, il suffit de placer un oreiller sous ses mollets (en gardant les pieds dégagés pour éviter les plaies de pression aux talons). Si la personne est assise au fauteuil roulant, vous pouvez lui proposer d'élever ses jambes sur un lit ou un divan en vous assurant que les freins du fauteuil roulant soient en place. Si le fauteuil roulant est de type motorisé, une bascule peut être effectuée. Les illustrations à la page précédente montrent quelques bons exemples d'élévation des jambes.

l'appelle « thrombose ». Lorsqu'il se détache et se laisse emporter par le flot sanguin, on l'appelle « embolie ». L'embolie bloque la circulation lorsqu'elle pénètre à l'intérieur d'un vaisseau trop petit. Chez la personne lésée médullaire, cela se produit généralement dans les poumons. L'embolie pulmonaire peut être mortelle si elle bloque une grande partie de la circulation pulmonaire (*voir encadré ci-bas*).

Comment la lésion médullaire affecte le système respiratoire ?

Dans certains cas, notamment lorsque la lésion est haute, la paralysie peut atteindre les muscles de la respiration, ce qui réduit la capacité pulmonaire et la capacité à tousser (éliminer les sécrétions). Le vieillissement, tout comme le nombre d'années qui se sont écoulées depuis que la personne a une lésion médullaire, font

Comment reconnaître l'embolie ?

En cas d'embolie, les **symptômes possibles** sont : **souffle court et rapide, sensation d'étroitesse dans la poitrine, douleur thoracique aiguë lors de l'inspiration, palpitations, toux subite avec crachats sanguinolents. Il peut également n'y avoir aucun symptôme. La présence d'un seul de ces symptômes constitue une urgence médicale.**

Comment reconnaître la thrombose ?

En cas de thrombose dans un membre inférieur, **la jambe affectée dégage plus de chaleur** que l'autre et peut être **rougeâtre et enflée**. Si vous observez de tels signes et symptômes, il ne faut **surtout pas bouger la jambe** de l'utilisateur, **ne pas la masser et éviter tout mouvement** qui pourrait amener la thrombose à se détacher de la paroi du vaisseau où elle s'est formée et bloquer la circulation ailleurs dans le corps (embolie). **Ceci constitue une urgence médicale.**

que la capacité respiratoire peut se détériorer en raison de la perte d'élasticité de la cage thoracique et des poumons.

Au-dessus de la 12^e vertèbre dorsale, la lésion médullaire affecte généralement au moins un groupe musculaire participant à la respiration. Au-dessus de la 7^e vertèbre dorsale, les muscles intercostaux sont affectés, ce qui a un impact sur la capacité à tousser et la capacité pulmonaire. Dans le cas des lésions cervicales complètes, la capacité à tousser est absente et la capacité respiratoire tombe sous 40 % de la norme. Au-dessus d'une lésion de la 4^e vertèbre cervicale, le diaphragme est touché. Chez les personnes dont la lésion est située au-dessus de la 4^e vertèbre cervicale, une assistance respiratoire peut être nécessaire.

La faible capacité de tousser cause une accumulation de mucus qui peut obstruer les voies respiratoires ou entraîner une infection. Plusieurs facteurs déterminent la quantité de sécrétions qui s'accumulent dans les bronches :

- La fréquence des changements de position ;
- La capacité de tousser ;
- La profondeur de la respiration ;
- L'ingestion de liquides (si l'on ne boit pas assez, le mucus devient plus épais) ;
- L'humidité de l'air ;
- Les polluants ambiants (cigarette, fumée, pollution de l'air, allergènes provenant des animaux et des tapis, etc.).

En résumé

Trois principaux changements sont observés au niveau pulmonaire à la suite d'une lésion médullaire :

1. Changements affectant la respiration
2. Changements affectant la capacité à tousser
3. Changements affectant l'irritabilité des poumons et les mucosités

Les complications les plus communes du système respiratoire chez les personnes lésées médullaires sont :

- 1. La pneumonie** : infection et inflammation des poumons. Il s'agit d'une cause de décès fréquente chez les personnes tétraplégiques. La présence de fièvre ou une difficulté plus importante à respirer peuvent être des indicateurs de pneumonie. Il est important de diriger la personne vers une consultation médicale à ce moment.
- 2. L'apnée du sommeil** : arrêt respiratoire durant le sommeil entraînant une mauvaise oxygénation du sang et des tissus. Parmi les symptômes courants, on retrouve les ronflements bruyants entrecoupés de pauses respiratoires ainsi qu'un sommeil agité. Le traitement peut comprendre l'usage d'un appareil CPAP ou BIPAP, la perte de poids et la prise de médication. Les soins liés à l'apnée du sommeil consisteront en l'installation de différents types de masques (facial, nasal ou narinaire) avant le coucher ou en l'entretien de l'appareil. Dans les deux cas, le soin doit être indiqué à la requête de service.

Conclusion

L'ensemble des usagers lésés médullaires expérimentent des changements sur les plans cardiovasculaire et respiratoire, qui peuvent avoir des impacts considérables sur leur santé.

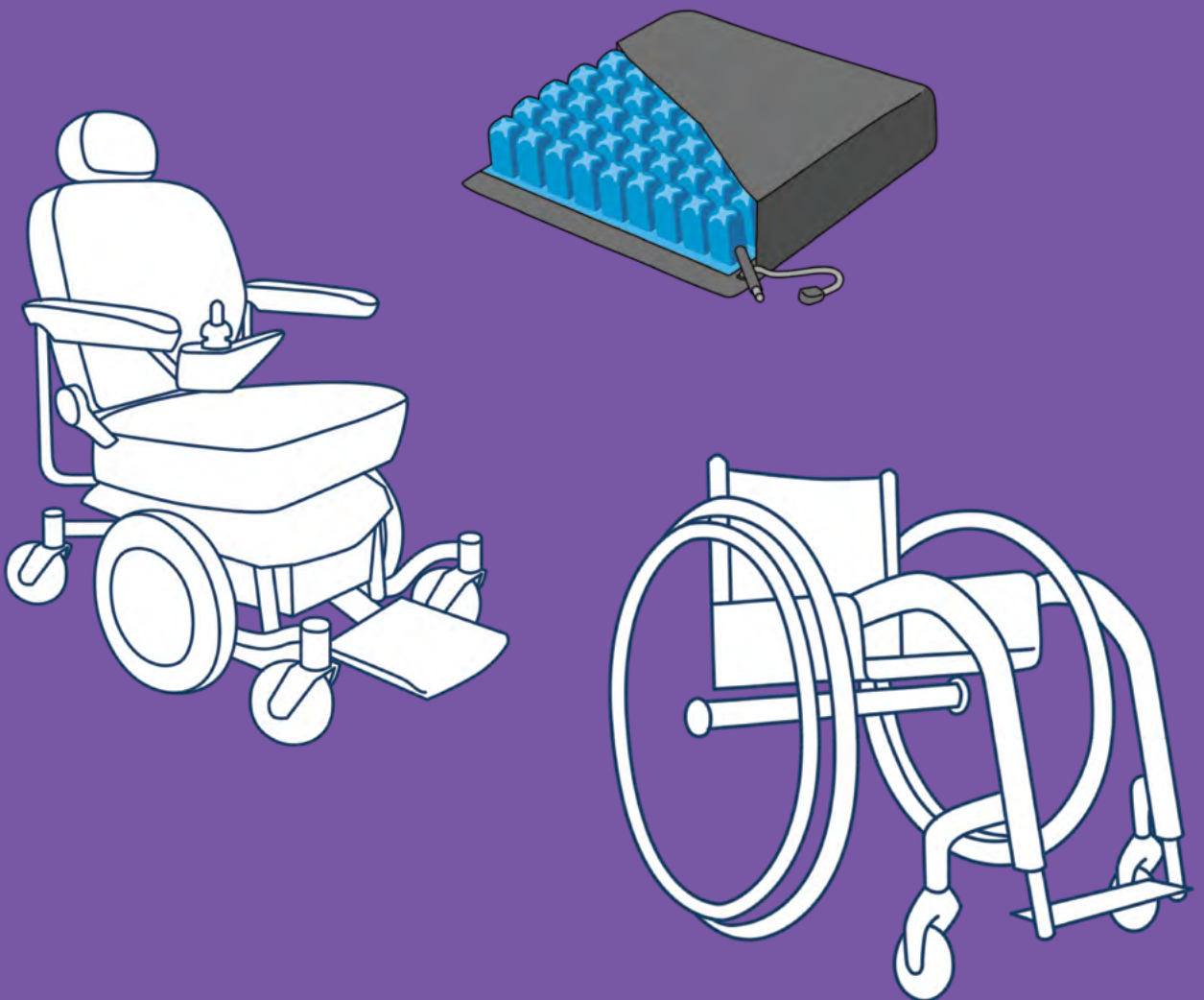
L'adoption de saines habitudes de vie et la surveillance des complications font partie intégrante des soins requis par les personnes ayant une lésion médullaire.

Références : https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Orthostatic-Hypotension_Download_French.pdf

https://community.scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE-C_Respiratory-Changes-After-SCI_Download_French.pdf

Module 8

Les équipements spécialisés et l'environnement



Introduction

Les personnes lésées médullaires ont régulièrement besoin d'équipements spécifiques pour les aider à surmonter les défis quotidiens liés à leur mobilité et à leur autonomie.

Ces équipements varient en fonction du niveau de lésion et des capacités résiduelles. Cette section présente certains équipements spécialisés couramment utilisés avec cette clientèle.

Les aides à la mobilité

Pour circuler

Les personnes ayant une lésion médullaire complète circulent en fauteuil roulant manuel et/ou motorisé. Certaines personnes ayant une lésion médullaire incomplète les utilisent également pour faciliter leurs déplacements.

De plus en plus populaires, des dispositifs permettent d'amener une motorisation au fauteuil roulant manuel, notamment pour faciliter les déplacements extérieurs.

Voici à quoi ressemblent ces différents fauteuils et dispositifs d'assistance motorisée.



Fauteuil roulant manuel



Fauteuil roulant motorisé



Différents dispositifs d'assistance motorisée sur un fauteuil roulant manuel

Pour se transférer

Selon le niveau de lésion médullaire et les capacités résiduelles, différents équipements permettent d'aider la personne à se transférer d'une surface à l'autre, notamment de passer du lit au fauteuil roulant et vice-versa. Voici certains de ces équipements. Certaines personnes seront en mesure de réaliser elles-mêmes le transfert de façon autonome à l'aide de l'équipement prévu à cette fin (ex. : planche de transfert), alors que d'autres auront besoin d'une assistance partielle (ex. : aide pour placer la planche) ou complète (ex. : lève-personne).



Planche de transfert



Lève-personne

Pour se mobiliser au lit

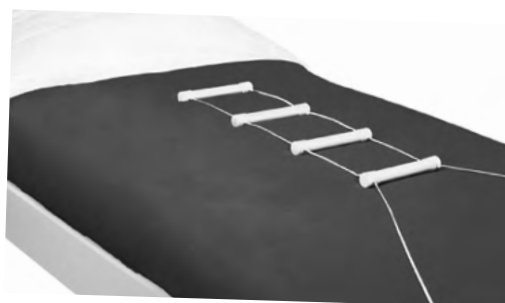
Certaines personnes auront besoin d'équipements et d'aide physique pour se mobiliser au lit. Voici certains équipements pouvant être utilisés à cette fin :



Lit électrique



Toile de glissement



Échelle de lit

Les aides pour l'hygiène et la toilette

Voici un aperçu de certains équipements utilisés pour les soins intestinaux, urologiques et d'hygiène. Certains équipements médicaux plus spécifiques ont été abordés dans la section portant sur les soins urologiques et intestinaux (ex. : cathéter, sonde urinaire).



Urinal



Siège de toilette



Chaise de douche / toilette sur roues



Banc de transfert pour la douche

Les aides à l'alimentation

Les personnes tétraplégiques ayant une atteinte de la préhension requièrent parfois des équipements pour être en mesure de s'alimenter de façon plus autonome. Voici certains d'entre eux :



Bracelet universel



Verre avec anse



Manches grossis

Les aides pour prévenir les plaies

Les personnes lésées médullaires ayant une atteinte sensitive importante sont très à risque de développer des plaies de pression lorsqu'elles demeurent dans une même position de façon prolongée (ex. : en position assise au fauteuil roulant, en position couchée au lit).



Coussin spécial de siège



Coussins de positionnement au lit

Considérations générales

Les équipements spéciaux sont recommandés par un professionnel de la santé, comme un ergothérapeute ou un physiothérapeute, pour s'assurer qu'ils soient adaptés aux besoins spécifiques de la personne.

Une formation adéquate à l'utilisation de certains de ces équipements (ex. : lève-personne), tant pour la personne que pour les aidants, est cruciale pour garantir la sécurité et l'efficacité de l'utilisateur.

La personne ayant une lésion à la moelle épinière, avec son expérience de la condition, est généralement en mesure de vous expliquer comment elle s'y prend pour utiliser ses différents équipements et ce qui est attendu de vous.

L'entretien des équipements

Une inspection visuelle et fonctionnelle est recommandée avant l'usage de l'équipement (ex. : est-ce que les freins fonctionnent ? est-ce que le coussin est bien positionné ?).

Pour le nettoyage des équipements, il est nécessaire de suivre les protocoles de désinfection et d'entretien spécifiques des équipements et/ou obtenir l'avis de l'utilisateur.

L'environnement physique

Adaptation du domicile

En plus des équipements adaptés, le domicile de la personne a possiblement été adapté pour permettre une plus grande autonomie et un accès aux pièces principales. Il n'est pas rare qu'il y ait des équipements spéciaux pour accéder au domicile, comme une rampe d'accès ou une plateforme élévatrice. Dans la salle de bain, la douche a parfois été réaménagée pour permettre un accès sans seuil et un dégagement sous le lavabo est souvent présent. Dans certains cas, la cuisine peut avoir été adaptée pour permettre à la personne de participer à la préparation des repas (ex. : comptoir abaissé et dégagé).

Pour les personnes en fauteuil roulant, des aires de circulation dégagées sont requises. Les portes sont parfois élargies pour faciliter l'accès aux pièces.



Portez une attention particulière...

Les personnes qui circulent en fauteuil roulant manuel n'ont pas accès au matériel situé en hauteur. De plus, les personnes tétraplégiques et certaines personnes paraplégiques peuvent également avoir de la difficulté à accéder au matériel rangé à basse hauteur.

Il s'avère important de s'assurer que le matériel soit placé à la disposition de la personne avant de quitter le domicile (ex. : bouteille d'eau, manette de lit, planche de transfert, médication, lunettes, téléphone cellulaire, télécommande, etc.).



En conclusion

Comme nous l'avons mentionné en introduction, la lésion médullaire est une condition complexe, qui s'accompagne de certaines manifestations et complications. Au-delà des notions et des outils présentés dans les différents modules, le point le plus important à retenir est que chaque personne lésée médullaire est experte de sa condition. Il est donc essentiel de demeurer à l'écoute et d'établir une relation bienveillante et respectueuse.

La qualité des soins offerts par le personnel d'aide à domicile est déterminante pour la santé et la qualité de vie des personnes lésées médullaires. Lorsque les soins ne sont pas adaptés à la condition de l'utilisateur ou de l'utilisatrice, les conséquences peuvent être graves.

Au moment de donner les soins à une personne lésée médullaire, dans le doute ou en présence de signes qui indiquent la présence d'une possible complication, nous vous suggérons fortement de vous référer au personnel professionnel qualifié.

En terminant, pour toute question relative aux lésions médullaires, ou pour obtenir des renseignements ou de la documentation, **Moelle épinière et motricité Québec** est la référence au Québec. N'hésitez pas à faire appel à nous !

Téléphone : 1-877-341-7272 (sans frais partout au Québec)

Courriel : info@moelleepiniere.com

Site web : www.moelleepiniere.com

Chaîne YouTube : <https://www.youtube.com/MEMOQuebec>

Mobilité et autonomie, **C'EST MA LIBERTÉ!**



**Urologie, incontinence, stomie, soins de la peau
et des plaies, aide à la vie quotidienne.**

**Michel Cullen
médical inc.**

1040, boul. Michèle-Bohec, suite 100,
Blainville (Québec) J7C 5E2
Tél. : 450 434-1920
Sans frais : 1 800 661-4441
Téléc. : 450 434-1738
info@michelcullenmedical.ca
www.michelcullenmedical.ca



**Scannez le code QR pour
en savoir plus sur nous.**