

Ministère de la Santé et de  
l'Hygiène Publique

République de Côte d'Ivoire  
Union-Discipline-Travail



# TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS (MSI) Code 1312/ Licence 2

**OPTION : INFIRMIERE**



**UNITE PEDAGOGIQUE SOINS INFIRMIERS**

**EDITION 2021**

**SOMMAIRE****Pages**

1. SOINS PRE, PER ET POST OPERATOIRES EN CHIRURGIE DIGESTIVE.....	06
2. LAVAGE D'ESTOMAC.....	10
3. DRAINAGE DE POSTURE.....	12
4. ASPIRATION DES SECRETIONS BRONCHIQUES.....	14
5. INSTILLATION BRONCHIQUE.....	16
6. LAVAGE DE PLEVRE .....	18
7. SOINS INFIRMIERS DANS LA PONCTION DE LA PLEVRE.....	19
8. LE DRAINAGE PLEURAL.....	22
9. CAT DEVANT UNE SYNCOPE.....	25
10. ROLE DE L'INFIRMIER DEVANT UNE CRISE D'ASTHME.....	26
11. SOINS INFIRMIERS DEVANT UNE HEMOPTYSIE.....	28
12. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUE.....	29
13. SOINS PRE ET POST-OPERATOIRES .....	30
14. SOINS PRE ET POST OPERATOIRES DANS L'OSTEOSYNTHESE.....	36
15. SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU RACHIS.....	40
16. SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU THORAX.....	42
17. SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU BASSIN.....	45
18. SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU CRANE.....	47
19. SOINS INFIRMIERS CHEZ LES POLYTRAUMATISES.....	50
20. SURVEILLANCE D'UN MALADE SOUS APPAREIL PLATRE.....	52
21. PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE EN TRACTION-SUSPENSION ET EXTENSION CONTINUE..	53
22. L'HYPERTENSION ARTERIELLE.....	55
23. PRISE EN CHARGE DES URGENCES HYPERTENSIVES.....	59
24. OEDEME AIGU DU POUMON.....	60
25. ANGINE DE POITRINE .....	62
26. INFARCTUS DU MYOCARDE.....	63
27. INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	65
28. LA PHLEBITE.....	66
29. L'EMBOLIE PULMONAIRE.....	68
30. SOINS INFIRMIERS DANS L'ULCERE GASTRO-DUODENAL.....	70
31. SOINS INFIRMIERS DEVANT LES HEMORRAGIES DIGESTIVES.....	72
32. SOINS INFIRMIERS DANS LES HEPATITES VIRALES.....	74
33. PONCTION D'ASCITE.....	76
34. TUBAGE GASTRIQUE .....	79
35. ASPIRATIONS DIGESTIVES.....	81
36. ROLE DE L'INFIRMIER DEVANT UNE OCCLUSION INTESTINALE.....	84
37. CAT DEVANT UNE PERSONNE PRESENTANT UNE PERITONITE.....	87
38. ROLE DE L'INFIRMIER DANS LES ETRANGLEMENTS HERNIAIRES.....	90
39. SOINS INFIRMIERS DANS LES APPENDICITES AIGUES.....	92
40. SOINS INFIRMIERS DANS LES PLAIES ET CONTUSIONS ABDOMINALES.....	94
41. LE SONDRAGE VESICAL.....	96
42. LAVAGE DE VESSIE.....	98
43. ROLE DE L'INFIRMIER EN CAS D'HEMATURIE.....	101
44. TRANSFUSION SANGUINE.....	102
45. ROLE DE L'IDE DEVANT UN MALADE ATTEINT D'UNE INSUFFISANCE RENALE AIGUË.....	107
46. L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	109
47. SOINS INFIRMIERS DEVANT UNE COLIQUE NEPHRETIQUE.....	110
48. SYNDROME NEPHROTIQUE .....	112
49. LA PYELONEPHRITE AIGUE.....	113
50. LA RETENTION AIGUE DES URINES.....	114

51. ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA PONCTION BIOPSIQUE DU FOIE.....	115
52. SOINS INFIRMIERS EN PARASITOLOGIE.....	117
53. RANGEMENT D'UNE ARMOIRE A PHARMACIE.....	118
54. LES DIURETIQUES .....	121
55. LES ANTICOANGULANTS.....	122
56. SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS INSULINE.....	124
57. CORTICOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE.....	125
58. ROLE DE L'IDE AUPRES D'UN PATIENT SOUS-CORTICOÏDES ET AINS.....	129
59. ROLE DE L'IDE DANS LA SURVEILLANCE DES ANTIBIOTIQUES.....	133
60. INCIDENTS ET ACCIDENTS DUS AUX SULFAMIDES ET ANTIBIOTIQUES.....	136
61. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	139

## PREFACE

Les soins infirmiers sont un art et une science humaniste, qui ont pour but d'aider la personne (l'individu, la famille ou la communauté) en interaction quotidienne avec son environnement, à vivre des expériences bénéfiques de santé.

L'objectif professionnel que poursuit l'infirmier (qres) ou la sage-femme au cours du processus systématique et rationnel qu'est la démarche de soins infirmiers, est d'aider la personne en changement continu à s'adapter à son environnement.

La démarche de soins, tout en adaptant les réponses infirmières aux besoins de santé des individus, des familles et des communautés, assure la visibilité et la lisibilité de la pratique soignante moderne scientifique et autonome

En s'appuyant sur un modèle conceptuel qui peut être considéré comme une théorie, la pratique infirmière démontre son caractère scientifique, et assure la reconnaissance sociale en tant que discipline scientifique. Aussi du point de vue épistémologique, cette méthode scientifique de travail qu'est la démarche de soins infirmiers, permet-elle à la discipline infirmière, d'assumer son autonomie, à partir de l'originalité et de l'exclusivité de la pensée infirmière que traduit le modèle conceptuel sur lequel s'appuie cette démarche.

C'est pourquoi, il est essentiel de souligner ici, le caractère fondamental de l'initiation des étudiants et étudiantes en préparation aux diplômes d'Etat d'infirmier(e) et de sage-femme, à cette démarche professionnelle dans la pratique infirmière.

En s'appuyant sur le modèle conceptuel de Virginia HENDERSON, qui voit l'homme comme un être multidimensionnel ayant 14 besoins fondamentaux.

L'application de la démarche de soins infirmiers aux soins généraux représente pour le futur professionnel des soins infirmiers, un outil d'apprentissage pendant les études et un guide pratique pour l'exercice professionnel.

KOFFI Kan, Infirmier, M., Sc., Université de Montréal (Docteur en soins infirmiers)

I N F A S-ABIDJAN



**SOINS INFIRMIERS GENERAUX**

# SOINS PRE, PER ET POST OPERATOIRES EN CHIRURGIE DIGESTIVE

## INTRODUCTION

Les soins pré, per et post opératoires regroupent l'ensemble des soins corporels, locaux et généraux réalisés en vue d'une intervention chirurgicale requise. Il s'agit ici d'expliquer au patient, le déroulement de l'intervention, l'acte avant, pendant et après.

Cette intervention requiert une attention particulière de l'agent de santé que vous êtes et engage votre responsabilité. Pour cela nous vous demandons votre attention soutenue tout au long de ce cours.

## I- LES DEFINITIONS

### A- LES SOINS PRE-OPERATOIRES

Les soins pré-opératoires comportent les actes à effectuer avant toute intervention chirurgicale. Il s'agit d'expliquer au patient le déroulement de la préparation pré-opératoire. Ces soins consistent également à éliminer la flore bactérienne transitoire de l'ensemble du corps du patient par les mesures d'hygiène générale.

### B- LES SOINS PER-OPERATOIRES

C'est l'ensemble des actes à effectuer pendant que l'opération se déroule au bloc opératoire. Il s'agit d'apprêter les installations de la salle de réveil et de la chambre pour accueillir le patient à sa sortie du bloc opératoire.

### C- LES SOINS POST-OPERATOIRES

Les soins post-opératoires, c'est l'ensemble des actes à poser après l'intervention chirurgicale. Il consiste essentiellement à la surveillance de l'opéré.

## II- LES SOINS PRE-OPERATOIRES PER ET POST-OPERATOIRES

### 2-1 La réalisation des soins pré-opératoires

#### 2-1-1 L'accueil et soutien psychologique du patient

C'est un moment important dans le séjour à l'hôpital en particulier en chirurgie hospitalière dans la mesure où il contribue au soutien psychologique qui s'avère la première assurance à acquérir auprès du patient

- Rassurer le patient, lui attribuer une chambre, lui donner des indications et l'installer.
- Prendre les constantes.
- Vérifier si le bilan pré-opératoire est fait et s'il est complet (NFS+VS, urée, glycémie, créatinine, taux de prothrombine, temps de céphaline, kaolin).

#### 2-1-2 Soutien psychologique

Il s'agit d'aider le patient à surmonter les difficultés physiques ou mentales pressenties ou ressenties avant l'intervention chirurgicale.

Cette préparation psychologique repose sur :

- Une bonne écoute du patient (ses craintes et ses appréhensions).
- La connaissance parfaite du dossier du client par l'infirmier.
- Une bonne relation soignant-soigné (créer un climat de confiance).
- La capacité de l'infirmier à expliquer les actes de la préparation pré-opératoire.

A cette étape, il faut demander le consentement du client et obtenir son accord pour l'intervention.

#### 2-1-3 Préparation physique du patient

La veille de l'intervention :

- Assurer la toilette pré-opératoire et l'hygiène bucco-dentaire.
- Préparer le site opératoire rasage large du thorax et de l'abdomen puis désinfecter la peau et la couvrir d'un pansement stérile.
- Faire observer un jeun de 6h à 8h avant l'intervention.
- Préparer le dossier pré-opératoire qui sera constitué de l'ensemble des données nécessaires à l'intervention et à l'anesthésie du patient, du bilan pré-opératoire, et comportera également l'état général du patient.
- Faire la prémédication 48 heures avant l'intervention.
- Oter les prothèses dentaires
- Placer une sonde vésicale à demeure
- Rassembler le dossier qui doit accompagner le malade en salle d'opération (carte de groupe sanguin, résultat d'examen, etc.)

#### 2-2 Les soins per-opératoires

Le retour du malade du bloc opératoire ne doit pas être improvisé.

Il s'agit d'apprêter la chambre du patient avant son retour. C'est un ensemble des actes effectués pendant que l'opération se passe au bloc.

- Faire nettoyer la chambre
- Refaire proprement le lit (enlever oreiller et traversin)
- Vérifier le fonctionnement des prises et des matériels d'aspiration digestive

- Apprêter le matériel de prise des constantes (tension, thermomètre, appareil à oxygène, locaux, appareil de contention, etc.)
- Réunir le matériel transfusion et perfusion.

### 2-3 Les soins post-opératoires

- Installation du client au retour du bloc opératoire se fait par le personnel du service.
- Installer le patient en décubitus dorsal la tête tournée sur le côté, éviter les fausses routes jusqu'à la reprise de la conscience.
- Suspendre et régler le débit des perfusions et transfusions.
- Ranger les bords et poches de façon à faciliter les soins.

## **III- SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE DU MALADE OPERE**

### 3-1 Surveillance du client opéré pendant les 24 heures

- Prendre connaissance du compte rendu opératoire et des prescriptions de l'anesthésie
- Surveiller les signes hémorragiques (pouls, TA,) coloration des muqueuses, respiration (recherche cyanose) et encombrement par les sécrétions bronchiques (quantité, qualité des sécrétions)

**Attention :** Des vomissements peuvent se produire. Il faut éviter qu'il ne soit inhalé (mettre le malade tête basse et sur le côté) !!

Des hémorragies importantes peuvent se produire soit par les drains soit par les plaies opératoires.

De l'agitation dans la période de réveil (risque de lever intempestif, de chutes, d'arracher les drains : présence d'une surveillance constante.

Immobiliser éventuellement les poignets par les bracelets spéciaux ou le membre porteur d'une perfusion par une gouttière appropriée.

- Recherche d'une hyperthermie/signes d'infection.
- Surveillance rénale (diurèse horaire aspect des urines).
- Au réveil complet, remettre traversin et oreillers après que le patient est repoussé la canule de Mayo.
- Dresser le bilan des entrées par perfusions et les sorties par drains et poches à urine.
- Si le client est agité, rechercher les signes de choc avec la prise de TA, pouls, respirations toutes les 30 minutes.

- Administrer des calmants si douleur
- Vérifier l'état de la plaie opératoire recherche hémorragie ou saignement de la plaie opératoire, etc.
- Vérifier l'écoulement des drains et leur adaptation au niveau des bouches.

### 3-2 Surveillance après 48 heures

- Faire le lever précoce au patient pour prévenir les complications veineuses (phlébite et embolie) et l'atonie intestinale.
- En cas de douleur, administrer des antalgiques
- Assurer les soins d'hygiène (prévention d'escarres)
- Rechercher les signes marquant la reprise du transit (gaz, premières selles)
- Faire l'ablation de la sonde naso-gastrique sous ordre du chirurgien.
- Assurer la réalimentation du patient en fonction de la reprise du transit.
- Faire le pansement selon l'avis du chirurgien
- Faire l'ablation des fils de sutures sur avis médical.
- Faire la sortie du patient (la CCC).

NB : Le malade opéré doit être calme, rose, chaud et sec et ne doit pas présenter de signes de douleurs

### CONCLUSION

L'infirmier afin de prévenir les risques que court le malade en post opératoire doit assurer des soins d'hygiène de qualité afin de minimiser les inquiétudes de la part du patient.

## LAVAGE D'ESTOMAC

### I- DEFINITION

Le lavage d'estomac est une bonne technique d'élimination de certaines toxines contenues dans l'estomac qui pourrait nuire à l'individu.

### II- INDICATIONS

- Avant l'intervention sur l'estomac ;
- Vomissement incoercible ;
- Ingestion trop grande de boissons alcoolisées ;
- Intoxication médicamenteuse (il doit être fait sitôt l'intoxication et de préférence avec un liquide contenant l'antidote du produit ingéré).

### III- CONTRE-INDICATIONS

- Coma profond ;
- Intoxication entraînant l'ulcération de la muqueuse lorsqu'il y a du sang dans les matières vomies ;
- Ulcères de l'estomac.
- Dans certaines intoxications quand la muqueuse gastrique est ulcérée il peut y avoir perforation (absorption de substance corrosive)

### IV- PREPARATION DU SOIN

Il faut prévoir :

- 1 tube de Faucher muni de l'entonnoir en verre ;
- 1 seau ;
- 1 alèse de caoutchouc ;
- 1 alèse de toile ;
- 1 haricot ;
- 1 verre contenant l'eau de rinçage de la bouche ;
- 2 verres si prothèse dentaire ;
- 1 cuvette contenant l'eau de lavage.

### V- TECHNIQUE

- Rassurer le malade et lui expliquer le soin qui va être effectué ;
- Se laver les mains ;
- Installer le malade assis confortablement, les alèses de toile et de caoutchouc nouées autour du cou ;

- Enlever la prothèse dentaire s'il y a lieu ;
- Se passer les mains à l'alcool ;
- Saisir le tube dans la main droite ;
- Le lubrifier en le trempant dans la solution de lavage ou utiliser de la glycérine ou du lait ;
- Demander au patient de pencher légèrement la tête en avant, d'ouvrir largement la bouche, de tenir le haricot sous le menton ;
- Se placer à la droite du malade ;
- Introduire le tube horizontalement sur la langue ;
- Demander au malade de faire des mouvements de déglutition tandis que l'on pousse le tube de centimètre en centimètre jusqu'à ce que le repère du tube arrive au niveau de l'arcade dentaire ;
- Pendant l'introduction du tube, le malade doit respirer profondément ;
- L'infirmier doit arrêter pendant quelques secondes si besoin est ;
- Adapter l'entonnoir de verre ;
- Le remplir en le tenant à la hauteur des genoux du malade et l'élever lentement, un peu au-dessus de la tête du patient ;
- Lorsqu'il ne reste plus qu'une petite quantité de liquide dans l'entonnoir, on retourne brusquement ce dernier au-dessus du seau ;
- La manœuvre terminée, on retire le tube et l'on fait rincer la bouche du malade.

#### VI- INCIDENTS

- Impossible d'introduire le tube chez les sujets nerveux.
- Nausées.

#### VII- ACCIDENTS

- Fausse route

#### CONCLUSION

Le lavage d'estomac comporte des risques que l'on doit éviter dans sa pratique. Il faut nécessairement connaître les contre-indications du lavage d'estomac afin de ne pas faillir à ces risques.

## DRAINAGE DE POSTURE (D D P)

### OBJECTIF GENERAL :

Connaitre la technique du DDP afin de jouer son rôle auprès d'un malade

### OBJECTIFS SPECIFIQUES;

- 1- Définir le DDP
- 2- Identifier deux indications de DDP
- 3- Maitriser la technique du déroulement du DDP
- 4- Assurez le rôle de l'infirmier auprès du malade attentif

### I-DEFINITION

C'est un soin qui facilite l'écoulement des sécrétions pulmonaires ou bronchiques retenus dans les voies respiratoires. Il peut être réalisé en mettant le malade dans des positions spécifiques selon la région à drainer, ou grâce à des lits spéciaux pouvant être basculés dans tous les sens selon la position désirée.

### II- INDICATIONS

- Trouble de la déglutition
- Paralysie des muscles jouant un rôle dans la respiration
- Encombrement bronchique diffus ou localisé
- Vomique

### III- TECHNIQUE DU DRAINAGE DE POSTURE

- Si l'on a un lit spécialisé
- Sans lit spécialisé ; le malade est installé par l'infirmier selon la région du poumon à drainer/ Pour drainer les lobes supérieurs le malade est en position :
  - Assise penchée en avant sur le côté.
  - Position de décubitus dorsal avec un coussin sous le thorax
  - Position de décubitus ventral le côté malade soulevé par un coussin
- Pour drainer le lobe moyen et inférieur ;
  - Position déclive latérale droite ou gauche sur le ventre ou sur le dos.
- Chaque séance comprend généralement plusieurs positions et dure environ 30 à 60 minutes
- Les séances doivent être répétées plusieurs fois par jour et tous les jours jusqu'au tarissement des écoulements. Il faut débiter par des séances de 10 mn

#### IV- ROLE DE L'INFIRMIER

- Faire comprendre au malade la nécessité du soin
- Détendre le malade le plus possible car il est handicapé
- Noter les résultats des expectorations à savoir quantité, odeur aspect consistance couleur
- Surveiller les sécrétions abondantes qui peuvent provoquer la toux la cyanose surtout lors des changements de position
- Prélever un échantillon pour analyse

## ASPIRATION DES SECRETIONS BRONCHIQUES

### OBJECTIFS:

1. Expliquer la technique de l'aspiration des sécrétions bronchiques
2. Enoncer le but essentiel de l'aspiration des sécrétions bronchiques
3. Enumérer le matériel nécessaire pour une l'aspiration des sécrétions bronchiques
4. Décrire la technique de l'aspiration des sécrétions bronchiques

### I- GENERALITES

Cette technique consiste à évacuer les sécrétions contenues dans l'arbre bronchiques à l'aide d'une sonde reliée à un systqme d'aspiration. Elle est indiquée chaque fois que l'expectoration par la toux ou exercice respiratoire ne débarrasse pas suffisamment la trachée des sécrétions bronchiques.

On peut aussi faire l'aspiration pour les trachéotomisé et au cours d'une bronchoscopie.

### II- PREPARATION DU MATERIEL

- sonde stérile
- lubrifiant (vaseline)
- 2 flacons (Un pour l'eau stérile, l'autre pour l'antiseptique)
- Un systqme d'aspiration
- Un bocal relié à l'aspirateur pour recevoir les sécrétions
- Des gants stériles
- Une serviette pour protéger le malade
- Les anesthésiques
- Un pulvérisateur
- Des tonicardiaques

### III- TECHNIQUE

#### A- Aspiration des sécrétions bronchiques par sonde trachéale

- Installer le malade assis dans son lit bien callé par les deux oreillers protégé par la serviette
- Anesthésie de la narine et de la gorge
- Mettre les gants
- Lubrifier la sonde, la clamber et l'introduire dans la narine
- Lorsque la sonde est dans le pharynx, maintenir la langue avec des compresses
- Faire progresser la sonde dans la trachée

- Aspirer en retirant doucement la sonde à chaque aspiration, rincer la sonde dans le bocal prévu à cet effet
- Recommencer l'aspiration si nécessaire

#### B -Aspiration après bronchoscopie

- Elle se fait dans un but diagnostique. Les sécrétions prélevées sont soumises à un examen cytologique dans les cas d'une suppuration bronchique.

#### C - Aspiration après la pose d'une canule trachéale

- Asepsie rigoureuse
- Rincer la sonde, l'essuyer avec des compresses stériles
- La relier à l'aspirateur
- Introduire la sonde dans la canule et aspirer lentement
- Rincer la sonde et la mettre dans la solution antiseptique

NB: éviter les va-et-vient de la sonde qui risquent d'irriter la trachée. Après l'aspiration, réinstaller le malade, noter la quantité des sécrétions. Nettoyer le matériel et le stériliser.

## INSTILLATION BRONCHIQUE

### I- DEFINITION

C'est la mise en contact direct d'un antibiotique ou d'un médicament avec la muqueuse bronchique

### II - INDICATIONS

- Suppuration bronchique pulmonaire
- Dilatation des bronches
- Inflammation bronchique tenace

### III - PREPARATION DU MALADE

Pour la première séance

- Expliquer au malade le soin qui va lui être fait
- Le malade doit être à jeun ; ne pas manger, ne pas boire depuis la veille à minuit
- Ne pas fumer
- S'assurer que le malade est à jeun le jour même de l'opération
- 3 /4 h d'heures avant, faire la prémédication ordonnée plus atropine
- Enlever les prothèses dentaires

Pour les séances suivantes

- Malade à jeun
- Faire atropine sur l'avis du médecin

### IV - PRÉPARATION DU MATÉRIEL

- ☒ Anesthésie locale
- ☒ Sonde de METRAS (sonde à bout effilé avec un mandrin) ☒ Aspirateur
- ☒ Seringue pour injection
- ☒ Solution médicamenteuse
- ☒ Lubrifiant
- ☒ Cupule flambée
- ☒ Compresses et un haricot

### V- TECHNIQUE

Après une anesthésie locale, la sonde de METRAS est introduite dans la trachée puis dans les bronches

Aspiration bronchiques des sécrétions bronchiques de mucosités Instiller le produit

Ablation de la sonde : le malade doit rester dans la position qui lui a été indiquée (doit garder le lit) pendant 20 à 30 mn. Il doit faire un effort pour ne pas tousser ni cracher

#### VI - SURVEILLANCE DU MALADE

Veiller au maintien de la position après l'instillation Surveiller le faciès et la respiration

Ne pas donner à manger dans les heures qui suivent les soins

## LAVAGE DE PLEVRE

### I- DÉFINITION

C'est l'irrigation de la plèvre dans le but de la débarrasser de ses impuretés. Le lavage de la plèvre complète parfois la ponction évacuatrice ou du drainage aspiratif dans les pleurésies.

### II- INDICATIONS

- Pleurésie purulente après une ponction évacuatrice
- En chirurgie thoracique

### III- MATÉRIEL

(Idem ponction évacuatrice)

Pour le lavage lui-même il faut :

- Du sérum physiologique 500 cc + antibiotique ou enzymes fibrinolytiques
- Le pleuro-laveur de tournant
- Une seringue de 20 à 50ml
- Une potence

### IV- PRÉPARATION DU MALADE (voir ponction évacuatrice)

### V- TECHNIQUE

Le liquide pleural est évacué, le lavage doit être effectué jusqu' à obtenir un liquide clair,

- mettre un drain en place, pincer.
- IL faut arrêter le lavage si le malade éprouve une sensation de constriction thoracique
- Après le lavage, faire une injection d'antibiotique

### VI- SURVEILLANCE (VOIR PONCTION EVACUATRICE)

Néanmoins elle portera sur :

- la respiration
- la toux
- la dyspnée
- les constantes (TA, Pouls)
- le faciès et le comportement général

## **I-DEFINITION**

La ponction de plèvre consiste à introduire une aiguille dans la cavité pleurale en vue de prélever le contenu.

## **II-BUTS**

La ponction de plèvre est utilisée dans un but :

### **- diagnostic :**

Ponction exploratrice : Vérification de l'existence de liquide

- Etude de la nature du liquide (séro-fibrineux, exsudat, transsudat, purulent, hémorragique)
- Examen du liquide : chimique, bactériologique ou cytologique

Ponction biopsie : de la plèvre ou du poumon

### **- évacuatrice :** évacuation d'un épanchement pleural devant une :

- Dyspnée importante
- Cyanose
- Tachycardie
- Insomnie :

### **- thérapeutique :**

Lavage de plèvre, injection de médicament

## **III-CONTRE-INDICATIONS**

- Trouble d'hémostase
- Malformation des côtes

## **IV-PREPARATION DU MALADE**

- informer le malade et lui expliquer que c'est un acte simple et courant
- le rassurer et lui demander sa collaboration
- s'assurer que le malade n'est sous traitement anticoagulant en cas de ponction biopsie
- vérifier la présence des radiographies pulmonaires dans le dossier du malade
- administrer la prémédication une demi-heure avant la ponction.

## **V-PREPARATION DU MATERIEL**

Le matériel sera fonction du type de ponction à effectuer, mais il comportera toujours

- nécessaire pour anesthésie
- sparadrap, haricot

Pour une ponction exploratrice

- trocart de Kuss avec mandrin de gros calibre
- seringue de 20 ml étanche
- tube à essai stériles dont un contenant un anticoagulant
- bulletin de laboratoire

Pour une ponction évacuatrice

- trocart de Kuss, de Tournant ou de Bernoux
- tubulure (perfuseur) ou aspirateur électrique ou seringue de tournant
- bocal gradué pour recueillir le liquide pleural

Pour une ponction exploratrice

- trocart
- seringue de tournant
- bocal gradué
- produit médicamenteux

Pour une ponction biopsie

- aiguille de Castelain ou d'Abrams
- flacon contenant un fixateur (formol) pour les prélèvements.

## **VI-ROLE INFIRMIER**

### ***a- Avant***

Préparation du patient :

- Assurer une bonne préparation psychologique
- Faire :
  - Radio pulmonaire (F/P)
  - Bilan d'hémostase
  - Groupage
- Donner une prémédication si besoin

Préparation du matériel :

- Matériel spécifique de la ponction
- Matériel standard
- Matériel de protection
- Nécessaire pour :
  - Anesthésie locale
  - Faire un pansement

### ***b- Pendant***

Installation du patient :

Installer confortablement le patient :

- Patient assis au bord du lit, les pieds posés sur une chaise, les bras reposant sur un oreiller posé sur les genoux
- Assis dans son lit, les bras reposant sur un oreiller placé sur l'adaptable
- Patient allongé dans son lit sur le côté sain, le bras du côté à ponctionner est relevé au-dessus de la tête

### ***Ponction:***

- Dégager la région à ponctionner
- Servir le médecin
- Reprendre la matité
- Après la désinfection de la peau, effectuer une anesthésie locale
- Introduire le trocart au ras du bord supérieur de la côte
- La plèvre étant perforée, retirer le mandrin et adapter la seringue à l'aiguille pour éviter l'entrée d'air dans la plèvre

Pour une ponction exploratrice :

- Recueillir 10 à 20 cc du liquide dans les tubes pour la laboratoire

Pour une ponction évacuatrice :

- Après avoir enlevé le mandrin, adapter à l'aiguille le système d'aspiration
- Retirer le liquide lentement
- Ne pas dépasser l'évacuation d'un litre du liquide
- Avant d'enlever l'aiguille, remettre le mandrin
- Faire un pansement aseptique

Pour une ponction thérapeutique :

- Après avoir enlevé le mandrin, adapter la seringue et injecter lentement le MDT

Pour une ponction biopsique :

- Mettre le fragment prélevé dans le flacon contenant le liquide de Bouin et l'envoyer au laboratoire.

### **c- Après**

- Réinstaller le patient en position assise ou ½ assise
- Surveiller :
  - Les constantes
  - Faciès du patient, coloration des téguments
  - Les crachats et noter ses quantités
  - Faire une radio pulmonaire de contrôle
- Signaler toute anomalie au médecin

### **VII-INCIDENTS ET ACCIDENTS**

- Ponction blanche
- malaise
- Hématome pariétal
- Lipothymie, cyanose
- OAP, toux
- Pneumothorax
- Hémoptysie passagère

### **CONCLUSION**

La ponction pleurale est acte médicale. L'infirmier va collaborer avec le médecin et surveiller le patient avant pendant et après la ponction.

## LE DRAINAGE PLEURAL

### I- Définition

Le drain thoracique ou drainage pleural est l'introduction d'un drain dans l'espace pleural pour évacuer tout épanchement gazeux (pneumothorax), hémorragique (hémothorax) ou liquidien (pleurésie).

### II. Indications

- Epanchement dans la cavité pleurale :
  - Pneumothorax : épanchement gazeux dans la cavité pleurale.
  - Hémothorax : épanchement hémorragique dans la cavité pleurale.
  - Pleurésie : épanchement liquidien dans la cavité pleurale.
  - Pyothorax : épanchement purulent dans la cavité pleurale.
  - Chylothorax : épanchement de chyle (lymphe essentiellement issue du tube digestif) dans la cavité pleurale.
- Chirurgie thoracique : drainage post-opératoire après résection pulmonaire.

### III- Matériel

- **Matériel pour la pose du drain thoracique :**
  - drain pleural
  - bocal
  - système aspiratif
  - Champ fenêtré stérile.
  - Champ de table stérile.
  - Bistouri stérile.
  - Fil de suture non résorbable.
  - Compresse stériles.
  - Produits pour l'antisepsie :
  - Seringues stériles de 10 ml.
  - Eau distillée stérile.
  - 2 pinces Kocher (clamp).
  - Pince à traire.
  - nécessaire pour Pansement.
  - Bandes adhésives.
- **Matériel pour l'anesthésie locale :**
  - Anesthésique local : lidocaïne 1% (Xylocaïne®).
  - Seringue de 10 ml.
  - Aiguille intramusculaire
- **Matériel pour l'habillage :**
  - Tenue du médecin :
    - Casaque stérile.
    - Gants stériles à usage unique.
    - Bavette.
    - Charlotte.
  - Tenue de l'infirmier :
    - Bavette.
    - Charlotte.
    - Gants non stériles à usage unique.
- **Matériel divers :**
  - Tondeuse ou rasoir.

- Réniforme (haricot).
- Sac à élimination des déchets papier et matériel non contaminé.
- Sac à élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux.
- Conteneur à déchets contaminés piquants et tranchants.
- Désinfectant de surface.
- Nécessaire à l'hygiène des mains.

#### **IV-REALISATION DU SOIN**

- Prévenir le patient, lui expliquer le processus du soin et ces objectifs.
- Installer le patient:
  - Position demi-assise: épanchement gazeux.
  - Décubitus dorsal : épanchement liquidien.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains.
- Installer le matériel après vérification des dates de péremptions et de l'intégrité des emballages.
  - Installation sur une surface propre et désinfectée au préalable.
  - Installer les poubelles de tri des déchets au pied du lit du patient.
- S'habiller (bavette, charlotte).
- Si besoin, dépiler la zone à ponctionner avec une tondeuse ou aux ciseaux, ne pas raser.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains.
- Ouvrir aseptiquement les paquets de compresses et les imbiber avec le savon antiseptique
- Aide à la réalisation de la ponction
- Raccorder le drain au système de drainage de façon stérile
- Fixation du cathéter à la peau (suture)
- Réglage du débit de l'aspiration selon prescription:
  - 10 cmH<sub>2</sub>O : enfant prématuré, nouveau-né, nourrisson de 4 à 10 kg.
  - 15 cmH<sub>2</sub>O : enfant de 10 à 20 kg.
  - 20 cmH<sub>2</sub>O : enfant > 20 kg et adulte.
- Réalisation du pansement :
  - Eliminer les déchets contaminés et désinfecter le matériel utilisé ainsi que le plan de travail.
  - Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains.
  - Faire prescrire une radiographie pulmonaire pour vérifier la position du drain.
  - Transmission ou noter les constats : site de ponction, réaction du patient, accidents, complications.

#### **V- RISQUES ET COMPLICATIONS**

##### **Lors de la pose**

Malaise vagal.

Douleur.

Hémorragie : lésion de l'artère intercostale.

Perforation d'un organe : poumon, foie, rate.

Embolie gazeuse.

##### **Lors du drainage**

Hypotension : drainage trop rapide.

Œdème pulmonaire : réexpansion brutale du poumon.

Déconnexion du drain :

Ablation accidentelle du drain :

Surveillances

##### **Durant la pose**

Surveillance de l'état clinique du patient : malaise, état de choc.

Surveillance de la fonction respiratoire : fréquence, amplitude, saturation en oxygène, couleur des téguments.

Surveillance de la fonction cardio-circulatoire : pression artérielle, fréquence cardiaque, couleur et chaleur des téguments.

Surveillance de la douleur.

### ❖ Durant le drainage

Surveiller la position du patient.

Installer le patient dans une position qui permet de :

Faciliter le drainage, l'expectoration et améliorer la fonction respiratoire : position demi-assise. Décubitus dorsal chez les patients intubés et/ou inconscients.

Surveiller la quantité, l'aspect du liquide pleural recueilli (Hémorragique, purulent, clair.)

Surveiller et faire un bilan des entrées/sorties et compenser les pertes.

Surveiller le débit. S'il est > 200 ml/h : avertir le médecin.

Surveillance de la fonction respiratoire

Fréquence, amplitude

Gazométrie artérielle.

Radiographie pulmonaire.

*Surveiller le Système de drainage :*

Etat cutané au niveau du site d'insertion du drain.

Étanchéité des connexions.

Intégrité des tuyaux.

Maintien du système de drainage en position déclive par rapport au patient.

Traire le drain toutes les 6 heures pour faciliter la progression d'éventuels caillots ou dépôts de fibrine.

## CAT DEVANT UNE SYNCOPE

### DEFINITION

La syncope est une perte momentanée de connaissance, de sensibilité, du mouvement volontaire avec arrêt de la respiration et de la circulation.

### I- CAUSES

- Névropathies ;
- Fatigue ± peur ± émotions ;
- Cardio-vasculaire ;
- Cérébrale ;
- Infectieuse.

### II- SIGNES

- Bourdonnement d'oreilles ;
- Eblouissement ;
- Angoisse ;
- Besoin d'air ;
- Vertiges ;
- Perte de connaissance de durée variable ;
- Pâleur ;
- Pouls filant ;
- Respiration et circulation ralentie.

### III- TRAITEMENT

- Etendre le malade tête basse ;
- Toni-cardiaques (Hept-amyl) ;
- Respiration artificielle si besoin (bouche à bouche) ;
- Oxygénothérapie (cas grave) ;
- Massage cardiaque.

### **Définition**

L'asthme est une maladie chronique se traduisant par une bradypnée expiratoire (lente, pénible), sifflant et longue consécutive à une obstruction des voies aériennes.

### **Physiopathologie**

Le mécanisme physiopathologique est la survenue d'un œdème des bronches avec une hypersécrétion des cellules à mucus. Tout ceci va aboutir à une forte diminution du calibre bronchique et qui va entraîner un important gêne au passage de l'air, réalisant ainsi le bronchospasme.

### **Origine de la crise :**

L'origine allergique de la crise est toujours fréquente

Infection respiratoire

Problèmes psychologiques

Arrêt brutal des corticoïdes

### **Symptômes :**

Signe de gravité

Crise d'intensité inhabituelle et évoluant rapidement

Assis, le malade est incapable de parler

Agitation (signe d'hypoxie et d'hypercapnie cérébral)

Respiration sifflante, haletante, sueur, cyanose

Fréquence respiratoire >35 mouvements /min

Tachycardie, HTA

Signe d'alarme

Altération de la conscience

Pauses respiratoire et disparition des sifflements

Hypotension

Pouls >140/min

### **Activités infirmière**

#### **Accueil du patient en crise**

L'installer en position assise, maintenu par plusieurs coussins

Le rassurer et l'encourager

Laisser la sonnette à sa portée afin qu'il puisse signaler une aggravation de son état respiratoire.

Rassurer le patient

Poser une voie veineuse périphérique

Prendre les constantes : respiratoire : fréquence respiratoire, aspect des mouvements thoraciques ;

hémodynamique : tension artérielle, pouls, turgescence jugulaire

Rechercher les signes de gravité à l'arrivée et les noter

Appeler le médecin en urgence

Réunir le matériel d'oxygénothérapie

Collaborer à la mise en route de l'oxygénothérapie.

Administrer le traitement institué:

- corticoïdes : diminuent l'inflammation des bronches : prednisone (cortancyl), béta-méthasone (celesten) méthylprednisone IV (solumédrol)
- bêta-2-mimétique : permet la relaxation des muscles bronchique ; diminue la broncho-constriction (Salbutamol (ventoline) terbutaline (bricanyl, turbuhaler))

Effectuer le Prélèvement sanguin pour les examens de : NFS, ionogramme

Préparer le malade pour une radio pulmonaire s'il y a des signes d'infection

Effectuer l'Electro-Cardio-Gramme

Rechercher les signes de gravité sous traitement

NB : un état de mal asthmatique sous respirateur qui s'aggrave brusquement est fortement suspect de pneumothorax : il faut appeler immédiatement le médecin pour confirmation du diagnostic et éventuel drainage.

### **Informations et éducation relatives à l'hygiène de vie**

- Traitement préventif de la crise d'asthme (en aérosols doseurs le plus souvent) à suivre scrupuleusement
  - Supprimer le ou les allergènes pour éviter les crises d'asthme allergique : lutter contre les acariens de la poussière de maison (supprimer moquette et tentures, passer l'aspirateur tous les jours en portant un masque), ainsi que les phanères d'animaux, moisissures, pots de fleurs, produits ménagers sous forme d'aérosols, cosmétiques allergisants. Eliminer : matelas de laine, oreillers en duvet, édredons. - Aérer la literie chaque jour au soleil (si cela est possible).
  - Retirer les climatiseurs et humidificateurs (favorisent la prolifération des bactéries et moisissures).
  - Ne pas fumer !! Eviter les odeurs de cigarette, de peinture, vernis.
  - Donner une Alimentation équilibrée (choisir des aliments sans colorants ni additifs car allergisants)
  - Pratiquer une activité physique régulière, non violente (marche, natation)
  - Préférer les climats secs et chauds, loin des pollutions industrielles
  - Eviter le travail du bois
  - Lors des pics polliniques : éviter les promenades en campagne
  - Eviter l'automédication et prendre uniquement le traitement prescrit
- Médicaments contre-indiqués chez les asthmatiques : bêta bloquants, Prostigmine, Mucomyst, vaccins contenant de l'œuf (si allergie)
- Eviter l'oxygénothérapie à trop fort débit
  - Tenter d'identifier les allergènes : interrogatoire, tests cutanés : les supprimer ou éviter leur contact
  - Rechercher et soigner les foyers infectieux : ORL, dentaires
  - Apprendre à bien utiliser les aérosols doseurs (utiliser une chambre d'inhalation si nécessaire).

## SOINS INFIRMIERS DEVANT UNE HEMOPTYSIE

### **I-Définition**

Une hémoptysie est définie par l'expectoration de sang rouge aéré provenant des voies aériennes sous-glottiques.

### **II-Diagnostic différentiel**

- hématémèse (vomissement hémorragique par saignement du tractus digestif)
- épistaxis (saignement d'origine ORL)

### **III-Étiologies**

- tuberculose pulmonaire
- cancer broncho-pulmonaire
- dilatation des bronches

### **IV- activités de soins infirmiers**

- accueillir et installer le patient
- rassurer le patient
- surveiller la fréquence respiratoire et cardiaque
- donner un pot à cracher
- prendre une voie veineuse périphérique
- isoler le patient chez qui vous suspectez une tuberculose pulmonaire
- rechercher les signes d'alerte

## L'insuffisance respiratoire aigüe

### Définition :

L'insuffisance respiratoire se définit comme l'incapacité de l'appareil respiratoire à assurer son rôle, c'est-à-dire assurer une hématose (transformation du sang veineux, chargé en CO<sub>2</sub>, en sang artérielle riche en O<sub>2</sub>) normale, elle peut être chronique (d'installation lente) ou aigüe (d'installation brutale)

### Rôle infirmier :

Reconnaître l'Insuffisance Respiratoire : pour que l'intervention infirmière soit raisonnable.

Désencombre, désobstruer les voies respiratoires.

- Position ½ assise : pour faciliter l'expectoration du malade et l'examen auscultatoire,
- Position latérale de sécurité en cas de vomissements pour éviter l'inhalation bronchique
- Aspiration pharyngée
- Canule de Mayo
- Clapping (tapotement répété de la cage thoracique)
- Si besoin intubation trachéale ou trachéotomie permettant les aspirations basses
- Oxygénation : par sonde nasale, ventilation artificielle
- Abord veineux
- Recherche des signes associés
- Reconnaître : le risque d'un collapsus de ventilations (chute de la TA lors de la mise en route d'une ventilation trop efficace) et les dangers d'une oxygénation intempestive
  - Chez les IR de longue date, l'administration soudaine d'O<sub>2</sub> sans précaution en l'absence de ventilation assistée peut aboutir à une apnée par dépression bulbaire
  - L'O<sub>2</sub> pur ne doit être pas donnée de façon inconsidérée il y a risque d'intoxication par O<sub>2</sub>. Il entrave la respiration cellulaire et pouvant donner des convulsions, des lésions pulmonaires
- Ne prendre aucune médication sans avis du médecin : AINS, AIS
- Prévenir le médecin de tout saignement
- Faire régulièrement le Taux de Prothrombine et contrôler l'action des médicaments.

## SOINS PRE ET POST OPERATOIRES

### I- PERIODE PRE-OPERATOIRE

Les examens pré-opératoires permettent de faire le bilan de la résistance et de dépister les tares latentes : les soins pré-opératoires permettent de corriger ces déficiences.

#### 1) Bilan pré-opératoire

Il comprend 2 sortes d'épreuves :

- Epreuves cliniques : au lit du malade, procéder par l'interrogatoire sur les antécédents. Ex : (tuberculose, phlébite, diabète, etc...).
- Examen psychique : malade nerveux ou calme ;
- Epreuves biologiques : examens standards qu'on doit effectuer avant toute intervention quel qu'elle soit :
  - ☒ Examen complémentaire qui comprend l'étude d'un ou plusieurs appareils.

#### a. Examens standard

- Albumine/ sucre dans l'urine ;
- NFS : glycémie ;
- Cholestérol ;
- Groupe sanguin (RH) ;
- Protides ;
- Temps de saignement ;
- Temps de coagulation ;
- Taux de Prothrombine ;
- Test à l'héparine.

#### b. Interprétation

- La numération globulaire :
  - ☒ Elle consiste à étudier des nombres des globules rouges. Il y a risque grave en dessous de 3 000 000 par mm<sup>2</sup>. Faire une transfusion avant et pendant l'opération.
- Temps de coagulation :
  - ☒ Temps de coagulation très augmenté, risque d'hémorragie opératoire et post-opératoire.
  - ☒ Temps de coagulation très diminué ; coagulation exagérée d'où risque de phlébite (faire test à l'héparine) ;

- Temps de saignement :
  - ☒ Temps de saignement très long, risque d'hémorragie ;

- Taux de prothrombine ou méthode de Quick :

La Prothrombine est le facteur de coagulation sanguine produite par le foie. Ce facteur existe normalement dans le sang au taux de 100%. Il y a risque d'hémorragie si le taux est à 30% et de phlébite lorsque le taux est augmenté.

## 2) Soins pré-opératoires

Ils peuvent se classer en 2 catégories :

- Soins lointains (jours qui précèdent l'opération jusqu'à la veille au soir de la date fixée).
- Soins immédiats (depuis la veille au soir jusqu'à l'arrivée en salle d'opération)
  - a. Soins lointains
  - Soins ordinaires à tous les opérés et à tous les cas simples :
    - ☒ Préparation psychologique,
    - ☒ Repos,
    - ☒ Désinfection buccale soigneuse, ☒ Jeun pré-opératoire,
    - ☒ Le déjeuner la veille de l'opération doit être normal, le dîner sera léger, ☒ Propreté du corps (bain, douche),
  - Soins spéciaux pouvant être demandés par le chirurgien.
    - b. Soins immédiats
    - La veille au soir :
      - ☒ Alimentation très légère,
      - ☒ Donner des tranquillisants ;
    - Le matin de l'intervention
      - ☒ Faire la toilette de l'opéré s'il ne peut pas le faire lui-même, ☒ Donner des soins spéciaux s'il y a lieu
      - ☒ Faire uriner le malade,
      - ☒ Habiller l'opéré,
      - ☒ Enlever la prothèse dentaire et les bijoux.
    - Pré-médication anesthésique

Elle joue un rôle très important et capital dans la prévention du choc anesthésique. Donner selon le protocole habituel du service... L'infirmier(e) doit accompagner son malade jusqu'à la salle d'opération : sa présence pouvant être un élément de calme et de sécurité (confiance).

## II- PERIODE POST-OPERATOIRE

Elle dure depuis la pose du dernier fil sur la paroi opérée jusqu'au départ du malade qui a lieu normalement vers le 3<sup>e</sup> jour au 10<sup>e</sup> jour selon le cas.

Les complications de la période post-opératoire ne peuvent pas toujours être évitées ; mais décelées tôt elles peuvent être facilement guérissables.

### 1) Evolution de la maladie post-opératoire

Elle dure habituellement de 4 à 5 jours.

Le jour de l'intervention, on constate :

- Une température aux environs de 38° ;
- Une transpiration abondante, soif intense ;
- Vomissements inconstants.

Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jours :

- Tableau indiqué mais atténué,
- Température : la même ou un peu augmentée,
- Oligurie,
- Asthénie,
- Coliques intestinales ; abdomen ballonné,
- Insomnie.

Le 4<sup>e</sup> jour est en général marqué par une crise polyurique, la température tombe et le malade est pratiquement guéri.

### 2) Soins post-opératoires immédiats

a. Préparation de la chambre

- Sitôt le départ du malade pour la salle d'opération, aérer la chambre pendant quelques instants,
  - Préparer le lit suivant l'intervention faite. Si besoin, mettre un arceau chauffant ou une bouillotte. Mais avoir soins de retirer au retour de l'opéré,
  - Préparer une table sur laquelle :
    - ☒ Appareil = TA
    - ☒ Analeptiques cardio-vasculaires
    - ☒ Seringues, aiguilles, lime, coton, alcool, réniforme, ☒ Serviettes ou alèze (pour les vomissements),
    - ☒ Le nécessaire pour : perfuser, drainage aspiratif, aspiration gastrique, aspiration bronchique
    - ☒ Un pied à sérum près du lit ☒
- Matériel à oxygène

#### b. Transport de l'opéré

La surveillance du transport doit être assurée si possible par l'anesthésiste et pratiquée sauf exception après le retour des réflexes. Le transport doit se faire avec beaucoup de douceur pour éviter le choc opératoire. Si une perfusion est en cours, la continuer pendant le transport ; une aide tenant le flacon et le bras de l'opéré ou installer une tige à sérum sur le brancard.

c. Position de l'opéré dans le lit Avant le réveil du malade :

- Décubitus dorsal, la tête sur le côté en position légèrement déclinée.

Après le réveil :

- Surélever progressivement la tête de l'opéré,
- Position  $\frac{1}{2}$  assise pour éviter les complications pulmonaires sauf si l'intervention exige une position différente et spéciale.

#### d. Surveillance immédiate

Ne quitter l'opéré sur aucun prétexte jusqu'au retour de la conscience.

- Surveiller :
  - ☑ Le faciès, la coloration des téguments, ☑ La T.A.,
  - ☑ Les pulsations,
  - ☑ La respiration,
  - ☑ Tout signe permettant de dépister un choc.
- Maintenir la canule de Guédel jusqu'au réveil complet,
- Surveiller fréquemment le pansement pour déceler une hémorragie possible

#### 3) Soins généraux

- Surveiller tous les 2 ou 3 heures :
  - ☑ La température,
  - ☑ Le pouls,
  - ☑ La TA,
  - ☑ La respiration.
- Soins :
  - ☑ Changer le bocal du drainage aspiratif, ☑ Changer les autres bocalaux,
  - ☑ Noter la qualité de liquide évacué,
  - ☑ Continuer la réhydratation sur prescription médicale, ☑ Ne rien donner à boire au malade avant le soir,

- ☒ Donner quelques cuillères d'eau sucrée en fin de journée, ☒
- Administer les médicaments prescrits,
- ☒ Craindre la complication post-opératoire immédiate.
- Le choc marqué par :
  - ☒ Sujet calme ou agité, ☒
  - Anxiété,
  - ☒ Cyanose,
  - ☒ Refroidissement des extrémités,
  - ☒ Mydriase (dilatation des pupilles),
  - ☒ Respiration courte et rapide,
  - ☒ Pouls radial très faible (imperceptible),
  - ☒ Chute de la tension artérielle souvent imprévisible.
- Cause :
  - ☒ Diminution de la masse sanguine par perte de sang ou de plasma (vérifier le pansement).
- CAT :
  - ☒ Appeler immédiatement le chirurgien, ☒
  - Mettre en route de l'oxygène,
  - ☒ Préparer une transfusion sur prescription médicale ☒
  - Analeptiques cardio-vasculaires,
  - ☒ En cas d'hémorragie, le chirurgien intervient pour faire une hémostase.

### **III- COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES**

#### Jour d'intervention

- Le choc opératoire

#### 1<sup>er</sup> jour :

- Vomissements
- Rétention d'urine
- Rétention des gaz, surtout le 2<sup>e</sup> jour
- Hyperhémie post-opératoire
- Dilatation digestive.

#### A partir du 5<sup>e</sup> jour :

- Complications pulmonaires  
Elles sont dues principalement à l'encombrement des bronches par le mucus que l'opéré ne peut rejeter

CAT : Faire tousser et cracher le malade : en cas de complication, aspiration bronchique.

Complications urinaires :

- Anurie ou oligurie très poussée :
- Urémie post-opératoire :

☒

Vomissement,

☒ Abdomen

ballonné, ☒

Oligurie,

☒ Langue sèche,

☒ Azotémie élevée.

- Maladie trombo-embolique ou thrombose veineuse (elle est caractérisée par la

formation à l'intérieur des veines de caillots sanguins qui risquent de se détacher et de créer des embolies pulmonaires.

## **INTRODUCTION**

L'infection est particulièrement redoutable en chirurgie orthopédique. En effet la défense des os et des articulations contre l'infection est assez médiocre. De ce point de vue, les soins à un blessé qui doit subir une ostéosynthèse doivent être rigoureux.

### **I. DEFINITION**

L'ostéosynthèse est un appareil qui permet de faire la contention des os fracturés. Cet appareil peut dispenser ou non d'un plâtre.

### **II. SOINS PRE OPERATOIRE**

L'infirmier (ère) réalisera les examens biologiques des urgences :

Sang : NFS, urée, glycémie, cholestérol, protides sanguins, groupe rhésus, étude de la crase sanguine (temps de coagulation, temps de saignement)

Urines : vérifier la limpidité des urines recueillies, sucre, protéines

S'assurer de la vacuité de l'estomac

Contrôler les paramètres et les inscrire dans le dossier de soin ou sur la feuille de température ou feuille de surveillance

Réunir les résultats des différents examens

Traiter le choc et assurer la réanimation

Effectuer les différentes radiographies éventuelles

Vérifier l'état de la peau et traiter les lésions : mettre la vaseline le soir et faire un lavage le lendemain

Assurer la préparation du malade :

- Mettre le futur opéré en confiance en l'amenant à s'exprimer
- Dépiter les angoisses et l'atténuer
- Rassure la famille et l'entourage

Prévenir les thrombophlébites

Préparer le champ opératoire : Le champ opératoire est la région du corps à opérer, préparée de façon aseptique.

En dehors des urgences, 2 à 3 jours sont nécessaires pour la préparation aseptique du champ cutané :

- Lavage savonneux suivi de rasage très tendu au dé là de la région à opérer
- Appliquer des champs alcoolisés et y veillez à ce qu'il ne se déplace pas
- Renouveler ce champ 2 à 3 fois la veille
- Refaire un nouveau pansement alcoolisé le matin de l'intervention

Effectuer les autres soins préopératoires et la préméditation prescrit par le médecin

Constituer un dossier complet et en ordre pour accompagner le malade

### **III. SOINS PER OPERATOIRE**

Lorsque le malade est au bloc préparer son retour par la réfection de son lit et le réchauffer avec une bouillotte

### **IV. SOINS POST OPERATOIRE**

Dès le retour de l'opéré le mettre dans la position indiquée par le chirurgien

Continuer systématiquement la prévention des escarres

Surveiller le plâtre s'il en existe

Surveiller le drainage

Dépister une hémorragie sous plâtre

Dépister une douleur due à un pansement trop serré ou à un défaut de position dans le plâtre

Contrôler régulièrement la température pour dépister une infection

Faire des radiographies le soir de l'intervention et les jours suivants

Surveiller la diurèse les premiers jours pour dépister une rétention ou faire le nécessaire si l'opéré perd ses urines

Surveiller la reprise du transit intestinal qui peut durer 4 à 5 jours

Contrôler les constantes biologiques le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour après l'intervention. Exécuter les pansements selon les règles de l'asepsie plus rigoureuse avec gants, champs et instruments stériles et masque chez l'opérateur et l'opéré

Détecter les complications : escarres, infection, hémorragie, thrombophlébite, retard de consolidation.

Assure les soins d'hygiène et l'alimentation:

- Alimentation riche et variée
- Toilette journalière corporelle
- Change de linge
- Protection du lit
- Protection des plâtres contre d'éventuels écoulements

Surveillance de la diurèse

Assurer une hygiène intestinale

Choisir un vêtement adapté au traitement ; en cas d'immobilisation stricte, choisir un vêtement entièrement fendu du bas du dos aux omoplates.

Le lever est variable

Adopter une attitude psychologique favorable à la guérison.

### **CONCLUSION**

La préparation d'un patient pour ostéosynthèse doit être minutieuse afin de garantir le succès de l'opération et des suites opératoires favorables. Ainsi l'hygiène doit être la plus rigoureuse possible avant l'intervention qu'en postopératoire. A cause de la durée de l'hospitalisation une préparation psychologie méthodique doit être assurée avant et après l'intervention.

## **INTRODUCTION**

Les fractures du rachis sont des traumatismes qui intéressent l'ensemble des vertèbres et la moelle épinière

Le rachis est composé d'un certain nombre de vertèbres articulées entre elles par un disque intervertébral qui est un élément fibro- cartilagineux. Au centre se trouve la moelle épinière.

**On dénombre 33 vertèbres répartis comme suit :**

07 vertèbres cervicales

12 vertèbres dorsales

05 vertèbres lombaires

06 vertèbres sacrées

04 vertèbres coccygiennes

**Le rachis se divise en 04 segments dont :**

Le segment cervical

Le segment dorsal

Le segment lombaire

Le segment du sacrum et le coccyx fait partir du bassin.

Symptômes

Douleurs localisées augmentée à la pression

Contracture musculaire par-vertébrale en regard.

Signes éventuels d'atteintes neurologique :

-paresthésies (fourmillement des extrémités)

-trouble de la sensibilité et de la motricité

-paralysie flasque

-incontinence urinaire et fécale

-hypotension (la lésion médullaire entraîne un déficit de l'innervation des vaisseaux, une vasodilatation et une hypo volémie)

### **I-A L'arrivée du traumatisé**

Accueillir le blessé

Veiller au maintien de l'alignement de l'axe crâno-rachidien lors du transport

Accompagner le blessé à la radio (radio de face et profil ; cliché bouche ouverte pour visualiser les deux premières vertèbres cervicales ; scanner)

Préparer le nécessaire à oxygénothérapie et à aspiration trachéale

Installer le patient à plat sur un plan dur et si l'on craint une atteinte cervicale, caler la tête avec des coussins

Surveiller pouls TA

Prendre une bonne voie veineuse périphérique avec ringer lactate

Éventuellement bilan préopératoire

Surveiller et noter les signes de complications :

Troubles de la sensibilité et de la motricité (fourmillement, parésie, douleur)

Troubles de la vision, de la déglutition

Troubles respiratoires

Troubles des sphincters

Noter les constantes

Dépister les complications en vue de les traiter

### **II- SURVEILLANCE ULTERIEURE**

Signaler l'évolution des signes neurologiques

#### **En cas d'intervention**

Noter l'aspect des plaies opératoires

Surveiller le drainage

Prendre régulièrement la température, réaliser la courbe

Procéder sur prescription à l'ablation du matériel de suture

Poser un pansement peu épais au niveau dorso - lombaire pour éviter la douleur due à la compression de la zone opérée

Surveiller l'apparition de troubles de la déglutition

Effectuer et surveiller les thérapeutiques médicamenteuses prescrites (anticoagulant, antibiothérapie)

Suppléer à la dépendance du blessé :

Au niveau de l'alimentation post opératoire par voie parentérale puis reprise rapidement par voie orale

Aider au transit en apportant une alimentation riche en fibre de cellulose, en boissons abondantes,

effectuer des massages abdominaux, donner de l'huile de paraffine régulièrement le matin envisager

l'évacuation d'un fécalome s'il se produit

Surveiller les urines :

Faire boire beaucoup d'eau pour lutter contre l'infection et la formation de lithiase comme toute personne alitée

Surveiller la sonde vésicale

Entreprendre une rééducation vésicale, la sonde est ouverte 5mn à heure fixe ou lorsque le malade ressent le besoin d'uriner

Changer régulièrement la sonde

Effectuer des lavages de vessie sur prescription

Effectuer les examens demandés

Surveiller les téguments : soins d'hygiène, massage efficace et répétés de tous les points d'appui, changement de position au si possible, si non le placé sur un matelas spécial

Réaliser une toilette complète plusieurs fois par jour afin de garder la peau propre et sèche

En cas de mobilisation, tourner le blessé d'un seul bloc

Dépister une dissociation pouls et température qui sont des signes en faveur d'une complication thromboembolique

Contrôler le lever du malade

En cas de fracture stable, lever progressif

En cas d'ostéosynthèse, lever précoce

Avant la sortie du malade, demande une aide psychologique en prenant RDV avec un spécialiste.

### **Conclusion**

Le patient présentant un traumatisme du rachis est une personne affectée. Il a besoin d'une prise en charge cohérente par une équipe homogène qui sache le suivre, écouter, informer à bon escient et éduquer afin de l'orienter, le plus rapidement possible vers une autonomie et une réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

# SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU THORAX

## INTRODUCTION

La fracture de la paroi thoracique est grave du fait de ses conséquences sur les viscères thoracique. Ce sont les atteintes de la plèvre, du poumon, des bronches et des organes médiastinaux (cœur et gros vaisseaux) qui vont induire un problème vital pour le malade. Des difficultés respiratoires vont précéder des complications cardio-vasculaires. Dans ce cas, une réanimation doit être instaurée d'urgence. L'infirmier (ère) aura son rôle dans ce cas tant à la réception que dans la pose du diagnostic qu'après toute intervention.

### **I- DEFINITION**

Le traumatisme du thorax est provoqué par un agent extérieur un ensemble de lésions locales intéressant les tissus et les organes (fracture des côtes, volet costal, pneumo et ou hémithorax, contusion pulmonaire, contusion cardiaque, rupture de la trachée, des bronches, plaies cardiaques, des gros vaisseaux, rupture du diaphragme) situés au niveau du thorax, et les troubles généraux qui en résultent.

### **II- RAPPEL DES SYMPTOMES**

Dans les cas les plus graves, il peut exister une détresse ventilatoire et/ou circulatoire

Dyspnée, polypnée

Respiration paradoxale en cas de volet costal se manifestant par une dépression d'une partie du thorax à l'inspiration.

pâleur ou cyanose

Douleurs provoquées par les mouvements respiratoires

Tachycardie, hypotension

### **III- SOINS INFIRMIERS**

#### **A L'ARRIVEE**

- Préparer le matériel nécessaire à l'oxygénothérapie, l'intubation, l'apparition trachéale, le cathétérisme veineux et le drainage pleural
- Installer le patient
  - Si trouble de la conscience, décubitus latéral sur le côté blessé
  - Si le patient est conscient, surélévation du tronc
- faire l'état cardiovasculaire afin de mettre en œuvre une réanimation, s'il y a lieu
- Noter la tension artérielle, le rythme et la fréquence cardiaque, l'amplitude respiratoire, la coloration des téguments, l'état des consciences
- Rechercher une respiration paradoxale
- Exécuter la thérapeutique prescrite d'urgence pour assurer une ventilation efficace (aspiration trachéale, oxygénothérapie)
- Prendre une voie veineuse et appliquer les thérapeutiques prescrites (ringerlactate, du plasmion, de l'hextétil ou du voluven) pour lutter contre un collapsus cardio-vasculaire
- Accompagner le blessé à la radio pour ECG et radio thoracique de face et de profil, scanner
- Effectuer le bilan biologique (dosage des gaz du sang groupe rhésus, hémostasie, ionogramme sanguin) et le traitement entrepris
- préparer le matériel d'intubation

#### **SOINS ET SURVEILLANCE**

Surveiller l'apparition de tous troubles respiratoires : dyspnée, troubles de l'hémostasie (cyanose, sueurs), agitation, tachycardie

**Cas d'un malade non intubé** (exemple : fracture de côte simple)

- Installer le blessé en position assise
- Vérifier le bandage élastique du thorax
- Veiller à la liberté des voies aériennes en favorisant l'expectoration par aérosol et administrer les médicaments prescrits ; désinfectant respiratoire, fluidifiant de sécrétions
- Surveiller la coloration des téguments, la fréquence respiratoire
- Administrer les autres prescriptions/ les antalgiques
- Faire appel à un kinésithérapeute pour les exercices respiratoires
- Prévoir une alimentation suffisamment liquide ou léger si le malade peut manger

#### **Cas du malade intubé**

- Surveiller les signes d'encombrement trachéal et bronchique
- Effectuer les aspirations trachéales s'il y a lieu
- Effectuer les prélèvements pour contrôle biologique
- Effectuer les clichés pulmonaires
- Humidifier l'air respiré en mettant de l'eau dans l'humidificateur du respirateur
- Vérifier régulièrement la position de la sonde
- Nettoyer la narine et la protéger avec une vaseline si l'intubation se prolonge
- Surveiller régulièrement les constantes : volume courant, fréquences, pression inspiratoire
- Surveiller l'alimentation parentérale instituée en planifiant les perfusions en 24 heures
- Surveiller le point d'injection
- Maintenir un pansement propre et bien fermé
- Surveiller la TA et l'état d'hydratation des téguments
- Effectuer les examens biologiques
- Faire le bilan des apports et des pertes qui permettront au médecin d'ajuster la réanimation
- Surveiller et noter le rythme des selles
- Favoriser le transit intestinal par une alimentation riche en fibres
- Surveiller la diurèse
- Procéder à des soins d'hygiène rigoureux afin de prévenir la formation d'escarres
- Effectuer des massages aux points d'appui
- Surveiller l'apparition des signes de thrombo-embolique

#### **CONCLUSION**

Un patient présentant un traumatisme du thorax est un malade à risque, sa prise en charge demande un travail minutieux et des soins infirmiers efficaces. Car la gêne respiratoire entraîne une angoisse tant chez le blessé que chez l'entourage. L'infirmier doit être attentif aux besoins du malade et savoir le rassurer.

## **INTRODUCTION**

Les fractures du bassin sont des traumatismes importants qui intéressent la ceinture pubienne souvent des poly traumatismes associant d'autres fractures mais aussi des lésions viscérales abdominales. Ce sont des fractures mettant en jeu le pronostic vital, car les os à cet endroit sont très vascularisés, et saignent facilement, provoquant des hémorragies internes rapidement désastreuses.

Les soins infirmiers doivent débuter immédiatement.

## **ROLE DE L'INFIRMIER**

### **1. A L'ARRIVEE DU MALADE**

Installer prudemment le blessé en décubitus dorsal horizontal sur un plan dur

Prendre les constantes

Observer et noter l'état de conscience

Surveiller les différentes fonctions

Rechercher une atteinte des organes mous types viscères (intestins), nerfs, système urinaire, ligaments, muscles, vaisseaux.

Faire le bilan sanguin : déterminer groupe sanguin, facteur rhésus, NFS, hématokrite, urée, glycémie, créatinine

Poser un cathéter veineux court de gros calibre.

### **1. Soins infirmiers au regard des risques**

#### **1.1. fonction urinaire**

s'enquérir de l'heure de la dernière miction et de l'aspect des urines

noter tout écoulement de sang par l'urètre

faire uriner le malade recueillir les urines si la miction est spontanée et noter leur aspect et la quantité

prévenir le chirurgien en cas d'absence de miction

décèler les complications urinaires entre autre :

- une rupture de vessie se manifestant par
  - ✓ des contractures abdominales
  - ✓ des douleurs et des nausées
  - ✓ une impossibilité d'uriner (sans globe vésical)
- une rupture de l'urètre reconnaissable à l'apparition
  - ✓ d'un globe vésical
  - ✓ d'urétrorragie
  - ✓ d'une impossibilité d'uriner spontanément

## **Fonction digestive**

La surveillance de la fonction digestive permet de décèler les perforations d'organes creux, les lésions d'organes pleins. A cet effet :

surveiller et décèler l'apparition de contractures abdominales

réunir le matériel nécessaire pour la ponction lavage du pèritoine

préparer le malade à une éventuelle intervention chirurgicale

### **1.3 Fonction cardio –vasculaire**

rechercher les signes de choc hémorragique : pâleur, sueurs, pouls filant, tension artérielle plus ou moins effondrée.

Détecter l'abolition du pouls fémoral

Appliquer le traitement prescrit

Surveiller l'évolution de l'état du malade

### **1.4. Fonction neurologique**

Répond aux besoins de : se mouvoir et se tenir en bonne posture ; être propre, soigné et protéger ses téguments ; éliminer les déchets biologiques  
 détecter l'apparition d'un déficit localisé sensitif ou moteur  
 détecter des troubles sphinctériens et surveiller leur évolution

**1.5. surveillance hémodynamique**

- faciès, chaleur et coloration de la peau
- pouls
- tension artérielle

**2- SURVEILLANCE APRES TRAITEMENT DE LA FRACTURE DU BASSIN**

- Veiller à ce que le membre soit bien coloré, sensible, chaud et ne présente pas de position vicieuse
- Porter l'attention sur l'état de la peau au niveau du sacrum et des talons
- Prévoir un bassin plat et aider le malade lors de l'élimination
- Appliquer et surveiller les traitements médicaux prescrits
- Prévenir les complications urinaires par
  - la surveillance de la sonde urinaire : aspect, quantité, débit horaire des urines
  - lavage au sérum physiologique
  - dépister les signes infectieux urinaires : hyperthermie, frissons, urines troubles et/ou fétides, douleurs.
  - Surveiller l'état de l'abdomen : ballonné, douloureux
  - Hydrater suffisamment le malade

Prévenir les complications de décubitus par :

- Une prévention d'escarres
- Un dépistage de douleur au niveau des mollets et de l'apparition d'une dissociation du pouls et de la température, signe de thrombo-embolie
- Lutter contre les complications respiratoires.

**2- SUPPLEANCE A LA DEPENDANCE DU BLESSE DANS LA SATISFACTION DE SES BESOINS**

Besoin non satisfait	Diagnostic infirmier et justification	Objectif de soins ou action attendue	activités	évaluation
boire et de manger	alimentation insuffisante liée au multiple traumatisme	Suivre une alimentation en quantité et en qualité selon son état	apport d'aliments riches en calcium (pour favoriser la formation de cal osseux) lutter contre la fonte musculaire par une alimentation riche enprotéines massage biquotidien des muscles	Le malade suit une alimentation en quantité et en qualité

Besoin non satisfait	Diagnostic infirmier et justification	Objectif de soins ou action attendue	activités	évaluation
éliminer	difficulté de se débarrasser des substances nuisibles (urine, selles) liée au traumatisme du bassin	Adopter une attitude favorable à l'élimination des substances nuisibles (urine, selles)	aider le blessé sans sonde vésicale à uriner Donner une alimentation riche en fibres et masser l'abdomen	Le malade adopte une attitude favorable à l'élimination des substances nuisibles (urine, selles)

• **EXERCICE**

## EN SUIVANT LE MODÈLE sus-dessus terminer

- Besoin d'être propre et de protéger ses téguments
  - ✓ **Diagnostic infirmier** : risque d'escarre liée à l'immobilisation prolongée ou à l'insuffisance de réalisation des soins d'hygiène
  
  - ✓ **Activités** : - soins d'hygiène régulière  
- prévention d'escarres.....
  
- Besoin de se vêtir et de dévêtir
  - ✓ **Diagnostic infirmier** : incapacité de s'habiller liée à la limitation de ses mouvements
  - ✓ **Activités** : - aider à s'habiller
  
- Besoin de se mouvoir et de se maintenir en bonne posture
  - ✓ **Diagnostic infirmier** : diminution des mouvements liée à la fracture du bassin et des multiples traumatismes
  - ✓ **Activités** : - appeler un kinésithérapeute  
- aider à effectuer les mouvements  
- installer le blessé selon la position requise pour son état
  
- Besoin de dormir et de se reposer
  - ✓ **Diagnostic infirmier** : altération du sommeil ou diminution du temps de sommeil liée à la douleur
  - ✓ **Activités** : -  
-conseiller des moyens susceptibles de favoriser le sommeil
  - 1- installer confortablement le malade afin de réduire la douleur et favoriser le sommeil
  - 2- assurer les prescriptions
  
- Besoin de communiquer
  - ✓ **Diagnostic infirmier** : altération de l'échange intellectuel, affectif liée à la longueur de l'hospitalisation
  - ✓ **Activités** :  
- donner des journaux, revue et autres lectures  
- disposer une télévision, un poste de radio dans la chambre  
- favoriser la présence régulière des parents

NB : Ceci n'est qu'un exemple qui peut être amélioré et/ou adapté

## CONCLUSION

Le blessé du bassin présente beaucoup de besoins. La durée de son hospitalisation demande la mise en place d'un plan de soins efficaces pour mener à bien la prise en charge de ce dernier.

## SOINS INFIRMIERS AU PATIENT PRESENTANT UN TRAUMATISME DU CRANE

### **INTRODUCTION**

La gravité du traumatisme crânien avec ou sans fracture de la boîte crânienne est fonction de l'atteinte des structures sous-jacentes (méninges, hémisphères cérébraux, tronc cérébral). L'infirmier (ère) pour assurer une surveillance efficace du traumatisé crânien doit en connaître les symptômes de gravité.

### **I-DEFINITION**

Le traumatisme crânien est l'ensemble des lésions locales intéressant le cuir chevelure, la voûte crânienne et les lésions cérébro-méningées provoquées par un agent extérieur.

### **II – SYMPTOMES**

- \* Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et sur la recherche d'un point d'impact avec plaie, hématome, embarrure

#### **- Etat de conscience altéré :**

- \* Recherche la notion de période d'intervalle libre

**La période d'intervalle libre** est la période d'amélioration transitoire entre une perte de connaissance initiale et une aggravation secondaire ;

**La période d'intervalle libre** est le délai écoulé entre le traumatisme crânien et l'apparition des troubles neurologiques ;

Car le symptôme clé est les troubles de la conscience évalué l'échelle de Glasgow.

SCORE DE Glasgow

#### **Ouverture des yeux**

- 4 Spontanée
- 3 Au bruit
- 2 A la douleur
- 1 Jamais

#### **Réponse verbale**

- 5 Orientée (obéit à un ordre)
- 4 Confuse (conversation possible mais signes de désorientation et de confusion)
- 3 Inappropriée (mots compréhensibles mais conversation impossible)
- 2 Incompréhensible (gémissements, grognements)
- 1 Aucune

#### **Réponse motrice**

- 6 A la commande verbale (obéit à un ordre)

A la stimulation douloureuse :

- 5 Orientée (à au moins 2 endroits le mouvement de flexion tend à faire disparaître la cause de la douleur)
- 4 évitement (pas de réponse orientée mais retrait rapide du coude avec éloignement face à l'agression)
- 3 flexion-décortication (membre supérieur : réponse en flexion lente ; membre inférieur : extension)
- 2 extension-décérébration (membre supérieur : rotation interne et hyper extension »mouvement « d'enroulement : membre inférieur : extension et flexion plantaire)
- 1 rien

On obtient ainsi un score de 3 à 15.

Un total inférieur ou égal à 12 doit inquiéter.

- \* Rechercher les signes d'hypertension intra crânienne : **céphalées, vomissements**
- \* Rechercher les signes de localisation : **mydriase unilatérale, déficit sensitivo-moteur unilatéral**
- \* Rechercher les signes de décérébration : **réponse aux stimuli**
- \* Rechercher les signes de brèche méningée : **écoulement de LCR par le nez**

- \* Rechercher les signes de complications vitales : **bradypnée, encombrement respiratoire, bradycardie, hypo ou hypertension.**

### **III– ROLE DE L'INFIRMIER A L'ACCUEIL DU MALADE**

#### **Cf. chapitre sur l'accueil du traumatisé**

Dès l'arrivée du blessé,

- préparer et vérifier le matériel d'oxygénothérapie, d'aspiration trachéale, d'intubation, de cathétérisme veineux
- Préparer la chambre
- Installer le malade en décubitus dorsal, la tête reposant sur un champ ou une alèze
- Mettre un haricot à la disposition du malade en cas de vomissement

**Si le malade est inconscient**, le mettre en décubitus latéral afin d'éviter l'inhalation des vomissements.

Faire une simple surveillance en attendant le médecin.

- Interroger sur l'heure de l'accident, l'état d'ébriété, la perte de connaissance
- Inspecter et noter toutes plaies des téguments
- Evaluer et noter l'état de conscience
- Noter les réponses aux stimuli
- Dépister et noter à intervalle régulier (1/2 ou 1/4 H) tous les symptômes énumérés ci-dessus
- Surveiller à la même fréquence : Pouls, tension artérielle, respiratoire. signes d'encombrement
- Placer une perfusion pour garder la veine en cas de complications
- Placer une sonde vésicale afin de surveiller la diurèse
- Placer une sonde gastrique en cas de coma
- Participer au traitement d'urgence et administrer les médicaments prescrits
- Faire réaliser les examens complémentaires prescrits : radiographie, scanner
- Effectuer le bilan biologique

### **IV – SOINS ET SURVEILLANCE ULTERIEUR**

Le traumatisme crânien a une incidence sur toutes les fonctions. Pour une clarté notre exposé sera fait selon les différentes fonctions.ils répondent à plusieurs besoins selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson.

#### **4-1. Fonction neurologique**

- Noter l'état de conscience du malade
- Prendre la température régulièrement
- Effectuer le nettoyage et la désinfection des fosses nasales et de yeux avec du sérum physiologique
- Placer et surveiller les perfusions
- Faire effectuer les examens EEG et le fond d'œil

#### **4-2.Fonction respiratoire**

- Noter régulièrement la fréquence et l'amplitude respiratoire
- Faire tousser le blessé pou éviter un encombrement pulmonaire s'il est conscient
- Mettre le malade en décubitus latéral pour prévenir l'inhalation des vomissements.

#### **4-3.Fonction digestive**

- Surveiller l'alimentation du blessé : malade à jeun quelques jours puis mis en route d'une alimentation légère dès que possible
- Organiser la réanimation sur 24H
- Préparer et placer les poches de perfusions
- Effectuer le bilan des pertes et des apports
- S'assurer des résultats du bilan biologique

Si le malade est dans un coma

- Placer une sonde gastrique et assurer la surveillance et l'hygiène
- Préparer et administrer les produits administrés
- Noter le rythme et l'aspect des selles
- Surveiller l'état nutritionnel du blessé

#### **4-4.Fonction urinaire**

- Si le malade est conscient et urine spontanément :
  - . Hydrater le suffisamment
  - . Mettre un bocal à urine à porter de main afin de surveiller la diurèse
- S'il est porteur d'une sonde à demeure :
  - . Effectuer les soins d'hygiène et le changement de sac collecteur
  - . Noter l'aspect et la quantité des urines toutes les 24H.

#### **4-5. Surveillance des téguments**

Effectuer une toilette journalière complète du blessé

Prévenir l'apparition des escarres

Effectuer le nettoyage, la désinfection des plaies et érosions de la peau.

#### **3-6. Conseils**

Demander au blessé de rester immobile en décubitus dorsal

Lui spécifier de ne pas se lever et d'appeler en cas de besoin

### **CONCLUSION**

Face à un blessé du crâne, l'infirmier doit collaborer avec tous les membres de l'équipe. Le traumatisme du crâne demande beaucoup d'activités qu'il doit exécuter afin de garantir une suite favorable. Tout au long de son hospitalisation, sans relâche, garder une relation avec le malade même s'il est comateux. Ainsi, l'infirmier (ère) aidera à la reprise de la vie sociale et professionnelle du malade.

## **SOINS INFIMIERS CHEZ LES POLYTRAUMATISES**

### **INTRODUCTION**

La fréquence des poly traumatismes est considérablement accrue par les accidents de la voie publique et de travail.

Devant un poly traumatisé, donner la priorité à la réanimation pour assurer la survie du blessé. Cela permettra d'assurer ensuite le traitement des lésions traumatiques et d'obtenir leur guérison avec le minimum de séquelles. Le temps perdu ne se rattrape pas : il faut agir

Un polytraumatisé est un blessé qui présente plusieurs traumatismes ou plusieurs blessures ou lésions locales ou trauma à des endroits différents pouvant engager le pronostic vital.

Impacts traumatique

L'impact traumatique peut être

- Directs avec plus ou moins écrasements ou compression.
- Indirects avec tassement, flexion, extension, torsion au niveau du rachis et une mobilisation des viscères.

### **INTERVENTION DE L'INFIRMIER SUR LE LIEU DE L'ACCIDENT**

**Protéger la victime** : supprimer la source de danger ; signaler

**Dégager urgemment la victime** : soustraire la victime au danger s'il est impotent.

**Faire un bilan vital de la victime** (hémorragie l'état de conscience, et de la respiration) :

Mettre la victime en position latérale de sécurité si la victime est inconsciente et respire

Pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire si la victime ne respire pas

**Alerter** rapidement et précisément les secours

**Examiner la victime** pour vérifier qu'elle ne présente pas d'autres traumatismes

**Observer les traumatismes** et leurs caractéristiques

**Soulager le patient** : Mettre une immobilisation provisoire, Administrer des antalgiques  
Assurer le transport dans les conditions optimales de réanimation et dans les plus brefs délais.

### **Rôle infirmier**

Bilan complet avec deux déterminations de groupe sanguins et rhésus.

Surveillance (de paramètre, intubation, sonde gastrique, sonde urinaire)

Déshabillage complet en découpant les vêtements et en évitant toute manipulation intempestive avec respect de l'axe tête-cou-tronc.

Pansement des plaies

Immobilisation des foyers de fracture

Si le patient est inconscient, minerve systématique

Lavage des yeux au sérum physiologique puis collyre

### **OBJECTIFS DE LA REANIMATION DU POLYTRAUMATISE**

Deux objectifs précis sont assignés à la réanimation du polytraumatisé :

1-Maintenir les fonctions vitales

2-Faire le bilan lésionnel pour orienter le traitement

### **Réanimation de la détresse respiratoire :**

La détresse respiratoire est suspectée devant : agitation, anomalie de la fréquence, épuisement respiratoire, cyanose en raison d'une hémorragie souvent associée.

L'examen clinique doit évaluer non seulement le degré de dyspnée et de cyanose mais aussi la mécanique respiratoire globale.

L'infirmier doit assurer plusieurs mesures d'urgentes :

-l'ouverture des voies aériennes et la première étape fondamentale, il faut évidemment éviter le risque d'extension du cou.

-Libérer les voies aériennes avec si besoin extraction d'un corps étranger

-prévenir la chute en arrière de la langue, oxygénation et ventilation assistée au ballon ou au masque.

-Prendre deux voies veineuses de gros calibre pour assurer une réanimation de la détresse circulatoire

### **Réanimation de la détresse circulatoire :**

Tout patient polytraumatisé doit être considéré comme hypovolémique et en détresse circulatoire. La détresse circulatoire est dominée par l'état de choc hémorragique dû à une lésion extériorisée ou non.

En cas d'hémorragie extériorisée, il faudra tarir la source du saignement par compression directe ou suture

En cas d'hémorragie extrériorisée, il faudra tarir la source du saignement par compression directe ou suture

La symptomatologie de l'état de choc hémorragique est celle d'un état de choc hypovolémique : soif, pâleur des téguments, marbrures des genoux, sueurs froides, agitation, angoisse, confusion voire prostration, polypnée, pouls rapide et filant, TA abaissée avec pincement de la différentielle, voire collapsus, oligo-anurie.

Devant cette détresse respiratoire, la mise en place de voies d'abord périphérique de gros calibre constitue le moyen le plus rapide et le plus efficace pour un remplissage vasculaire. Celui-ci s'effectue avec des cristalloïdes, ou plus souvent avec des solutions de substituts colloïdes du plasma (gélatine ou amidons).

Il est impératif de maintenir une bonne hémodynamique et une oxygénation suffisante, et résulte de la correction d'une détresse circulatoire.

### **Etat neurologique**

L'évaluation de l'état de conscience est primordiale et rapide grâce à l'échelle de Glasgow (simple obnubilation ou coma)

L'examen du crâne et de la face recherche des points d'impact, des ecchymoses, des hématomes, des plaies, un écoulement hémorragique (épistaxis, otorragie)

### **Examen somatique**

L'examen somatique sera réalisé à la recherche d'autres lésions (fractures osseuses)

## **Examens complémentaires**

Les examens complémentaires à demander sont la Radio de thorax, un scanner si nécessaire et une radio des os selon l'orientation clinique

Présentation au transport

Un collier cervical doit être placé systématiquement à tout polytraumatisé

Un bilan sommaire des lésions est effectué dès que possible

L'immobilisation des zones lésées est très importante, pour trois raisons :

- ✓ Eviter les complications liées au mouvement (l'exemple le plus évident est celui de la région cervicale)
- ✓ Réduire les pertes volumiques
- ✓ Diminuer la douleur

Une stabilisation grossière des fractures peut être tentée, avant le placement d'immobilisation provisoire (attelles)

L'utilisation d'un matelas coquille est utile, pour empêcher les mouvements intempestifs.

La prise en charge pré hospitalière

Immobilisation des fractures

Collier cervical

Prévention de l'hyperthermie

Prévention de l'infection

Surveillance continue des paramètres hémodynamiques (fréquence cardiaque, pression artérielle), respiratoires (oxymétrie de pouls) et neurologiques (état de conscience) du polytraumatisé lors du transport.

Le pronostic vital est engagé ici, dans les premières heures.

Il faut donc rapidement détecter et traiter les lésions potentiellement mortelles.

L'accueil du polytraumatisé doit être préalablement par l'infirmier préparé et vérifié par l'infirmier en charge du malade.

## **3-1-SOINS A L'ARRIVEE**

Mettre précocement en route une réanimation basée sur :

- ❖ La mesure du rythme respiratoire, l'amplitude, l'encombrement avec ou sans cyanose, les sueurs
- ❖ L'appréciation du pouls, la TA la pression veineuse, la diurèse
- ❖ Le prélèvement immédiat du sang pour le groupe sanguin et le facteur rhésus et les autres examens biologiques standards.
- ❖ Effectuer dès que possible, une radiographie du thorax, un EEG
- ❖ Rechercher des antécédents pathologiques, un diabète, une notion d'intoxication éthylique
- ❖ Surveiller la ventilation respiratoire en cas de détresse respiratoire
- ❖ Prendre deux voies veineuses pour perfusion et transfusion de sang iso groupe iso rhésus ou des solutés hypertoniques
- ❖ En cas de fracture ouverte : laver la plaie abondamment au sérum, retirer les débris exogènes, prévenir le tétanos.
- ❖

## **3-2-SOINS POST OPERATOIRE**

Ils sont fonctions des lésions découvertes à l'intervention et des modalités de leur traitement.

### **Conclusion**

La prise en charge d'un poly traumatisé ne s'improvise pas. Elle repose sur l'appréciation du coût temporel des gestes thérapeutiques effectués sur place. La meilleure façon de gagner du temps ne consiste pas à accélérer mais à adopter une bonne conduite systématique.

## SURVEILLANCE D'UN MALADE SOUS APPAREIL PLATRE

### INTRODUCTION

Le plâtre est une poudre minérale, blanche, très avide d'eau. Son mélange avec l'eau forme une masse dure crayeuse. Cette masse permet de faire des moules et surtout la fabrication d'un appareil plâtré pour l'immobilisation d'une fracture. Cette application d'un plâtre offre le danger de compression avec formation d'escarres. A cet effet leur surveillance demande attention.

### OBJECTIFS DE LA POSE

- Réduire le déplacement
- Contenir la réduction
- Faire reprendre la fonction du membre aussitôt la contention obtenue

### PREPARATION DU MALADE AVANT L'APPLICATION DU PLATRE

- Laver, rincer, sécher soigneusement la région
- Raser si nécessaire
- S'assurer que la région ne présente ni plaie, ni infection, si non appliquer un pansement adéquat

### CAUSES DE LA COMPRESSION

- Erreur technique : plâtre trop serré et saillies mal capitonnées
- Formation d'œdème à la suite du traumatisme ou de la réduction, dans les heures qui suivent l'application de l'appareil
- Hémorragie interne à l'endroit de la fracture
- Rétraction du plâtre par dessiccation

### SIGNE EN FAVEUR D UN APPAREIL BIEN CONFECTIIONNE

Extrémités rosée, pas gonflées, chaude, sensible mais pas douloureuse, mobiles. Il est donc nécessaire de prendre régulièrement le pouls la température des extrémités de contrôler la coloration des extrémités.

### V-SURVEILLANCE ET SOINS DES APPAREILS PLATRES

La surveillance d'un malade plâtré doit être rigoureuse principalement dans les premiers jours.

La prise en charge porte sur :

- L'installation du patient ;
- Le dépistage et la prévention des compressions
- L'éducation du patient

#### 1-L'installation :

Elle sera faite en fonction de la localisation de la fracture.

#### 2-La Surveillance :

Aussitôt posé un appareil plâtré engage la responsabilité de l'opérateur.

- Le membre doit être surveillé :

Le jour même, le lendemain pour détecter une compression circulatoire, dans la suite pour des compressions locales.

Pour permettre ce contrôle, il faut que les extrémités du membre restent libres : orteils, doigts.

- ❖ S'il y a constriction, les extrémités deviennent **cyanosées, œdémateux, gonflées, douloureuses, puis insensible, froides.**

Pour détecter ses signes, il faut surveiller :

- **Le plâtre lui - même:** (Etat, Efficacité, Bonne adaptation, tâches suspectes, points de faiblesses, points de compressions)

- **les plaintes du patient:**
  - ~ douleurs sous le plâtre (diffuses, localisées, insomniantes, non influencées par la position)
  - ~ sensibilité et mobilité des orteils ou des doigts (refroidissement des extrémités du membre)
  - ~ œdème au niveau des orteils et des doigts
  - ~ odeur
  - cyanose
- **Les Contrôles radiographiques séquentiels**
- **Les Contrôles biologiques**(NFS, Plaquettes)
- **Les complications :**
  - ✓ Compressions cutanées et musculaires (Erythème, Phlyctène, Escarre)
  - ✓ Risque de syndrome des loges :

**Définition :** C'est une ischémie avec hyperpression tissulaire des loges musculaires de la jambe

**Cause :**

L'œdème, l'hématome intramusculaire ou une contusion vasculaire

### **SIGNES**

Douleurs du membre inférieur plus ou moins importantes

Chaleur,

Crampes

Pesanteur au niveau du mollet

Sensation d'engourdissement

Sensibilité des orteils

Absence du pouls pédieux

Dissociation pouls / température avec une fébricule 37° – 37°8

Sensation de malaise inexpliqué

Angoisse

Douleur à la palpation le long du trajet veineux

### **CAT**

- Contraction et mobilisation des orteils de la jambe saine plusieurs fois/jours
- Mobilisation du pied et de la jambe en traction sous la conduite du kinésithérapeute
- Contrôler la douleur, la chaleur, la sensibilité des orteils
- Contrôler et surveillance de la présence des pouls pédieux, La température et le pouls.

- ✓ Syndrome de walkman :
  - ❖ c'est une rétraction ischémique des fléchisseurs par compression artérielle.
  - ❖ c'est une nécrose ischémique suivie de sclérose et de raccourcissement touchant quelques muscles de l'avant-bras en particulier les longs fléchisseurs des doigts.

### **SIGNES ANNONCIATEURS :**

- des fourmillements des doigts,
- œdèmes,
- douleurs de l'avant-bras
- cyanose
- impotence fonctionnelle

### **CAT :**

Toute douleur sous le plâtre impose son ouverture immédiatement ++++

### ➤ **3-Education du malade**

L'éducation sera axée sur l'entretien du plâtre :

**recommandations concernant l'entretien du plâtre :**

- Ne pas le mouiller
- Ne rien glisser à l'intérieur
- Garder le membre surélevé le plus souvent possible
- ne pas marcher dessus
- Ne pas vernir le plâtre ( empêche l'évaporation)
- Mobiliser les articulations laissées libres
- Surveillance de la couleur des extrémités :
  - \*Bleu = problème veineux ou hématome
  - \*Blanc = problème artériel
  - \*Rouge = problème infectieux (bactérien ou mycosique)
- Surveillance de l'odeur

## **CONCLUSION**

Les appareils plâtrés représentent le moyen le plus pratique et le plus répandu pour immobiliser les fractures. Leur confection réclame des manœuvres attentives, ingénieuses prolongées. Toutes erreurs impliquent une compression dont les conséquences sont redoutables pour le malade. Il est donc nécessaire que l'infirmier accorde une attention particulière après sa pose et assurer un surveillance quotidienne afin d'en réduire les méfaits pour le malade.

## PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE EN TRACTION SUSPENSION ET EXTENSION CONTINUE

### **DEFINITION**

**La traction suspension** est une force appliquée sur une partie du corps dans 2 directions opposées. Elle favorise l'alignement osseux, lutte contre les contractures musculaires et soulage la douleur et Diminue l'œdème.

**L'extension continue** est un système instrumental de rééducation orthopédique progressive des fractures visant à replacer les fragments osseux dans leurs rapports normaux.

L'extension continue permet le maintien et la réduction des fractures ainsi que leur contention à l'aide d'une force telle qu'un ressort ou encore un poids qui s'oppose à la contraction des muscles car tirant de manière constante sur le fragment osseux le plus inférieur, en direction de l'extrémité distale du membre c'est-à-dire de sa partie la plus éloignée.

### **BUTS**

- Réduire progressivement une fracture
- Réduire une luxation de hanche
- Essentiellement antalgique. Elle sert à
- Immobiliser une fracture en attendant la pose d'un plâtre, une ostéosynthèse, l'amélioration de l'état général ou cutanée avant l'intervention
- Immobiliser une hanche douloureuse chez l'enfant.

### **DIFFERENTS TYPES DE TRACTION SUSPENSION**

La traction trans-osseuse : la force est exercée directement sur un élément osseux par l'intermédiaire d'un clou, d'une broche,

La suspension est réalisée par l'intermédiaire d'une attelle en **U** réalisant un hamac jambier

La traction collée : la force est directement exercée sur la peau par l'intermédiaire de bandes auto adhérentes. Utilisée chez les enfants

### **SURVEILLANCE**

Elle répond selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson à la satisfaction des besoins de se mouvoir et se tenir en bonne posture, d'être propre, soigné et protéger ses téguments et phanères, manger et boire et éviter les dangers.

La traction s'exerce dans l'axe du membre :

Mettre la jambe, genou et hanche du patient dans l'axe de la traction, genou légèrement fléchi, le pied ne touchant pas l'extrémité de l'attelle en U. Le talon est dans le vide

La contre extension est effective

Le patient ne se tourne pas mais se soulève à la force des bras à l'aide du perroquet

Il ne souffre pas

La suspension ne s'oppose pas à la traction

La force exercée est bien dosée

Les poids sont dans le vide. Ils ne sont jamais diminués ou augmentés sans prescription médicale

L'attelle en U ne touche pas le pied du lit

Vérifier la bonne installation de la traction :

-Poids à distance du sol et correspondant à la prescription

-Cordes de la traction libres, sans nœud, sans buter sur les poulies

Vérifier la contre-extension

## **Prévention et dépistage des complications**

### ▪ **Infectieuses :**

Faire le pansement de la broche à la Bétadine dermique puis recouvrir les orifices avec des compresses bétadinées.

Le pansement est refait chaque jour avec le maximum d'asepsie.

Demander au patient de ne pas toucher la broche.

Vérifier la propreté de l'étrier et de l'attelle

Rechercher les signes inflammatoires : douleur, rougeur et écoulement au niveau de la broche

Une nécrose au niveau de la peau

Etablir une courbe de température 2 fois/jour.

### ▪ **Ischémiques :**

Syndrome des loges

C'est une ischémie avec hyperpression tissulaire des loges musculaires de la jambe. L'œdème, l'hématome intramusculaire ou une contusion vasculaire sont responsable de ce syndrome

### ▪ **Thrombo-emboliques:**

Pour lutter contre la thrombo-embolie

- Contraction et mobilisation des orteils de la jambe saine plusieurs fois/jours

-Mobilisation du pied et de la jambe en traction sous la conduite du kinésithérapeute

-Contrôler la douleur, la chaleur, la sensibilité des orteils

-Contrôler la présence des pouls pédieux La température et le pouls.

### ▪ **Cutanées et du membre :**

Vérifier tous les points d'appui,

Prévention des escarres : matelas anti-escarres, poches d'eau sous les talons, massages des zones d'appui au maximum 4fois/jour

Contrôle de la position de la jambe

Contrôle de la position du pied, celui-ci doit être à 90° pour prévenir l'équinisme

Vérifier la coloration, la chaleur, la mobilité et la sensibilité du pied

Vérifiée que la traction est bien tolérée par le malade (absence de douleurs et de crampes, absence d'infection (asepsie rigoureuse autour des broches))

Vérifier l'absence de lésions cutanées au niveau du tendon d'Achille

Surveiller et dépister les signes d'apparition d'une phlébite (surveillance couleur, chaleur, mobilité des pieds, traitement préventif sur prescription médicale)

Surveiller la chaleur, mobilité, coloration et sensibilité du pied (doivent être conservés)

Aider le patient à faire sa toilette quotidienne, changer la literie, veiller à ce que le linge soit propre, sec et sans plis

### ▪ **Digestives :**

Avertit la diététicienne,

Surveiller le régime qui doit être riche en fibres, et amener le malade à une hydratation importante

Masser l'abdomen.

# HYPERTENSION ARTERIELLE

## GENERALITES SUR LA TENSION ARTERIELLE

Pression sous laquelle le sang circule dans les vaisseaux. Elle est due à :

- La force de contraction du cœur,
- La force de résistance des vaisseaux
- La masse sanguine.

L'HTA est répandue dans le monde entier. On estime à 15 % la population adulte touchée. Les spécialistes pensent que la race noire y est fort sensible.

### Définition

Elle est définie comme élévation de la pression du sang dans les artères.

Selon l'OMS un sujet est dit hypertendu lorsque sa tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140mmHg et diastolique supérieur ou égale à 95 mm Hg chez au cours de deux consultation différentes au moins.

## I. CAUSES

### 1. Causes accidentelles

- Traumatisme crânien
- Emotion vive
- Rétention d'urine
- Encombrement trachéo-bronchique
- Crise d'asthme
- Intoxication au plomb (HTA saturnine)

### 2. Autres causes

- Coarctation aortique ou sténoses de l'isthme de l'aorte
- Néphropathies surtout bilatérales
- Tumeurs et hyperplasie de la cortico-surrénale
- Tumeurs de la médullo-surrénale
- Hyperthyroïdie
- HTA de la ménopause
- HTA de la grossesse (temporaire ou durable)

### 3. Les HTA essentielles

Un grand nombre d'HTA restent encore sans étiologie décelable. Elles sont dites essentielles.

## II. SYMPTOMATOLOGIE ET COMPLICATIONS

A part le chiffre de pression, pas de manifestation spécifique.

On distingue trois (03) phases :

### 1. Phase de latence clinique

Insidieuse

### 2. Phase de signes mineurs

- Céphalée frontale et matinale
- Insomnie
- Bourdonnement d'oreille
- Vertiges
- Mouches volantes devant les yeux
- Asthénie
- Sensation de doigts morts

### 3. Phase des complications

#### a. Cardiaques

- Insuffisance coronarienne
- Insuffisance ventriculaire gauche

#### b. Nerveuse et sensorielle

- Hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée
- Ramollissement cérébral
- Hémiplégie
- Œdème cérébro-méningé
- Oculaire : Rétinite hypertensive, Amaurose (cécité complète)
- Baisse de l'acuité auditive
- Cochléo-vestibulaires : Bourdonnement

#### c. Rénales

- Insuffisances rénale aiguë

### **III. EVOLUTION ET PRONOSTIC**

Certaines HTA sont bien tolérées de façon spontanée ou avec un traitement médical minime. Par contre d'autres sont très graves avec retentissement poly viscéral sévère, A.V.C.

### **IV. TRAITEMENT**

Mis à part certains cas où le traitement étiologique est possible, le traitement des HTA est surtout symptomatique.

#### 1. Chirurgical

- Coarctation aortique
- Lésions rénales
- Lésions endocriniennes

#### 2. Médical

- Règles hygiéno-diététiques
- Activités physique réduite
- Régime Sans Sel(RSS)
- Cures thermales
- Médications hypotensives (hyperfine, Tensionorme)
- Diurétiques
- Repos absolu pour la femme enceinte.

### **ROLE INFIRMIER**

#### 1/AFFIRMER L'HYPERTESION ARTERIELLE

- Accueillir et installer le malade confortablement.
- Rassurer le malade et le mettre en confiance
- Rechercher les signes de HTA par l'interrogatoire.
- S'assurer du bon fonctionnement de l'appareil à tension.
- Le patient doit être au repos pendant 15 minutes.
- Prendre la tension artérielle aux deux bras en position couchée.
- Demander au patient de consulter au moins trois fois bien espacées.
- Au cours de ces trois consultations, veiller à utilisé le même appareil.
- En cas où le patient présent des chiffres tensionels élevés alors l'HTA est confirmé.
- Référer le patient à la consultation médicale.

#### 2/ MAINTENIR LATENSINON ARTERIELLE STABLE

- Réduction de la ration sodée.
- Introduire le sel après cuisson dans la nourriture
- Régime plus riche en fruits et en légumes et plus pauvre en graisses saturées
- Supprimer le tabac et l'alcool.
- Faire des activités physiques régulières.
- Expliquer et administrer le traitement prescrit.

➤ En cas de prescription des diurétiques :

\*Effectuer les ionogrammes sanguins et urinaires à des intervalles réguliers selon les prescriptions et selon l'avis médical.

\*Surveiller et noter la diurèse et le poids du malade tous les trois jours.

\* Surveiller le pouls et la tension artérielle en cas de traitement hypertensif.

\* Demander au malade de signaler tous les symptômes ressentis (vomissements, vertiges, maux de tête, nausée

Informez et éduquez le malade sur les facteurs déclenchants, sur les facteurs de risques et sur les complications.

### 3/ ALIMENTATION ET L'EDUCATION DE L'HYPERTENDU

Elle portera sur le régime et les règles d'hygiène de vie. Enseigner aux malades, à son entourage et à la population

**D'augmenter leur consommation de Fruits et Légumes:** Les fruits et légumes sont une source importante de fibres, de vitamines, de minéraux, d'antioxydants et autres substances protectrices.

**De limiter la consommation de corps gras:** Les lipides, comme chacun sait, jouent un rôle de stockage énergétique.

- Limitez autant que possible les graisses d'origine animale: beurre, crème, fromage gras...

- Privilégiez les matières grasses d'origine végétale et notamment l'utilisation culinaire d'huile d'olive et d'huiles élaborées, confectionnées à base d'huile de colza.

- Faites particulièrement attention aux matières grasses cachées: fromages, viandes, pâtisseries...

**De diminuer la consommation de viandes:** Les viandes sont riches en protéines de bonne qualité; Elles contiennent l'ensemble des acides aminés essentiels que notre organisme ne peut synthétiser; Mais elles renferment également beaucoup de ""graisses"".

- Choisissez les espèces et les morceaux les plus maigres: volaille, lapin, blanc de dinde, blanc de poulet....

- Renoncez le plus possible à la charcuterie.

- Evitez surtout de consommer dans un même repas: viande et œufs, viande et fromage, œufs et fromage.

**De manger du poisson deux fois par semaine :** Les poissons apportent des protéines d'excellente qualité. Ils apportent également des vitamines E anti-oxydantes et sont une source intéressante d'oligo-éléments.

**De penser aux produits de la mer:** Moules, huîtres, crabes, crevettes sont particulièrement riches en vitamines, sels minéraux et oligo-éléments.

**De choisir avec soin les produits laitiers:** Les produits laitiers: lait, yaourts, fromages constituent une source importante de calcium. Ils apportent également des protéines d'excellente qualité. Consommez environ trois produits laitiers par jour. Mais attention certains produits laitiers sont particulièrement riches en lipide.

**D'associer Céréales et Légumineuses :** Les Légumes secs, les céréales complètes apportent des protéines végétales avec peu ou pas de lipides. Ils contiennent des vitamines et minéraux essentiels. Elles sont surtout une source importante de fibres dont on connaît l'importance dans la prévention de diverses maladies

**De limiter votre consommation de produits sucrés :** Nous consommons trop de sucre. Pour réduire votre consommation de sucre :

- Privilégiez les sucres lents: Céréales, Pomme de terre, Légumineuses.

- Limitez votre consommation de sodas, surtout en dehors des repas et optez autant que possible pour l'eau.

- Evitez les mélanges graisses-sucres (crêpes aux fromages, desserts au chocolat...).

**De boire de l'eau à volonté:** Notre corps a besoin d'au moins 1,5 L par jour. Buvez régulièrement, tout au long de la journée et bien avant d'avoir soif.

**De diminuer la consommation de sel:** Nous consommons trop de sel. Plus du double de ce que nous devrions. Pour réduire votre consommation de sel :

- Goûtez toujours les aliments avant de resaler,

- Shootez-vous plutôt aux épices, aromates et autres herbes de Provence,

- Optez pour les fromages les plus pauvres en sel.
- Evitez de consommer des biscuits apéritifs salés, de la charcuterie....

**De faire trois repas par jour:**

- Ne sautez jamais un repas et surtout pas le petit déjeuner.
- Consacrez au moins 20 minutes par repas. Respectez 3 à 4 heures entre chaque prise alimentaire.
- Essayez autant que possible de prendre votre repas à table.

**De grignoter intelligemment:** La prise de trois repas par jour permet normalement de répondre à vos besoins.

**D'opter pour les modes de cuisson qui préservent le mieux les aliments:**

- La cuisson vapeur est certainement le mode de cuisson qui altère le moins les aliments. Elle ne nécessite de plus aucun ajout de matières grasses. Ne rangez pas vos cocottes.
- Pour la cuisson à la poêle, les fritures, tout dépend de la matière grasse utilisée.

De prendre suffisamment de repos :

D'assurer ses Soins d'hygiène et de propreté :

**De faire du sport :** La pratique d'une activité physique régulière permet de maintenir l'efficacité de l'organisme: Elle aide également à entretenir la forme morale: évacuation du stress

## **PRISE EN CHARGE DES URGENCES HYPERTENSIVES**

### **GENERALITES**

Lorsque la pression systolique dépasse 220 mm hg, il existe un danger sérieux pour le malade. Il faut dans ce cas respecter toutes les précautions pour la mesure de la pression artérielle. Les résultats de la prise de la tension artérielle doivent être interprétés en fonction du contexte et des facteurs favorisants : stress, douleur, insuffisance respiratoire, intoxication éthylique, hyperthermie... Leur correction peut suffire à normaliser les chiffres.

L'IDE prodigue les soins qu'il connaît dans l'intérêt du patient et dans l'attente de l'arrivée des secours ou du médecin de l'établissement. L'infirmier Diplômé d'Etat doit prodiguer des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science

### **DEFINITION**

On définit une *urgence hypertensive* comme une décompensation rapide et progressive de la fonction d'un organe vital causée par une augmentation inappropriée de la TA.

Elle ne se définit pas par un chiffre spécifique, mais plutôt par une manifestation évidente d'une dysfonction aiguë dans les systèmes cardiovasculaire, neurologique ou néphrologique.

### **SYMPTOMES**

Signes neurologiques :

Paralysie en faveur d'un accident vasculaire cérébral

Céphalées, syndrome méningé en faveur d'une hémorragie cérébrale

Signes cardiovasculaires :

Douleur thoracique

Dyspnée aiguë (œdème du poumon)

### **CONDUITE A TENIR INFIRMIER**

Accueil du malade

Installation du malade dans une position allongée avec surélévation du tronc. Si un trouble de la conscience, mettre le malade en position latérale de sécurité et assurer la liberté des voies aériennes

Surveiller le pouls et la tension artérielle

Calmer le patient et son entourage

Faire appel au médecin

Préparer le matériel pour l'administration de l'oxygène

Collaborer ou installer l'oxygénothérapie sur demande du médecin

Surveiller l'oxygénothérapie

Prendre une voie veineuse avec du sérum glucosé si le malade n'est pas diabétique si non du Ringer lactate.

Préparer les bulletins pour les examens complémentaires

Faire les prélèvements de sang pour ionogramme sanguin, urée créatinine, glycémie, NFS

Faire la radiographie pulmonaire.

### **CONCLUSION**

Les cas d'hypertension sont fréquents à l'urgence, mais les véritables urgences hypertensives sont plus rares. Le personnel soignant devrait chercher des manifestations évidentes de la dysfonction aiguë d'un organe, plutôt que de se concentrer sur les chiffres spécifiques. L'objectif du traitement devrait être une réduction contrôlée de la TA avec des agents par voie parentérale pour éviter de causer des dommages à ceux que nous essayons d'aider. Il faut assurer le suivi de tous les patients hypertendus qui ne sont pas admis à l'hôpital pour s'occuper des complications à long terme.

# ŒDEME AIGU DU POUMON

## **INTRODUCTION**

L'œdème aigu du poumon est une urgence médicale. Le pronostic vital du patient est en jeu en l'absence de traitement, il peut décéder par asphyxie.

Définition :

C'est l'accumulation brutale du liquide dans les structures pulmonaires extravasculaire due à l'augmentation de la pression capillaire pulmonaire et de la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire

On distingue :

- OAP fonctionnel :
  - cardiopathie hypertensive
  - troubles de rythmes
  - cardiomyopathie
- OAP lésionnel :
  - noyade
  - inhalation du gaz toxique
  - inhalation du liquide gastrique

## **PHYSIOPATHOLOGIE**

La défaillance brutale du cœur gauche entraîne une baisse du débit cardiaque et une gêne du retour veineux pulmonaire. Une forte élévation des pressions en amont se crée et la sérosité plasmique inonde les alvéoles pulmonaires. Les échanges gazeux se font mal, on observe alors une hypoxie et une hypocapnie. Le patient se met à hyper ventiler pour compenser le manque d'oxygène.

## **FACTEUR DECLENCHANT**

Non suivi d'un régime désodé.

Interruption, erreur, inadéquation d'un traitement.

Trouble du rythme cardiaque : hypertension artérielle.

Infarctus du myocarde en évolution.

Surinfection bronchique.

Apport liquidien excessif.

Âge supérieur à 50 ans.

## **DIAGNOSTIC OU SIGNES CLINIQUES**

L'OAP a un début brutal et souvent nocturne qui réveille le patient dans un tableau d'asphyxie aigu.

Suffocation, cyanose, sueur, angoisse, torpeur.

Dyspnée à type de polypnée > 30/min.

Sensation d'oppression thoracique.

Orthopnée : le patient ne supporte pas la position allongée, il est assis au bord du lit.

Toux sèche puis expectoration abondante mousseuse, blanchâtre ou teintées de sang.

Tachycardie.

Râles crépitant : bruit de pas dans la neige.

A l'auscultation l'on retrouve

- au niveau du poumon des râles crépitants, diffus dans tout le champ pulmonaire comme une marée montante
- au niveau cardiaque, nous avons une tachycardie avec des bruits de galops

## **EXAMENS**

Bilan sanguin : ionogramme (sodium potassium), urée, créatinine, enzyme cardiaque (C.P.K., troponine), N.F.S. pour dépister une anémie, bilan de coagulation : Taux de prothrombine (TP), Temps de céphaline kaolin (TCK).

Gaz du sang artériel : hypoxie et hypocapnie.

Écho-doppler : origine cardiogénique.

E.C.G.

Radio des poumons : recherche d'un épanchement unilatéral ou bilatéral.

Bilan urinaire.

**Rôle infirmier :**

1 – Installation du malade :

- ambiance calme
- position demi assise ou assise jambes pendantes.
- oxygénothérapie 6 à 10 l / min
- Pose d'une voie d'abord veineuse de gros calibre + perfusion G 5 %

Prendre la tension artérielle et la fréquence cardiaque, amplitude et fréquence respiratoire, saturation en oxygène.

Réduire la pression capillaire pulmonaire en diminuant le volume sanguin : faire uriner, restriction hydrique, vasodilatation veineuse.

- monitoring : TA ; pouls ; ECG ; SAO2

2 – Eléments de surveillance :

- fiche de surveillance
- bilan des entrées et des sorties
- Fréquence Respiratoire
- diurèse
- SAO2
- signes de gravité tel que :
  - Troubles de la conscience
  - Epuisement respiratoire
  - Survenue d'un état de choc

3 – Pratiquer les examens demandés :

- Radiographie du poumon
- Urée + créatinine
- Ionogramme sanguin et urinaire
- Enzymes cardiaques
- Gaz du sang

4 - Administrer le traitement prescrit :

- Diurétiques Lasilix une (1) ampoule ou Edécrine un flacon ; en cas d'échec utiliser Lixil Léo une (1) ampoule.
- Dérivés nitrés
- Tonicardiaques
- Anti arythmique.
- Anticoagulant

5 - Education du malade :

- Régime hyposodé + repos
- Surveillance des œdèmes par la prise du poids
- 
- L'importance du suivi thérapeutique

**Surveillance**

Position assise bien respecter, jambe surélever.

Rythme respiratoire et sa fréquence, pression artérielle, pouls, E.C.G., monitoring.

La voie d'abord veineuse : surveiller le reflux et le point de ponction.

Disparition des œdèmes du mollet.

Respect de la restriction hydrique.

Rafraîchir la personne.

Prévention d'escarre.

Surveiller la diurèse : garder les urines ou sonde urinaire.

Surveiller le faciès, tégument, coloration de la peau : cyanose, marbrure.

Sonde nasal : oxygénation

Évaluer l'efficacité du traitement.

## ANGINE DE POITRINE

### Définition :

L'angine de poitrine ou angor est une cardiopathie qui est le résultat d'un manque d'apport d'oxygène au myocarde, le plus souvent secondaire à une diminution du débit sanguin dans une artère coronaire (On parle de sténose coronarienne).

Ce manque d'oxygène au niveau du cœur est appelé ischémie du myocarde. L'angine de poitrine est un symptôme commun de l'ischémie du myocarde. Il s'agit d'une manifestation courante d'une insuffisance coronarienne.

### Rôle infirmier :

#### A l'arrivée du patient:

Maintenir le patient au repos

Prévenir le médecin

Installer le sujet en position demi assise

Le rassurer

Noter le pouls et la température

Faire le bilan et le traitement prescrit

#### La surveillance:

##### ➤ Au niveau clinique, l'infirmier doit surveiller

- La douleur

- La TA et le pouls toutes les demi-heures

-Faire l'ECG du malade immédiatement

#### Soins

-Faire les soins de nursing du patient

-Prévenir la constipation

-Protéger le patient contre le froid qui peut déclencher une crise

-Instituer un régime alimentaire si besoin

#### Éducation du malade

Donner les conseils suivants au malade:

-Éviter de sortir par temps froid et venteux. De nombreux angineux se rendent compte que le froid, surtout lorsqu'il est accompagné de vent

-Ne pas faire d'efforts physiques violents et intenses.

-Cesser de fumer. Le tabagisme entraîne un blocage progressif des artères

-Réduire sa consommation de matières grasses. La consommation excessive de ces matières, fait grimper le taux de mauvais cholestérol. Celui-ci s'accumule à l'intérieur des artères et finit par bloquer la circulation du sang vers le cœur.

-Bouger. Si vous souffrez d'angine de poitrine, ne pratiquez pas l'aérobic ou la course à pied. Des activités physiques faciles et accessibles, telles que la marche, le vélo et la natation

-Réduire le stress et l'anxiété. Reposez-vous.

Transcrire dans le dossier de soins toutes activités menées et informations données.

## INFARCTUS DU MYOCARDE

### Définition :

L'infarctus du myocarde peut se définir comme la mort d'une zone plus ou moins étendue du muscle cardiaque. Les cellules musculaires cardiaques de ce territoire ne parviennent plus à se contracter par manque d'apport en oxygène et meurent en quelques heures.

### Etio-pathogénie

Le myocarde est vascularisé par les artères, lorsque celles-ci se bouchent (caillot, thrombose) ; le myocarde ne reçoit plus de sang et manque d'oxygène, il souffre d'ischémie.

### Clinique

Typiquement, il s'agit d'une douleur très intense, constrictive (qui sert) angoissante, est apparue à l'effort, qui irradie largement dans le bras gauche, le dos et la mâchoire.

La douleur est généralement angoissante et.

### Rôle infirmier :

- Installer le malade dans son lit en ayant soin qu'il ne fasse d'effort ;
- Expliquer au patient le déroulement de son hospitalisation, les soins effectués et leurs objectifs.
- Evaluer rapidement l'état de gravité du patient : intensité de la douleur, pâleur, sueurs, vomissements, agitations, essoufflements sont des signes de gravité.
- Noter les constantes (pouls, TA, respiration) sur la feuille de surveillance.
- Prévenir le médecin.
- Prendre une voie veineuse de gros calibre.
- Si la douleur persiste ; administrer un antalgique par voie veineuse suivant la prescription médicale.
- Démarrer un traitement anticoagulant par IVD lent.
- Recueillir les urines en vue de rechercher : sucre, acétone, albumine ; en cas d'anurie procéder à sonder le malade.
- Effectuer les examens biologiques : enzyme du cœur, troponine, ionogramme sanguin et urinaire ; glycémie, urée, créatinine, cholestérol chaque jour.
- Avertir le médecin en cas de modification : du pouls ou TA ; reprise de la douleur ; apparition de polypnée modification de l'ECG.

Surveiller la mise en route de l'oxygénothérapie

Vérifier que :

\* le rythme respiratoire du malade ralentit,

\* la dyspnée disparaît

\* les téguments se recolorent. Le patient devient rapidement plus calme

Assurer l'hygiène corporelle : toilette au lit sans participation du patient les 2-3 premiers jours. Ensuite, dès autorisation du médecin, participation du malade à sa toilette

Changer la literie aussi souvent que nécessaire (transpiration abondante fréquente)

Assurer la prévention des escarres par massage des points d'appui plusieurs fois par jour

rechercher une phlébite débutante par le palper des mollets, apprécier la chaleur cutanée des jambes

Assurer la mobilisation passive, par un tiers au début. Avec accord médical, le patient pourra s'asseoir au bord du lit à partir du 3<sup>e</sup> jour

Vérifier le transit intestinal : durant les 1<sup>er</sup> jours de repos strict, le patient devra éviter les efforts liés à la défécation.

- Conseils éducatifs :

Alimentation (régimes hypo-lipidique et sans sel).

- Supprimer le tabac.
- Eviter la suractivité physique et mentale.

- ❖ Surveillance du malade :

Assurer le repos du malade et son confort.

Soutenir la psychologiquement le malade en lui expliquant sa maladie.

Monitoring continu (ECG, pouls).

Rechercher un foyer infectieux ORL, dentaire, etc.

Transmissions écrites dans le dossier de soins

# INSUFFISANCE CARDIAQUE

## Définition :

On parle d'une IC quand le cœur ne peut plus effectuer correctement son travail de pompe : il n'assure plus le débit sanguin nécessaire au bon fonctionnement des tissus.

On distingue :

- Insuffisance ventriculaire droit
- Insuffisance ventriculaire gauche
- Insuffisance cardiaque globale

## Rôle infirmier :

- Mesures préventives
  - ✓ Prévenir le RAA par le traitement des angines
  - ✓ Prévenir l'athérosclérose par la réduction de la consommation des graisses animales
  - ✓ éviter le tabac et l'alcool
  - ✓ éviter les sports violents
  - ✓ traiter l'HTA
  - ✓ traiter toute angine de poitrine avant de se compliquer.
- Mesures curatives
  - CONSEILS HYGIENODIETETIQUES
    - ✓ le repos permet de diminuer le travail cardiaque
    - ✓ régime pauvre en sel
    - ✓ alimentation équilibrée
  - SURVEILLANCE DE TRAITEMENT
    - a) Avant le traitement
      - ✓ tension artérielle
      - ✓ la respiration
      - ✓ la température
      - ✓ le pouls position
      - ✓ position demi assise
      - ✓ repos au lit en mobilisant les membres inférieurs régulièrement pour éviter la phlébite.
      - ✓ mesurer le poids régulièrement pour évaluer l'influence des œdèmes
      - ✓ effectuer des prélèvements sanguins, électrocardiogramme, ionogramme
      - ✓ lui expliquer la nécessité de prendre son traitement sans aucune défaillance
      - ✓ lui faire comprendre l'importance d'une hygiène de vie régulière : pas de privation de sommeil, pas d'abus d'alcool
      - ✓ orienter le malade vers un service social
    - b) Auprès de la famille
      - ✓ savoir faire accepter le malade par la famille
      - ✓ lui faire accepter la maladie qui est souvent mal connue
      - ✓ lui faire accepter et comprendre le mode de vie régulier, la prise du médicament continue
      - ✓ lui demander de noter le nombre de crises ou d'absence, la durée, l'heure de survenue afin d'en informer le médecin lors des consultations.

# LA PHLEBITE

## DEFINITION

La phlébite est un trouble cardiovasculaire qui constitue en la formation d'un caillot sanguin dans une veine. Elle s'accompagne d'inflammation. Ce caillot va bloquer complètement ou partiellement la circulation sanguine dans la veine.

On distingue ;

\*Phlébite superficielle

\*Phlébite profonde

Signes cliniques

❖ Au stade initial :

*Signes locaux :*

- Douleurs du membre inférieur +/- importantes
- Crampes
- Pesanteur au niveau du mollet
- Sensation d'engourdissement

• *signes généraux :*

- Dissociation pouls / température avec une fébricule 37° – 37°8
- Sensation de malaise inexpliqué
- Angoisse
- Douleur à la palpation le long du trajet veineux
- Rougeur
- Signe de Homane = douleurs à la dorsiflexion du pied
- baisse du ballotement du mollet : plus chaud, plus tendu
- Œdème du mollet : le mollet prend le godet

Examens complémentaires à demander

Phlébographie,

écho-doppler veineux,

Dosage des D-dimères = marqueurs de l'activation de la coagulation

Rôle infirmier

On peut le classer en trois parties ;

## 1/ LA PREVENTION :

L'infirmier doit d'abord savoir les sujets prédisposés à faire ce type des maladies ; en générale c'un problème d'immobilisation, il peut se manifester dans plusieurs cas :

- ✓ Immobilisation post opératoire.
  - ✓ Le post partum : les femmes accouchées.
  - ✓ Certaines pathologies nécessitant une immobilisation stricte (traumatologie, hémiplegie.....).
  - ✓ -insuffisance cardiaque droite,
  - ✓ varices des membres inférieurs,
  - ✓ compressions veineuses (cancers, voyages longs en avion, station assise prolongée)
  - ✓ lors d'altération de la paroi veineuse, lorsque la lésion pariétale est infectée, il y a inflammation et donc mouvements de retour veineux.
  - ✓ La présence de cathéters de perfusion qui peuvent abîmer la paroi,
  - ✓ toutes lésions traumatiques et le vieillissement du capital veineux
  - ✓ lors d'anomalies biologiques de la coagulation
  - ✓ un épaissement du sang dû à la prise d'œstro-progestatifs
- Ces sujets nécessitent un traitement et une surveillance exacte ;
- ✓ Le lever précoce sur prescription médicale chez tout patient susceptible d'avoir une phlébite
  - ✓ Il faut insister sur les mouvements des pieds et des jambes dans le lit.
  - ✓ Contentions des membres inférieurs sur prescription médicale

- ✓ Administration de traitement prescrit (anticoagulants, héparine en sous cutanée ...).
- ✓ Surveiller l'efficacité du traitement.

## **2/ LE DEPISTAGE**

### **A/ INTERROGATOIRE**

Il va nous révéler :

- ✓ Une douleur au niveau du mollet.
- ✓ Une douleur au niveau de la jambe.
- ✓ Des crampes avec une légère impotence à la marche.
- ✓ Des antécédents médicaux et chirurgicaux.

### **B/ PALPATION**

Elle va nous permettre de rechercher certains signes de comparaison entre les deux membres inférieurs : le membre atteint et le membre sain.

La palpation va nous révéler :

- ✓ -Une douleur provoquée par la palpation du mollet.
- ✓ -Une chaleur locale.
- ✓ Un œdème ne prenant pas le godet.

### **C/ LA PRISE DES CONSTANTES**

- ✓ Pouls : accéléré
- ✓ Température : elle est moins de 38

## **3/ LA SURVEILLANCE DE TRAITEMENT**

### *A/ Au cours de la phlébite*

- ✓ Demander un repos complet pour éviter tout mouvement brutal du membre atteint.
- ✓ Les pieds du lit doivent être surélevés.
- ✓ Surveiller les constantes (TA .pouls, température ...) et les noter.
- ✓ Noter et signaler les symptômes anormaux (pouls rapide, fièvre, angoisse, polypnée...).
- ✓ Lorsque le lever est autorisé, il doit être progressif et prudent.
- ✓ Assurer le confort de la personne au niveau de la douleur mettant le membre atteint dans un arceau dans un premier temps
- ✓ Prévenir les complications de décubitus par des soins de nursing
- ✓ Prendre une voie veineuse avec du ringer lactate
- ✓ Faire les prélèvements de groupe, rhésus, agglutinines irréguliers, NFS, plaquettes, hémostase

### *B/ Après la phlébite*

- ✓ Eduquer le patient sur l'importance de la marche pour éviter les complications post phlébitiques (la surinfection, des ulcère,...).
- ✓ Noter l'amélioration ou non des signes locaux, tout saignement dentaire, urinaire ou digestif ...
- ✓ En cas d'hémorragie : Administrer une ampoule de sulfate de protamine et aller prévenir le médecin traitant
- ✓ -Prendre à nouveau les constantes.

## EMBOLIE PULMONAIRE

### Définition

L'embolie pulmonaire (EP) est la complication la plus fréquente et la plus grave des thromboses veineuses profondes (TVP).

L'EP est due à la migration d'un thrombus qui provient généralement du réseau veineux profond des membres inférieurs, exceptionnellement, le foyer emboligène initial peut se situer au niveau des membres supérieurs.

### Symptômes

Douleur thoracique Latérale gênant l'inspiration

Toux sèches aggravant la douleur

Dyspnée avec tachypnée superficielle

Crachats hémoptoïques

Fièvre modérée

Tachycardie et en général hypotension artérielle

Turgescence jugulaire

On peut avoir un état de choc d'emblée, voire un arrêt cardiaque

### Conduite à tenir infirmière

Accueillir le malade

Rassurer le malade qui arrive très angoissé.

Le mobiliser avec précaution pour éviter tout risque de migration caillot

Mettre le malade en position demi assise.

Surélever le tronc du malade

Sur prescription médicale, l'infirmier doit poser une sonde à oxygène ou un masque /des lunettes selon la tolérance

Surveiller l'oxygène nasal

Prendre les constantes (pouls, TA, fréquence respiratoire, température)

Effectuer les examens radiologiques : ECG radio pulmonaire, angio-scanner échographie, scintigraphie, angiographie pulmonaire classique

Faire les prélèvements du Dosage des D-dimers = marqueurs de l'activation de la coagulation, enzymes cardiaques.

Effectuer les examens des gaz du sang

Placer un saturomètre au doigt du patient pour connaître le taux d'oxygène dans le sang.

Mettre en place le traitement prescrit

Expliquer la maladie : l'embolie est due à un caillot de sang, formé dans une veine des membres inférieurs, qui a migré dans l'artère pulmonaire.

Expliquer qu'elle peut récidiver.

Rechercher les facteurs favorisants, par exemple:

L'obésité

L'alitement

L'accouchement

Une intervention chirurgicale

Pilules et cigarette

Varices phlébites ancienne, obésité

Arythmie cardiaque, valvulopathie

➤ Surveiller le traitement:

-Il se compose d'une oxygénothérapie et une héparinothérapie si nécessaire.

❑ Pour l'héparinothérapie; l'infirmier doit:

-vérifier la prescription et la dose

-surveiller chaque point de ponction (risque de saignement prolongé).

-ne jamais faire une injection intra musculaire mais seulement IV ou S/C.

Demander au patient s'il ressent des douleurs gastriques (risque de saignement de l'ulcère).

-informer le patient des règles à respecter durant son traitement :

-ne pas utiliser de rasoir à lames mais un rasoir électrique (risque de saignement).

-se brosser doucement les dents (risque de gingivorragie).

La surveillance biologique du traitement par héparine se fait par un prélèvement sanguin nommé TCA (temps de cephaline active) qui doit être équivalent 2-3fois le temps de témoin.

-l'infirmier doit prévenir le médecin de tout saignement survenant d'une façon prolongée et importante

L'infirmier doit surveiller le patient et le matériel:

-surveiller la couleur (cyanose), la chaleur.

-surveiller l'état de conscience (agitation, somnolence, confusion)

-surveiller la saturation en oxygène (elle doit être supérieure à 90).

• L'infirmier doit:

-changer le saturimètre souvent pour éviter la survenue des escarres.

-changer la sonde à oxygène tous les jours et mettre alternativement dans chaque narine pour éviter les escarres.

-mettre suffisamment d'eau dans le barboteur pour maintenir les muqueuses humidifiées

Education du malade sous AVK:

- l'embolie pulmonaire se traite en phase aigüe par l'héparine. Le relais se fait par des AVK qui éviteront la formation de nouveaux caillots. Le patient aura ce traitement d'AVK avant sa sortie

De l'hôpital jusqu'à l'équilibration de la dose pendant environ 6mois.

• Il est nécessaire donc d'informer le patient avant sa sortie :

• -respecter strictement la posologie prescrite par le médecin.

• -ne pas modifier ou interrompre le traitement sans avis médical.

• -ne prendre aucun autre médicament sans accord médical (AIS, AINS)

• Prévenir le médecin de tout changement tel que gingivorragie, épistaxis, troubles digestifs, douleurs abdominales.

• Contrôler l'action du médicament par un prélèvement sanguin TP, INR.

• Toujours posséder sur soi une carte notifiant la prise du traitement, la dose et les derniers résultats des examens sanguins.

• Cette carte doit être présentée à chaque consultation médicale.

## SOINS INFIRMIERS DANS L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

### Définition:

L'ulcère est une perte de substance creusant plus ou moins profondément la paroi de l'estomac ou du duodénum.

### Epidémiologique

Pathologie fréquente et invalidante, douloureuse et récidivante. Plus d'ulcères duodénaux que gastriques. La classique prédominance masculine est de moins en moins nette, concerne surtout le duodénum. La localisation Gastrique peut donner le cancer alors que la localisation Duodénale ne donne jamais de cancer

### Symptomatologie clinique:

A) *Syndrome ulcéreux typique 30 %*

- Douleur : crampe
- Siège : épigastrique
- Rythme post prandial
- Calmé par les repas ou les anti-acides

B) *Syndrome atypique incomplet*

C) *Dyspepsie (circonstance de découvertes plus que symptômes)*

D) *Nul dans 20 % des cas*

E) *Notion de poussées*

### Etio-pathogénie :

A un moment donné, à un endroit donné de la muqueuse, il se produit un déséquilibre entre ce qui attaque la muqueuse et ce qui la défend.

Facteurs de défense muqueuse :

- Notion de barrière muqueuse = mucus +HCO<sub>3</sub>
- Rôle de la vitesse de renouvellement CR
- Intégrité de la micro circulation sous muqueuse
- Notion de ddp trans-muqueuse

Facteurs d'agression :

- Naturels : HCl, pepsine, hélicobacter pylore
- Toxiques : Médos (tabac, alcool)

### Examens complémentaires pour le diagnostic de l'ulcère gastro-duodéal

Transit baryté gastroduodéal

Fibroscopie++++

L'examen à réaliser en première intention dans le bilan d'un ulcère gastroduodéal est : recherche d'helicobacter pylori dans la région antrale

### Évolution d'un ulcère duodéal

Une récurrence est attendue 1 fois sur 4 dans l'année s'il n'y a pas d'éradication d'helicobacter. Des risques de dégénérescence peuvent être observés après 10 à 15 ans d'évolution.

### Buts et les principes du traitement de l'ulcère

Les buts du traitement de l'ulcère est de cicatrifier l'ulcère et d'éviter les récurrences.

### Les principes du traitement

Les principes du traitement sont de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs d'agression de la muqueuse.

### Complications de l'ulcère gastroduodéal

Les complications de l'ulcère gastroduodéal sont l'hémorragie digestive, la perforation ulcéreuse, la sténose ulcéreuse et la transformation cancéreuse

La récurrence est moins fréquente si on éradique l'helicobacter ou si en l'absence d'helicobacter on entreprend un traitement d'entretien.

### **Rôle infirmier devant l'UGD :**

Le But du traitement étant de Soulager le malade, et de Permettre la cicatrisation et la prévention des complications et / ou des récurrences, le rôle de l'infirmier sera la surveillance du malade et des complications.

### **Besoins non satisfaits**

Le besoin de boire et manger, le besoin d'apprendre, le besoin d'éviter les dangers

### **Objectifs de soins**

Acquérir des connaissances sur la maladie et le traitement

### **Activités infirmières**

Expliquer au malade et son entourage les modalités et le but du traitement et lui faire accepter la nécessité de poursuivre la thérapeutique.

Expliquer la nécessité du repos physique et moral.

Le régime alimentaire sera large, il faut donc exclure les aliments épicés et toutes boissons alcoolisées.

Obtenir que le malade diminue ou supprime le tabac surtout le matin à jeun.

Administrer et surveiller la thérapeutique :

Les pansements gastriques doivent être pris un ¼ h avant chaque repas dilué dans un peu d'eau et surveiller le transit intestinal en signalant toute diarrhée ou constipation.

Les vagolytiques antispasmodiques, s'administrent le plus souvent par voie parentérale, pratiquer les injections avec asepsie, varier et surveiller les points d'injection.

Informé le malade que certains médicaments lui sont formellement contre indiqués (anticoagulants, AIS, AINS...) en raison du risque de rechute et d'hémorragie.

Avant chaque repas, s'informer auprès du malade de la présence ou l'absence d'une douleur épigastrique, en faire préciser le type, l'intensité, s'assurer de sa disparition après le repas.

Peser le malade une fois par semaine.

Les vomissements survenant plusieurs heures après les repas ou au cours d'une crise douloureuse, font penser à une sténose du pylore et seront signalés au médecin.

Surveillance à chaque selle l'aspect la coloration, les selles noires feront signe de présence de sang ;

Prendre le pouls et la TA deux fois par jour et à la demande si le malade présente un tableau évoquant une hémorragie interne.

Toute douleur épigastrique brutale, violente, s'accompagnant d'un état syncopal, doit faire penser à la perforation et appeler le médecin en urgence.

Collaboration avec le service social pour améliorer une situation sociale difficile.

## Définition

Les hémorragies digestives sont un saignement d'origine digestive, extériorisé ou non, pouvant entraîner rapidement une spoliation sanguine importante et un état de choc.

## Différentes types des hémorragies digestives

On distingue :

- Les **hémorragies digestives hautes** (90% des cas) : Œsophagiennes (varices)  
Gastroduodénales (gastrite, ulcère, cancer)
- Les **hémorragies digestives basses** (10%) : Jéjunale, iléales et colorectales (colite, diverticulite, cancer)
- Cirrhose

## Diagnostic différentiel

- hémoptysie est un saignement concomitant à une toux ou dans un effort de toux.
- épistaxis déglutie ou stoppée

## Signes cliniques

Trois symptômes principaux en cas d'extériorisation

Hématémèse : vomissement de sang rouge ou couleur « marc de café » dans les cas où le sang a été digéré

Méléna : selles noires, couleur goudron qui survient plusieurs heures après le saignement

Rectorragies : excréments diarrhéiques rouges qui est le signe en général d'une hémorragie massive et ne permet pas de trancher sur l'origine du saignement

## Gravité

La gravité est jugée sur les signes de spoliation sanguine pouvant aller jusqu'à un état de choc gravissime

- Hypotension artérielle posturale (couché, assis)
- Tachycardie
- Pâleur cutanée, conjonctives décolorées
- Sueurs, agitation, soif et sensation de soif, polypnée, troubles de conscience

## Problèmes de soins infirmiers

Risque de complication de son état, vulnérabilité face... déshydratation, Diminution de l'irrigation tissulaire périphérique, Manque de connaissances sur sa maladie, Risque de troubles psychologiques

## Besoin fondamental non satisfait

Besoin d'éviter les dangers, besoin d'apprendre

## Objectif de soins

Corriger l'hypo- volémie et l'anémie

Arrêter le saignement

Acquérir des connaissances sur sa maladie

Prévenir les troubles psychologiques

## Activités infirmières

### ➤ Rôle propre

- Accueillir et installer le patient
- Reconnaître s'il s'agit d'une hémoptysie ou d'une hématémèse
- Évaluer et apprécier l'importance du saignement : par interrogatoire ; examen et signes de choc.
- Allonger le patient tête basse sur le côté pour éviter toute inhalation
- Préparer le matériel pour l'examen médical, l'oxygénothérapie, le tamponnement local
- Prévenir d'urgence le médecin

### ➤ Rôle délégué

- Devant une urgence, l'infirmier met en œuvre les protocoles de soins d'urgence.
- Prendre deux voies veineuses de gros calibre et placer un soluté à grosse molécule (haemacel) sur avis médical
- Placer une sonde à O2 et régler le débit et Noter les éléments de surveillance : TA, pouls, coloration de la peau, des conjonctives, sueurs.
- Si hémorragie abondante : commande de produits sanguins, transfusion par du culot globulaire iso-groupe et iso-Rh et plasma frais congelé.
- Surveiller la transfusion.
- Participer à l'examen médical.
- Administrer le traitement prescrit par le médecin.
- S'assure de la bonne tolérance hémodynamique du traitement en surveillant les paramètres vitaux de façon continue.
  - Etat hémodynamique : TA, pouls, pression veineuse centrale
  - Grande fonction vitale par : diurèse, état de conscience, fréquence respiratoire
- aide à poser une sonde de BLAKEMORE qui assure un tamponnement local en attendant la réalisation d'une fibroscopie en cas de varices œsophagiennes.
- mettre une sonde gastrique qui permet de vérifier :
  - si le saignement est toujours actif
  - vidanger l'estomac
  - laver avec de l'eau froide, jusqu'à l'obtention d'un liquide claire
- bien couvrir le malade pour ne pas trop le refroidir.

### ➤ Rôle de collaboration

Assurer la préparation du malade pour les différents examens.

- Effectuer un prélèvement sanguin pour groupage + Rh, NFS, bilan d'hémostase (TP, TCA), ionogramme sanguin, bilan hépatique.

Collaborer à la réalisation de la fibroscopie

S'assurer de la disponibilité des résultats

### ➤ Surveillance des activités

-Surveillance clinique :

- Le sang rejeté
- Constantes : TA-pouls, Fréquence Respiratoire et diurèse
- Etat du patient : Coloration des conjonctives, Sueurs, pâleur, Etat de conscience,
- Surveillance biologique: NFS, plaquette, hématicrite, Bilan d'hémostase ( ) Ionogramme sanguin Bilan hépatique ( )
- Surveillance d'oxygénothérapie : (TA, pouls, coloration de la peau, des conjonctives, sueurs)
- Surveillance de perfusion (rythme, écoulement)
- Surveillance de transfusion (sensation d'angoisse, des frissons de la cyanose, de la gêne respiratoire, des douleurs lombaires, le rythme de la transfusion)

### ➤ Education et information

Le diagnostic différentiel, les signes cliniques, les signes de gravité

## SOINS INFIRMIERS DANS LES HEPATITES VIRALES

### I- Définition des hépatites virales

L'hépatite est due à la présence persistante du virus de l'hépatite dans l'organisme entraînant une réaction inflammatoire au niveau du foie.

### II- Différentes types d'hépatite

On distingue actuellement 5 types d'hépatites virales (A, B, C, D et E)

### III- Physiopathologie

Suite à une lésion du parenchyme hépatique due à une affection primaire ou un obstacle sur les voies excrétrices de la bile ou d'une perturbation de la circulation entéro-hépatique, causé par un agent infectieux, des troubles métaboliques, des toxines ou par des médicaments, le taux sérique de la bilirubine augmente et donne une coloration des muqueuses, de la peau et des tissus: ictère.

### IV- Principales caractéristiques virales et cliniques des hépatites

	HEPATITE VIRALE A	HEPATITE VIRALE B	HEPATITE VIRALE C	HEPATITE VIRALE E
<b>Incubation :</b>	Courte : 1/2 à 1 mois	Longue : 1,5 à 4 mois	Courte ou longue : 1 à 3 mois	Courte : 1 mois (0,5 à 2,5mois)
<b>Mode de Contamination</b>	Voie orale : par ingestion d'eau ou aliments souillés (fécal-oral)	Par le sang et les dérivés du sang (transfusions, injections, toxicomanie, tatouage, acupuncture)= voie parentérale -par les sécrétions biologiques (vaginales, spermes, lait, salive)= voie sexuelle, contamination mère-enfant	Par le sang et les dérivés du sang = voie parentérale -autres voies discutées et minoritaires	Voie orale : par ingestion d'eau ou aliments souillés (fécal-oral)
<b>Contagiosité :</b>	Pendant la période où le virus est excrété dans les selles : 10jours (1semaine avant l'éventuel ictère et quelques jours après)	Pendant la période où le virus persiste dans le sang et les sécrétions : -transitoire : 1,5 mois (4 semaines avant l'ictère et 2 semaines après) en cas d'infection aiguë avec guérison -permanente en cas d'infection chronique	Pendant la période où le virus persiste dans le sang transitoire en cas d'infection aiguë évoluant vers la guérison -permanente en cas d'infection chronique	Pendant la période où le virus est excrété dans les selles (9 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour après la contamination, parfois plus)
<b>Clinique :</b>	Asymptomatique dans 80 à 90% des cas - n'évolue jamais vers la chronicité	Asymptomatique dans 80 à 90% des cas - peut évoluer vers la chronicité dans 10% des cas	Asymptomatique dans presque tous les cas - évolue vers la chronicité dans 70% des cas	Asymptomatique le plus souvent. N'évolue jamais vers la chronicité
<b>Mortalité :</b>		Elevée		0,5 à4% dans la population générale et jusqu'à 20% chez la femme enceinte

## **Rôle de l'infirmier**

### **Besoin**

Etre propre, soigné et protéger ses téguments et phanères

Communiquer avec ses semblables en exprimant ses émotions, ses besoins, ses peurs ou ses opinions

Eviter les dangers

### **Problèmes de soins infirmiers**

- Atteinte à l'intégrité de la peau/ des tissus
- Incapacité (partielle ou totale) de se laver et d'effectuer ses soins d'hygiène
- Risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau
- Isolement social
- Altération des mécanismes de protection

### **Activités infirmières**

-Observer et enregistrer les divers degrés de l'ictère

-Assurer les soins d'hygiène de la peau, bains sans savon, massage avec des lotions émollientes

-Couper les ongles du patient pour éviter les lésions de grattage

-Ecouter avec empathie les problèmes du patient

-conseiller au malade de maintenir une activité physique régulière, respecter les mesures d'hygiène usuelles afin d'éviter une contamination infectieuse surajoutée.

-faire une sérologie aux membres de la famille et à l'entourage

-appliquer les mesures d'hygiènes préventives pour éviter une possible contamination sanguine des autres membres de la famille

-vacciner tous les sujets non immunisés

-ne pas faire de don de sang

-utiliser du matériel individuel pour chaque malade

-nettoyer les aliments consommés.

# PONCTION D'ASCITE

## Définition

La ponction d'ascite consiste à introduire un trocart dans la cavité péritonéale entre les deux feuillets pariétal et viscéral de celle-ci pour prélever ou évacuer un épanchement liquidien.

## Mise en œuvre de la ponction

La ponction d'ascite peut être pratiquée en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation. L'asepsie est fondamentale car l'ascite représente un excellent milieu de culture chez un sujet immunodéprimé.

## Indications

- Cirrhoses
- Les cancers d'origines digestive, ovarienne, mammaire avec atteintes métastatiques du péritoine

## Contre-indication

Trouble de la coagulation : T.P. > 50% pour autoriser la ponction

## Buts

### - diagnostic :

**Ponction exploratrice** : pour confirmer un épanchement péritonéal, préciser sa nature, son étiologie, et identifier éventuellement une surinfection. => Laboratoire de biochimie, d'anatomo-pathologie, de bactériologie.

### -thérapeutique

**Ponction évacuatrice** : Pour soulager le patient si gêne cardio-respiratoire (dyspnée, tachycardie) ou gêne sous la paroi abdominale (douleurs, étranglement de hernie ou éventration).

Assécher complètement l'ascite

Faciliter un traitement effectué par une autre voie

Ces deux types de ponction peuvent être combinés.

## Rôle infirmier

### MATERIEL

- Matériel de rasage (si nécessaire)
- Gants à usage unique
- Protection à usage unique absorbante et imperméable
- Antiseptiques
- Sparadrap
- Matériel à anesthésie locale (xylocaïne, seringue, pompeuse, aiguille sous cutanée)
- Matériel stérile (compresses, gants, aiguille à ponction d'ascite de 60 mm X 0.8 mm stérile à usage unique, tubulures stériles, robinet à trois voies)
- Tubes étiquetés pour prélèvements
- Médicaments si injection prescrite
- Bocal de deux litres
- Tensiomètre si besoin
- Container à aiguille
- Poubelle, boîte d sécurité

### TECHNIQUE

#### ❖ Préparation du patient ou précaution avant d'exécuter le soin.

- expliquer l'examen au patient
- lui expliquer la Durée selon le but
  - \* 5 mn pour ponction exploratrice;
  - \* 20-30 mn pour ponction évacuatrice.
- Lui demander de vider sa vessie (risque de miction accidentelle)
- Mesurer le périmètre abdominal,
- peser le patient

- l'installer confortablement en décubitus dorsal, à plat ou le faire asseoir car cette position favorise mieux l'écoulement du liquide
- le rassurer
- Noter : pouls - T.A. avant la ponction
- Préparation de la peau du patient : rasage si nécessaire, lavage à l'eau savonnée, désinfection avec antiseptique coloré.

❖ Installer la protection sur le lit

- Préparer matériel pour anesthésie locale
- Dire au malade de rester immobile
- Servir le médecin durant la ponction, qui aura mis, des gants stériles après s'être lavé les mains
- Pour l'évacuation fixer la tubulure stérile à l'aiguille (utiliser un robinet 3 voies pour faciliter les manipulations)
- Bien fixer l'aiguille
- Laisser pendre la tubulure dans le bocal vide
- Régler et surveiller le débit d'évacuation (faire couler lentement)
- La ponction, c'est un acte médical pratiqué dans **la fosse iliaque gauche à mi-distance de l'épine iliaque antéro-supérieur gauche et de l'ombilic.**
- L'IDE est habilité à accomplir sur prescription médicale la surveillance et l'ablation des systèmes de drainage.

L'IDE doit :

**Au cours de la ponction :**

- S'informer de ce que ressent le patient
- Surveiller le débit ou rythme d'évacuation, qui doit être lent
- prendre ses constantes : pouls, TA, toutes les heures pendant l'évacuation
- Mesurer le volume ponctionné qui peut parfois être supérieur à 2L et nécessite une compensation sur prescription médicale.
- Le prélèvement peut aller jusqu'à 5 litres mais doit s'accompagner d'une perfusion intraveineuse d'albumine sans adjonction de sel, soit 8 g par litre de liquide prélevé.

**NB :** L'utilisation des diurétiques en cas de cirrhose est dangereuse. (Aggrave la diminution de la quantité de sang circulant et entraîne des troubles concernant les électrolytes (sodium, potassium, etc.).

En cas de réduction d'apport de sels et d'eau, il est nécessaire d'administrer une variété de diurétique appelée la spironolactone à raison d'environ 100 à 400 mg par jour.

Si, malgré ceci le traitement est mis en échec, il faut alors associer à notre diurétique du furosémide à raison de 20 à 80 mg par jour.

En présence d'une ascite infectée, antibiothérapie de manière empirique (aminoglycosides, ampicilline, céphalosporines).

Si non adapter le traitement aux résultats de l'antibiogramme.

En présence d'une péritonite bactérienne spontanée, ce sont les céphalosporines qui sont utilisées.

**A LA FIN DE LA PONCTION**

- Retirer l'aiguille d'un coup sec.
- Comprimer le point de ponction,
- nettoyer la peau
- mettre pansement compressif (électroplaste).
- Se laver les mains après avoir rangé le matériel.
- Transmettre les résultats

**SUIVI CLINIQUE DE L'EVOLUTION D'UNE ASCITE**

Il faut :

- Mesurer le périmètre abdominal au niveau de l'ombilic
- peser le patient
- prendre ses constantes.
- Diurèse

## CARACTERISTIQUES DU LIQUIDE

L'Ascite est un épanchement liquidien péritonéal fait d'eau, de sodium et de protéines, c'est un liquide normalement stérile.

**Le liquide d'ascite peut être :**

- **jaune clair** (couleur des urines) : ascite séro-fibrineuse.
- de coloration **rouge** : ascite hémorragique.
- de coloration **verte (contenant de la bile)**,
- **gélatineuse (maladie gélatineuse** du péritoine)
- ou contenant de la **graisse émulsionnée** (ascite chyloforme ou chyleuse).

## INTERPRETATION DE L'ANALYSE CHIMIQUE

L'analyse chimique de ce liquide permet de faire la distinction entre un liquide riche en protéines (>30g/l) (**exsudats**) qui est le résultat d'un processus inflammatoire ou d'origine infectieuse et un liquide pauvre en protéines (<30g/l) (**transsudats**) qui témoigne d'un épanchement mécanique (rétention hydro-sodé).

## COMPLICATIONS

Risque majeur d'infection péritonéale (asepsie +++)

Risque majeur de complication hydro-électrolytique :

Déshydratation

Hypotension artérielle

État de choc (hypovolémie)

Risque de complications locales : le liquide continue de s'écouler après ablation du drainage :

renouveler le pansement sec stérile et compressif.

## Problèmes de soins infirmiers

Risque élevé de déficit de volume liquidien ou (déshydratation)

Risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau et des tissus

Réaction post-traumatique

Mobilité physique réduite (sur l'appareil cardio-vasculaire)

Risque élevé d'infection

Déficit de soins personnels

## Besoins fondamentaux à tirer

Boire et manger

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Etre propre et soigné, et protéger ses téguments

Eviter les dangers

## SURVEILLANCE

### - Générale

Température

Pouls – TA pour détecter une compensation

Diurèse

Poids: la perte de poids ne doit pas dépasser ½ kilo par jour et le périmètre abdominal

Pli cutané, sécheresse des muqueuses

Comportement

Signe de malaise vagal (pâleur, sueurs, tachycardie, hypotension)

Rythme de l'évacuation

Bon fonctionnement du système

Evaluer régulièrement la douleur

Noter la quantité d'ascite évacuée

### - Locale

État de la peau au niveau de la ponction

Aspect du pansement (sec)

État de la paroi

Douleurs abdominales.

## TUBAGE GASTRIQUE

### **I-DEFINITION**

Le tubage gastrique est réalisé par l'introduction par les voies naturelles d'un tube de caoutchouc dans l'estomac pour aspirer le contenu gastrique.

### **II-BUTS**

Prélever le contenu gastrique pour analyse

Vider de l'estomac

Effectuer un examen fonctionnel de l'estomac

### **III-INDICATIONS**

Prélèvement du contenu gastrique

Examen (fibroscopie)

Ulcère gastrique

Gastrites

### **IV-CONTRE INDICATION**

Tumeurs de l'œsophage

Hémorragie digestive

Cas d'ectasie

### **Activités infirmiers**

### **Besoins fondamentaux**

Boire et manger

Apprendre

### **Problèmes de soins infirmiers**

Manque de connaissances

Incapacité (partielle ou totale) d'avaler

Incapacité (partielle ou totale) de s'alimenter

Risque élevé de fausse route

### **V-MATERIEL**

Un tube de faucher de diamètre 8 à 12mm, long de 1,5m

Un drap

Une serviette

Un lubrifiant

Des compresses stériles

Des tubes de prélèvement

Une paire de Gants

Un plateau ou de préférence un chariot

### **VI-PREPARATION DU MALADE**

Elle consiste à expliquer au malade l'innocuité réelle du tubage et l'effet désagréable du tube au contact du pharynx, la salivation abondante qu'il provoque.

Le malade doit faire de larges inspirations par le nez et des mouvements de déglutition pour favoriser la progression du tube dans l'estomac.

### **VII-TECHNIQUE**

Prévenir le malade du déroulement des soins

Le malade est installé en position demi- assise, cou-fléchi un drap ou une large serviette sur le thorax

L'opérateur se place en face du malade.

Saisir l'extrémité gastrique du tube

Lubrifier la sonde

Abaisser la langue de l'index gauche, parfaitement introduit et sur lequel glissera le tube

Introduire le tube contre la paroi postérieure du pharynx et le faire pénétrer dans l'œsophage.

Ou introduire la sonde par une narine et la pousser doucement jusqu'à la glotte

Une fois le malade sent le tube dans sa gorge, lui demander de faire des mouvements de déglutition et de larges inspirations.

Dès que le repère est au niveau des arcades dentaires, cela indique que l'extrémité du tube est dans l'estomac au niveau du cardia.

### **VIII-INCIDENTS**

La sonde peut s'enrouler dans la bouche

Salivation, nausées, efforts de toux.

### **IX-SURVEILLANCE**

Elle portera sur l'appareillage ou dispositif, le malade et le liquide. (*cf.* aspiration gastrique)

## ASPIRATIONS DIGESTIVES

### **Introduction**

L'appareil digestif est composé de plusieurs organes dont l'estomac et le duodénum qui participent à la digestion. La présence de gaz et de liquide au niveau du duodénum et de l'estomac peuvent constituer un frein au bon déroulement de la digestion. L'aspiration digestive va donc permettre l'élimination de ces éléments nocifs à partir de certaines règles précises et par ailleurs, poser le diagnostic après analyse du liquide recueilli.

### **I-Définition**

L'aspiration digestive est un acte qui consiste à évacuer le contenu de l'estomac ou du duodénum à l'aide d'une sonde d'un aspirateur.

### **II-Buts**

Extraire des liquides de l'estomac ou du duodénum  
Supprimer des obstacles dans les occlusions intestinales  
Prévenir la distension de l'intestin causé par les gaz et les liquides  
Evacuer la quantité de liquide recueilli avec nécessité d'une réanimation par perfusion de solutés.

### **III-Indications**

Perforation de l'estomac  
Occlusion intestinale  
Chirurgies intestinales en dehors des occlusions  
Préparation à une intervention gastrique ou abdominale  
Après une intervention gastrique ou abdominale (permet d'éviter les distensions, soulage les sutures et favorise le retour de la motricité intestinale).

### **IV-Contre-indications**

Cancer de l'estomac ou de l'abdomen  
Hémorragies digestives.

### **Activités infirmiers**

### **V-Matériel**

Un tube de faucher de diamètre 8 à 12mm, long de 1,5m  
Un dispositif d'aspirateur électrique mobile ou aspirateur central  
Un lubrifiant  
Des compresses stériles  
Une paire de Gants  
Sparadrap  
Sérum physiologique  
Seringue  
Un plateau ou de préférence un chariot

### **VI-Technique**

Mettre le malade en confiance, lui expliquer le déroulement du soin, demander sa collaboration au moment de l'introduction de la sonde  
Se laver les mains  
Placer le matériel dans l'ordre d'utilisation

Installer le malade en position demi assise pour les malades conscients ou en décubitus latéral pour les malades inconscients

Porter des gants

Saisir la sonde entre le pouce et l'index

La lubrifier avec la vaseline

Introduire la sonde par voie nasale ou buccale

Demande au malade de faire des mouvements de déglutition lorsqu'il sent la sonde dans la gorge

En cas d'obstacle, suffocation, retirer la sonde attendre quelques instants puis recommencer

Lorsque vous sentez un reflux gastrique ou si vous êtes sur le premier repère c'est que vous êtes dans l'estomac au niveau du cardia.

Le deuxième repère indique la présence de la sonde dans le duodénum

Pour plus de certitude, avec une seringue faite des mouvements d'aspiration et de refoulement ou

injecter avec force 50ml d'air, avec un stéthoscope placé au niveau du creux épigastrique, écouter les bruit aérique caractéristique:

S'il y a une résistance, la sonde est dans le duodénum, dans le cas contraire avec gargouillement, vous êtes dans l'estomac adapter la sonde à l'aspirateur

Fixer la sonde avec du sparadrap

Mettre l'aspirateur en marche

## **VII-Surveillance**

### **7-1-Le malade**

- Etablir une feuille de surveillance sur laquelle vous allez noter les constantes : T°, pouls, TA, l'aspect du client, état du client ; collapsus, signe de déshydratation

-Changer la sonde nasale tous les 48 heures à 72 heures

-Faire les soins des narines avec du sérum physiologique et les lubrifier avec de la vaseline régulièrement :

Porter le gant de toilette délicatement sur le nez, rincer et essuyer correctement

Hygiène du nez :

Effectuer un soin de nez à la solution physiologique plusieurs fois par jour.

Veiller à ce que la sonde ne comprime pas l'aile du nez. Sinon il y a risque de formation d'escarre de la narine.

La congestion des muqueuses

Etre attentif au son du passage de l'air pour déceler toute obstruction

La douleur ressentie ou non

La présence de rougeur, d'irritation, de croûtes, de saignement, de suppuration au niveau des narines.

-Effectuer un soin de bouche (le patient a tendance à respirer par la bouche Sinon il y a un assèchement des muqueuses) après la toilette et autant de fois que nécessaire durant la journée.

### **7-2-Le dispositif**

- Vérifier le fonctionnement de l'appareil d'aspiration
- Vérifier la perméabilité de la sonde
- Surveiller la bonne fixation de la sonde
- Laver la sonde au gant de toilette et l'essuyer en évitant de décoller les sparadraps.
- Profiter du moment de la toilette quotidienne pour mobiliser la sonde et renouveler la fixation.
- changer régulièrement la fixation en :
  - Décollant le sparadrap délicatement tout en maintenant la sonde bien en place
  - Dégraissant l'aile du nez et la sonde à l'éther. Demander au malade de fermer les yeux.
  - Refixer en cravate nœud papillon la sonde tout de suite.

### **7-3-Le liquide**

- Apprécier la quantité, la couleur ou aspect
- Vider le bocal avant qu'il ne soit plein
- Mesurer la quantité de liquide aspiré et noter

- apprécier et noter la quantité et les caractéristiques des sécrétions nasales (couleur, épaisseur, odeur)

### **Besoin fondamental**

Besoin de respirer

Boire et manger

Apprendre

Etre propre et soigné, et protéger ses téguments et phanères

### **Problèmes de soins infirmiers**

Manque de connaissances

Incapacité (partielle ou totale) d'avalier

Incapacité (partielle ou totale) de s'alimenter

Risque élevé de fausse route

Atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale

Atteinte à l'intégrité de la peau/ tissus

Incapacité (partielle ou totale) de se laver et d'effectuer ses soins d'hygiène

Risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau

Risque de déshydratation

### **Transmission :**

Signaler toutes ces observations à la responsable et les noter au dossier infirmier.

## **A- RAPPEL SUR L'OCCLUSION**

### **I-Définition**

On appelle occlusion intestinale toute interruption du transit intestinal normal. Elle se traduit par un arrêt des matières et des gaz.

Cet arrêt peut être dû à une gêne mécanique (obstacle, étranglement,...)

Soit à une paralysie réflexe du péristaltisme intestinal.

Il y a absence totale de vidange intestinale et stagnation des matières, des gaz, et des liquides avec dilatation et désordre hydro-électrolytique.

### **II-Clinique**

#### **1-syndrome occlusif**

##### **1-1-triade fonctionnelle**

\*douleurs abdominales évoluant par coliques successives séparées par un fond douloureux

\*vomissements : alimentaires ou bilieux voie fécaloïdes

\*arrêt des matières et des gaz

##### **1-2-altération de l'état général**

Elle dépend du mécanisme, du siège, et de la durée de l'occlusion avant de consulter un service de soin.

##### **1-3-examen clinique**

###### **1-3-1-Inspection**

\*ballonnement abdominal ou météorisme avec présence ou non de mouvements péristaltiques de l'intestin

###### **1-3-2-Palpation**

\*paroi abdominale tendue élastique sans contracture

\*absence d'hernie à la vérification des orifices herniaires

###### **1-3-3-Percussion**

Nous avons une sonorité tympanique, ou une matité

###### **1-3-4-Auscultation :**

\* Gargouillement (bruithydro-aérique)

\*Soit silence abdominal

###### **1-3-5-Touche rectale et touche**

\* le T.R. Recherche un bombement du douglas qui signe un abcès ou tumeur

### **2-Radio :**

Les examens radiologiques effectués sont :

\*l'Abdomen Sans Préparation (ASP). Il permet de voir des niveaux hydro-aériques et préciser le siège

\*lavement baryté en absence de perforation

### **Rôle infirmier :**

Mettre le patient à jeun depuis la veille au soir

Préparer son colon par une purge la veille

Faire un lavement évacuateur le matin de l'examen

Expliquer le déroulement de l'examen au patient

Conseiller au patient de n'effectuer d'examen avec produit opaque les 3 jours précédant l'examen

Après l'examen, surveiller l'évacuation de la baryte

### **III-Siège de l'occlusion**

#### **3-1-les occlusions hautes**

Ce sont les occlusions du grêle.

#### **Clinique**

Le début est brutal avec des vomissements précoces et abondants

L'altération de l'état général est précoce

Le ventre est légèrement ballonné quelquefois plat.

L'ASP effectué en position debout indique des niveaux hydro-aériques larges que hauts. Le lavement baryté montre un cadre colique libre.

Sur le plan biologique, il y a un déséquilibre hydro-électrolytique rapide.

### **3-2-les occlusions basses**

#### **Clinique**

Le début est insidieux avec des vomissements tardifs avec un état général longtemps conservé, douleurs discrètes et ballonnement maximum en cadre ou asymétrique

Le toucher rectale indique une tumeur basse.

L'ASP montre un niveau hydro-aérique plus hauts que larges.

#### **IV-Causes possibles d'une occlusion**

iléus paralytiques

Strangulation (étranglement)

Occlusion par obstruction

#### **V-Principes du traitement :**

##### **5-1-Traitement médical:**

L'hospitalisation est nécessaire. Le traitement comporte :

- la pose d'une sonde gastrique d'aspiration,
- la correction des troubles hydro-électrolytiques et, éventuellement, des antibiotiques.

Ce traitement peut suffire en cas d'iléus paralytique.

##### **5-2-Traitement chirurgical :**

S'il y a strangulation, il faut lever le garrot le plus vite possible et traiter l'anse en fonction de sa vitalité.

S'il y a obstruction, il faut lever l'obstacle. Si ce geste est possible « par exemple en cas de cancer colique inextirpable ». On pratique une dérivation externe en amont de l'obstacle par colostomie ou iléostomie ou un court-circuit par entéro- anastomose. Dans tous les cas, il faut terminer l'intervention par la vidange rétrograde de l'intestin grêle vers la sonde d'aspiration

En cas d'iléus paralytique, l'indication varie en fonction de la cause.

##### **5-3- Traitement instrumental :**

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit par exemple, d'une intubation recto colique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de coloscopies.

#### **VI-Complications**

- le choc hypovolémique et ses conséquences
- la perforation intestinale
- les hémorragies digestives
- les pneumopathies par inhalation de vomissements

#### **B-Rôle de l'infirmier devant une occlusion**

##### **B-1-Dans un établissement de premier contact**

En cas d'occlusion intestinale, détecté par un infirmier dans un établissement sanitaire de premier contact, l'action attendue de l'infirmier est de référer le patient dans des conditions médicales de qualité,

Les activités à mener par l'infirmier sont :

- Créer un climat de confiance et de calme
- Agir avec rapidité et de méthode sans affolement ni geste inutile
- Rassurer le patient
- Prendre une bonne voie veineuse
- Mettre en place une sonde naso- gastrique si le matériel existe
- Installer une sonde à demeure
- Etablir une feuille d'évacuation en précisant l'heure d'apparition des douleurs et celle des dernier gaz et des matières

##### **B-2- A l'arrivée du malade,**

- l'infirmier doit créer un climat de confiance et de calme :
- agir avec rapidité et méthode sans affolement ni geste inutile
- expliquer au malade ce que l'on va lui faire
- rassurer le patient.

- l'infirmier va interroger le patient et/ou son entourage.
- -cet Interrogatoire permettra de préciser l'heure de l'apparition des douleurs et celles des derniers gaz et matières
  - l'infirmier va avertir le médecin en lui transmettant les renseignements recueillis par l'interrogatoire qu'il aura mené : -sexe, âge, principaux antécédents, médicaux et chirurgicaux, état général et état de choc et apprécier le degré de la déshydratation et s'informer de la fréquence et abondance des vomissements.
- Noter les principales variations de la fréquence respiratoire, la T.A. le pouls, la température, la coloration des téguments.
- s'assurer que le malade reste à jeun
- -cette surveillance doit être renouvelé toutes les heures jusqu'à l'opération.
- Placer le cathéter dans la veine et prélever le sang (hémoglobine ionogramme) et l'envoyer immédiatement au laboratoire.
- mettre en place une voie veineuse la garder en mettant un soluté à grosses molécules.
- Respecter le protocole de la réanimation hydro électrolytique
- Installer une aspiration gastrique continue par une sonde nasogastrique.
- Poser une sonde urinaire pour calculer la diurèse et faire les analyses d'urines
- Faire en urgence radiographie pulmonaire, Abdomen Sans Préparation, Electro-Cardio-Gramme.
- Faire un champ opératoire très large et selon les habitudes du service.
- Effectuer la prémédication prescrite
- Enlever la prothèse dentaire
- Accompagner le patient avec son dossier au bloc opératoire à l'heure fixe.
- **B-3- Soins en post opératoire :**
- Accueil de l'opérer tout en préparant son lit
- Surveillance immédiate des constantes
- Faire le premier levé
- Administrer les antibiotiques selon prescription médicale
- Informer le malade sur interdiction d'alimentation avant la reprise du transit
- Faire les pansements avec asepsie rigoureuse et sur avis médical
- IEC portant sur le pansement et le suivie de traitement.

### **Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

### **Problème de soins**

Modification de la respiration

Intervention chirurgicale

Diminution, incoordination des mouvements..

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale

Déficit de soins personnels

## **A-RAPPEL**

### **I-Définition**

Une péritonite est une inflammation ou une infection du péritoine.

### **II- Différents types de péritonites**

On parle de péritonite **primitive** lorsqu'il n'y a pas de lésion intra abdominale responsable : exemple péritonite à pneumocoques, péritonite tuberculeuse.

On parle de péritonite **secondaire** lorsqu'il existe un foyer intra abdominal responsable de l'infection.

Une péritonite peut être généralisée ou localisée.

Si le liquide baigne l'ensemble de la cavité péritonéale il s'agit d'une péritonite généralisée.

Si seulement une partie de la cavité de l'abdomen est intéressée, il s'agit d'une péritonite localisée.

### **III-Étiologies**

Péritonites appendiculaires

perforation d'ulcère gastro-duodéal : Il s'agit d'une rupture de la paroi digestive en regard d'un ulcère gastro-duodéal, mettant en communication la lumière digestive et la cavité péritonéale.

Péritonites d'origine colique

Péritonites biliaires : dues le plus souvent à la perforation d'une cholécystite habituellement lithiasique

Péritonites génitales : dues le plus souvent à la perforation utérine, salpingite purulente, rupture d'une pyosalpinx (abcès des trombes)

péritonites post-opératoire

péritonites par perforation de l'intestin grêle.

### **IV-clinique**

Une symptomatologie commune permet de porter le diagnostic de péritonite : c'est **le syndrome**

#### **péritonéal**

##### **4-1-Signes fonctionnels :**

- douleur abdominale : violente, à début brutal, siégeant en un point précis de l'abdomen et qui diffuse rapidement.

- Vomissement : alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

- Arrêt du transit : éventuellement remplacé par une diarrhée.

##### **4-2-Signes physiques :**

La péritonite se manifeste cliniquement par une réaction réflexe de la paroi abdominale : **la contracture abdominale**.

**La contracture abdominale** est une contraction tonique, rigide, permanente, douloureuse et invincible, même lors de la palpation douce des muscles de la paroi abdominale et témoignant d'une irritation péritonéale aigue généralisée.

##### **Mise en évidence de la contracture abdominale**

Cette manifestation réflexe est mise en évidence par la palpation de l'abdomen, à la recherche d'une défense ou d'une contracture.

La contracture est le stade ultime de la défense. Toute dépression de la paroi abdominale est impossible. Il s'agit **d'un « ventre de bois » qui ne peut plus être déprimé quelle que soit la pression exercée par la main de l'examineur**

##### **La défense abdominale :**

1-La défense abdominale est une contraction involontaire des muscles de l'abdomen que l'on obtient en réaction à la pression de la paroi abdominale.

2-La défense abdominale est une contraction provoquée et douloureuse des muscles de la paroi abdominale disparaissant lors de la palpation douce et témoignant d'une irritation péritonéale localisée

Au début de la pression la paroi se laisse déprimer. A partir d'une certaine profondeur, la dépression de la paroi par la main de l'examineur devient impossible en raison de la tension musculaire.

Il faut distinguer la défense, qui est involontaire, de la simple réaction de défense qui est au contraire volontaire et qui résulte naturellement de la douleur déclenchée par la palpation.

A l'examen, on trouve

- toujours une défense pariétale,
- parfois une contracture,
- souvent un météorisme abdominal.

-Le cul-de-sac de Douglas est douloureux au toucher rectal.

Certaines péritonites localisées peuvent se manifester cliniquement sous la forme d'une péritonite « plastique », on dit plus communément un « plastron », en raison d'une réaction inflammatoire des organes de voisinage (la graisse épiploïque en particulier).

A la palpation, le plastron réalise une masse résistante, comme un « blindage » de la paroi abdominale.

#### **4-2-Les signes biologiques**

Sont une hyperleucocytose avec polynucléose, rarement remplacée par une leucopénie.

Souvent les clichés d'ASP ne sont pas contributifs, en dehors de la présence d'un pneumopéritoine. Celui-ci est habituellement géant lorsque l'effraction est colique. Il peut exister des signes d'occlusion (distension hydroaérique de plusieurs anses), souvent prédominants autour du foyer primitif.

#### **V- COMPLICATIONS**

L'évolution peut être rapidement mortelle par état septique sévère, ou syndrome de défaillance polyviscérale.

Il peut se produire des complications septiques locales avec formation d'abcès intra péritonéaux ou d'abcès métastatiques hépatiques dus à une pyléphlébite.

Des complications septiques peuvent avoir lieu à distance : abcès métastatiques extra abdominaux (rein, poumon, cerveau) et thrombophlébites périphériques.

Des séquelles sont possibles : éventrations ou occlusions répétées par brides intra péritonéales.

- Dans l'ensemble, le pronostic est plus grave si le malade est âgé, s'il est atteint de tares viscérales, en cas de péritonite stercorale et en cas de traitement chirurgical tardif.

#### **VI-TRAITEMENT**

L'hospitalisation est nécessaire.

##### **🛠 Le traitement médical**

Il a le même objectif en préopératoire et postopératoire et comprend :

- antibiothérapie à large spectre
- réanimation pour correction des équilibres hydro électrolytiques pouvant s'associer à une alimentation parentérale.
- Aspiration gastrique
- transfusion sanguine en cas d'anémie

##### **🛠 Le traitement chirurgical**

Il a plusieurs objectifs : supprimer la cause (exérèse appendiculaire, sigmoïdienne, etc.) ou la neutraliser (drainage, extériorisation d'un segment digestif pour éviter de faire une anastomose digestive contre-indiquée dans ces conditions) et traiter la conséquence de l'infection par lavage péritonéal. La paroi abdominale peut être fermée avec ou sans drainage.

La laparotomie est le mieux indiquée

#### **B- Rôle infirmier:**

##### **Rôle en préopératoire:**

Dès l'arrivée du malade il faut :

Accueillir le malade et ses accompagnateurs, tout en créant un climat de confiance et de calme.

Accompagner le malade et ses parents pour accomplir les formalités administratives.

Garder le sang-froid, agir avec une bonne méthodologie sans affolement ni gestes inutiles.

Rassurer le patient sans mentir ni dramatiser la situation.

Faire un interrogatoire rapide : sexe, âge, les antécédents, observer l'état général du patient pour en faire part au chirurgien.

Prendre la température, le pouls, la TA et démarrer les courbes de surveillance.

-Choisir un abord veineux et mettre un cathéter, pour prélever un échantillon du sang pour l'examen

biologique et l'envoyer immédiatement au laboratoire :

\*hémogrammes

\*ionogramme sanguin

\*amylasémie

\*bilan d'hémostase, groupage.

Brancher un flacon de perfusion.

Mettre en route sur prescription la réanimation hydro électrolytique.

Installer une aspiration gastrique continue par sonde nasogastrique pour soulager à l'extension.

Placer une sonde urinaire permettant de chiffrer la diurèse.

Faire une radiographie ASP.

Expliquer au patient la nécessité du traitement chirurgical (expliquer que la péritonite est une urgence chirurgicale)

Préparer le lit du malade.

## **2- Rôle en post opératoire :**

Après son retour du bloc, l'opéré sera pris en charge en post-opératoire :

Le recevoir au niveau du service et commencer les soins.

Assurer une surveillance constante et attentive

-Administrer et surveiller la thérapeutique prescrite.

Effectuer le premier lever.

Vérifier le système d'aspiration des drains ainsi que leurs pansements (le pansement sera fait sur avis médical).

Effectuer le pansement de la plaie opératoire vers le 2ème ou le 3ème jour.

Respecter l'asepsie au cours des pansements.

Surveiller la plaie opératoire.

Surveiller et signaler les signes marquant la reprise du transit.

Eduquer le malade en matière d'alimentation : conseiller au début une alimentation liquidienne.

Enlever les sutures après avis médical.

-Prévenir les escarres par changement de position, l'hygiène.

**N.B :** Si traitement étiologique en cas de perforation d'ulcère gastro-duodéal :

Placer une sonde gastrique.

Surveiller la sonde gastrique et si elle est bien mise en place.

Aspirer le contenu gastrique.

Mettre une voie veineuse et la surveiller.

Expliquer au malade qu'il doit rester à jeun.

Administrer la thérapeutique prescrite.

Expliquer l'intérêt du traitement médical de l'ulcère

### **Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

### **Problème de soins**

Modification de la respiration

Intervention chirurgicale

Diminution, incoordination des mouvements..

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale

Déficit de soins personnels.

## ROLE DE L'INFIRMIER DANS LES ETRANGLEMENTS HERNIAIRES

### A- RAPPEL

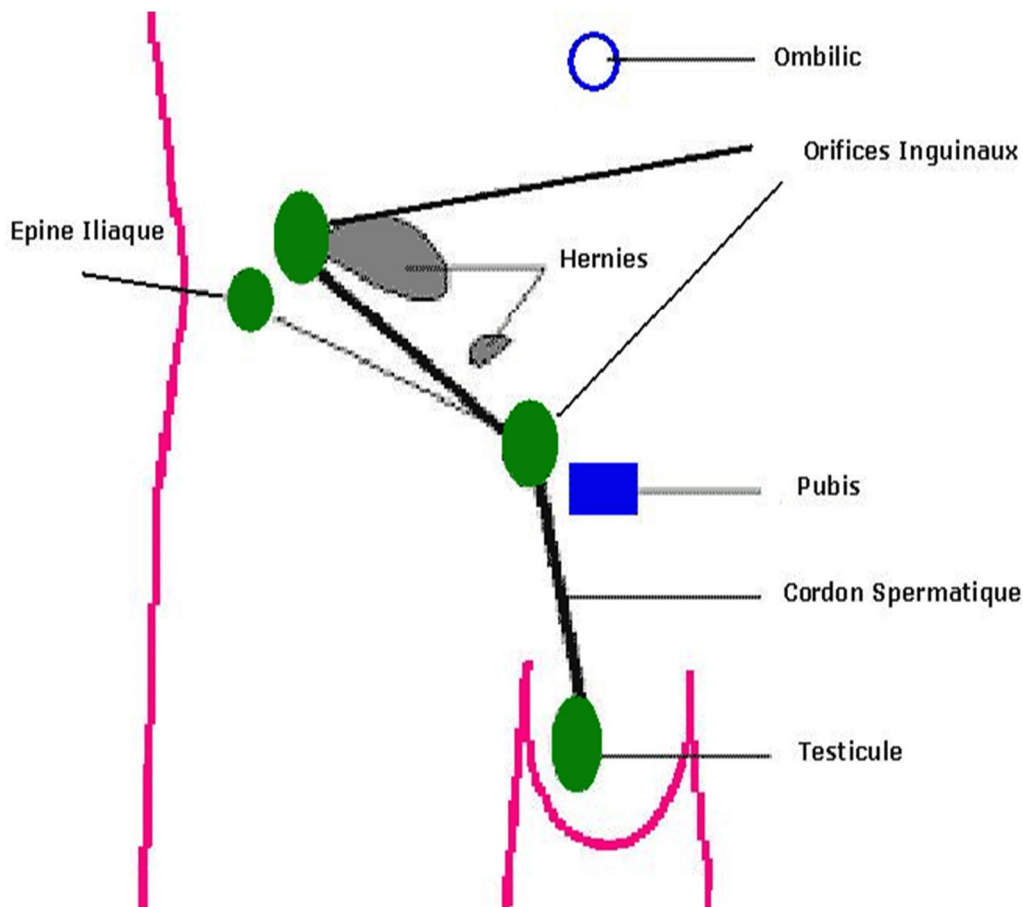
#### 1-DEFINITIONS

**Hernie** : Déplacement d'un organe ou d'une partie d'un organe hors de sa cavité naturelle.

**Hernie Inguinale** : Passage d'une partie du contenu de l'abdomen à travers l'orifice inguinal naturel de la paroi abdominale (l'orifice inguinal ne laisse normalement passer que le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme, ligament suspenseur de l'utérus)

**Hernie Scrotale** : Passage d'une partie du contenu de l'abdomen à travers l'orifice inguinal. Le tout descend dans les bourses (le scrotum étant l'enveloppe cutanée entourant les testicules)

**Hernie Omphalique** : Passage d'une partie du contenu de l'abdomen (souvent une portion d'intestin) à travers l'anneau ombilical.



#### 2. CAUSES

- Congénitales
- Acquises des suites d'un affaiblissement de la paroi musculaire abdominale, d'une hyperpression abdominale (port de charges lourdes), d'obésité (surtout pour les hernies ombilicales)

#### 3. RISQUES

- L'augmentation du volume de la hernie est inéluctable. Au final cela entraîne une gêne locale qui peut être relativement invalidante.
- L'étranglement herniaire est le risque le plus grave. Il est irréductible et douloureux et crée alors une occlusion aigue par strangulation. S'en suit une ischémie pouvant provoquer une nécrose intestinale voire aller jusqu'à la perforation. Il s'agit là d'une urgence chirurgicale.

#### 4. SOINS INFIRMIERS

Pré-opératoire

##### Recueil de données

Antécédents (éthylisme, tabagisme, pathologies associées...)

**Bilan sanguin :** Prescrit par le médecin anesthésiste lors de la consultation (en règle générale uniquement Groupes sauf en cas d'antécédents particuliers)

**Examens complémentaires**

Aucun sauf antécédents particuliers

**Explication de l'intervention**

Heure de la prémédication, Passage en salle de réveil, Perfusions, Antalgiques...

**Préparation locale**

Douche pré-opératoire à la bétadine scrub, dépilation abdominale et short

**Le jour de l'intervention**

Prendre les constantes, faire une douche à la bétadine, porter au malade une chemise hôpital, lui mettre un bas de contention, donner prémédication prescrite.

**5. SOINS INFIRMIERS**

Post-opératoire

5.1. Préparer l'appareillage avant le retour de bloc :

- Réanimation
- Pansement local
- Oxygène
- Bas de contention

5.2. Surveillance post-op immédiate :

Retour de bloc, surveillance horaire les 6 premières heures puis toutes les deux heures.

- Surveillance conscience
- Surveiller le risque hémorragique : Pouls, TA, Coloration, diurèse, pansement
- Surveiller le risque respiratoire et sédation
- Surveiller et évaluation la douleur au point de l'intervention et faire des antalgiques en cas de nécessité
- Surveiller la reprise de la diurèse car risque de rétention aigue post-opératoire
- Surveiller l'absence de douleur au niveau du bas ventre
- Surveiller l'absence de globe urinaire

5.3. Surveillance post-opératoire ultérieure :

Effectuer un lever précoce à J1 pour limiter le risque thrombo-embolique voir J0 si les patients ont du mal à uriner au lit et sont suffisamment réveillés.

La réalimentation a lieu rapidement.

Le soir de l'intervention les patients peuvent soit avoir une Boisson, un Bouillon, un Compote ; soit une alimentation légère six heures minimum après extubation.

Surveillance de la reprise du transit.

Rincer la voie veineuse périphérique et administrer les antalgiques per-os.

Faire mettre un slip au patient pour éviter que l'hématome ne descende dans les bourses et ne crée une douleur significative.

**Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

**Problème de soins**

Modification de la respiration

Intervention chirurgicale

Diminution, incoordination des mouvements..

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale, Déficit de soins personnels

## SOINS INFIRMIERS DANS LES APPENDICITES AIGUES

### I-Définition

L'appendicite aigue est une inflammation aigue de l'appendicite

### II-Etiologies

Infection bacillaire de la flore intestinale

Calcul appendiculaire

Coudure de l'appendice

Parasitoses intestinales

Infection à streptocoques

### III-Manifestation cliniques

🚩 Prodrômes

Anorexie, nausées, vomissements surtout chez l'enfant, la constipation est plus fréquente que la diarrhée

Douleur spontanée

Elle peut être localisée d'emblée dans la région épigastrique ou péri-ombilicale pour se localiser ensuite dans la fosse iliaque droite.

Douleurs provoquées

La décompression au point de Mac Burney situé au milieu de la ligne allant de l'ombilic à la fosse iliaque droite éveille une douleur appelée signe de Blumberg.

Douleur au point de Lauze qui est l'union du tiers externe droit et du tiers moyen de la ligne bi-iliaque

Le signe du psoas, muscle situé au niveau de l'abdomen, est révélée par la flexion forcée de la cuisse sur le thorax.

### IV-Examen

Le toucher rectal ou vaginal met en évidence une douleur au niveau du cul de sac de Douglas droit.

Le muscle de la fosse iliaque droite se contracte et se défend plus vivement que sur le reste de l'abdomen.

### V-Traitement

Il est chirurgical

### VII-Complications

Un retard dans le traitement entraîne de nombreuses complications.

Péritonite, abcès appendiculaire, occlusion intestinale, abcès du foie, embolie pulmonaire, phlébite de la veine porte.

### VIII-Diagnostic différentiel

Gastro-entérite aigue, infection du bassinet (pyélite), cholécystite aigue, colique néphrétique, ulcère gastro-duodéal perforé, hernie étranglé, diverticulite, occlusion intestinale, annexite droite, rupture de grossesse tubaire, torsion d'un kyste ovarien, fibrome.

### Rôle de l'infirmier

#### Diagnostic infirmier

Anxiété ou stress reliée au manque de connaissance sur sa maladie et son issue

#### Objectif de soins

Proposer un soulagement physique et psychologique pendant la période préopératoire

#### Activités à mener

➤ Préparation de l'opération

#### Diagnostiques infirmiers possible :

Manque de connaissances relié à l'examen, à la maladie, aux suites opératoires, ...)

Peur (de l'anesthésie, de l'intervention, de la douleur, de la maladie, ...) relié au manque de connaissance

🚩 Soins relationnels et éducatifs

Apporter au malade les connaissances relatives à son traitement et au maintien de sa santé.

#### Soins et surveillance

Bilan pré- opératoire

Etablir un bon débit urinaire et remplacer la perte de liquides par des perfusions IV

Surveiller la survenue de la fièvre et de l'infection par la mesure de la température

Lutter contre la fièvre et l'infection par l'administration des médicaments prescrits.

Placer une sonde naso-gastrique en cas s'il y a un iléus paralytique

Préparer le champ opératoire.

Administrarer la prémédication

Demander au malade d'uriner avant de l'envoyer au bloc

- Soins infirmiers en postopératoire (voir soins infirmiers aux personnes opérées en chirurgie digestive)

Installation du patient

Placer le malade en position demi assise ou position de Fowler dès son réveil en cas d'appendicectomie sans drainage ou avec drainage.

Eviter la compression du drain

#### **Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

#### **Problème de soins**

Modification de la respiration

Intervention chirurgicale

Diminution, incoordination des mouvements...

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale

Déficit de soins personnels

## **I-DEFINITION**

La plaie est un traumatisme abdominal avec rupture de la continuité cutanée pariétale

Une contusion de l'abdomen est un traumatisme fermé de l'abdomen, c'est-à-dire sans rupture de la continuité pariétale.

## **II-MECANISME**

Le traumatisme peut être :

- direct sur la paroi abdominale
- indirect : thoracique, pelvien, fessier...

## **III-Différentes types de plaies**

On distingue la plaie pénétrante de la plaie non pénétrante.

- une plaie est dite pénétrante lorsque le péritoine a été ouvert

Une plaie pénétrante peut atteindre :

- un organe plein (foie, rate, rein) et entraîner une hémorragie interne ;
  - un organe creux (tube digestif, vessie) et être responsable d'une ou plusieurs perforations et par suite d'une péritonite
  - plusieurs organes à la fois
- une plaie est dite non pénétrante si la cavité péritonéale n'a pas été atteinte.

## **IV-ANAMNESE**

L'interrogatoire du blessé si possible, sinon des pompiers ou de toute autre personne pouvant apporter des renseignements doit faire préciser :

- les circonstances de l'accident
- l'horaire de survenue
- l'heure du dernier repas
- l'agent vulnérant
- les antécédents personnels du malade

## **Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

## **Problème de soins**

Modification de la respiration

Diminution, incoordination des mouvements.

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale

Déficit de soins personnels

**Altération de la mobilité physique** : Situation limitant la capacité de se mouvoir de façon autonome.

**Atteinte à l'intégrité des tissus** : Lésion aux muqueuses, aux téguments, aux tissus sous-cutanés.

**Diminution de l'irrigation tissulaire** : cardio-pulmonaire, gastro-intestinale, périphérique, rénale)

## **V- ROLE DE L'INFIRMIER**

### **Conduite à tenir en urgence**

-accueillir et installer le blessé

- rassurer le patient
- prévenir en urgence le chirurgien
- s'assurer que le patient est à jeun strict
- déshabiller le patient sans trop le mobiliser
- immobiliser d'éventuelles fractures
- mettre en place :
  - une voie veineuse périphérique de gros calibre avec sérum glucosé
  - un dispositif de recueil des urines
- préparer psychologiquement le patient pour l'opération
- préparer le champ opératoire de façon large (du pubis au thorax)
- faire la toilette complète du malade
- prélever le sang pour un bilan préopératoire et l'envoyer d'urgence au laboratoire (groupe sanguin avec rhésus, NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, glycémie, crase sanguine (TP, TCA))
- commande de concentrés globulaire ou de sang en fonction de la prescription médicale
- faire les examens radiologiques, électrocardiogramme
- revertier le patient d'un drap propre
- réunir le dossier complet du patient
- faire transporter le malade au bloc.

#### **VI-SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNEL**

L'infirmier doit surveiller :

- l'état de conscience
- la douleur
- la fréquence cardiaque (pouls)
- la pression artérielle
- la diurèse
- la coloration des téguments
- la soif
- la présence de sueurs.

#### **Besoins fondamentaux**

Besoin de respirer

Manger et boire

Besoin d'éliminer

Se mouvoir et se tenir en bonne posture

Dormir et se reposer

Besoin de se vêtir et se dévêtir

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments

Besoin de communiquer

Besoin d'apprendre

#### **Problème de soins**

Modification de la respiration

Intervention chirurgicale

Diminution, incoordination des mouvements..

Altération du mode habituel de sommeil et de repos

Risque de température corporelle anormale

Déficit de soins personnels

Atteinte de l'image corporelle.

## SONDAGE VESICAL

### **Définition**

Le sondage vésical ou cathétérisme de la vessie consiste à introduire par l'urètre une sonde dans le réservoir vésical.

Il s'agit d'une sonde introduite par le méat urinaire et remonte jusqu'à la vessie en suivant le trajet de l'urètre.

### **Buts**

Le sondage se fait dans un but évacuateur, diagnostique, thérapeutique.

### **Indications**

Rétention d'urine et prévention des rétentions urinaires se voit dans l'adénome prostatique,

Le rétrécissement urétral,

Le spasme réflexe après la chute sur le siège et les opérations abdominales.

Incontinence d'urine de la personne âgée si elle susceptible d'aggraver son état cutané

Chez l'enfant sur prescription médicale

Interventions chirurgicales gynécologique et urologie sur le petit bassin

Surveillance des entrées et des sorties dans les services de soins intensifs.

### **Contre-indications**

Suspicion de rupture de l'urètre

Traumatisme du bassin

Présence d'une prothèse endo-urétrale ou sphincter artificiel.

Rétention chronique avec distension du haut de l'appareil.

Sténose de l'urètre

Problème prostatique.

Infection urogénitale. (Rétention fébrile)

Actes infirmiers

### **Réalisation du soin**

La personne doit être capable d'assurer son incontinence

### **Matériel**

1 plateau

1 champ stérile

Des compresses stériles

Une sonde vésicale stérile (sonde de Folley droit chez femme ; sonde de Folley chez homme)

Un sac collecteur

Du lubrifiant

Un désinfectant

Un haricot

Un bassin de lit

Du nécessaire pour protéger le lit

Du savon

Du nécessaire pour toilette intime : gants stériles, savon doux, eau, serviette propre à usage unique

### **Préparation du malade**

Informez le malade et les parents du type de soin qu'il va réaliser

Respecter l'intimité du malade ou sa pudeur

Enlever les oreillers

Mettre le malade en décubitus dorsale (malade couché sur le dos)

Raser les poils du pubis

Faire la toilette intime du malade

Préparer le matériel

Placer un bassin de lit sous le malade pour soulever le siège ou à défaut un coussin ou une cuvette renversée et recouverte d'une serviette

Mettre le haricot entre les jambes du malade

### **Précaution à prendre avant le sondage**

Le cathétérisme doit être effectué très aseptiquement, afin de ne pas inoculer la vessie que la rétention d'urine congestionne et prédispose ainsi à l'infection

### **Technique du cathétérisme**

#### **\*chez l'homme**

L'opérateur se lavera les mains

Il se place à la droite du patient, sauf s'il est gaucher

Se désinfecte les mains après avoir nettoyé le gland (et le prépuce) du malade

Porte les gants

Prend la sonde entre le pouce et l'index de la main droite et vérifier le ballonnet n'est pas percé

Enduit la sonde de lubrifiant (huile goménolée, vaseline, gèle de xylocaïne)

Saisit la verge au moyen d'une compresse sèche

Enfonce la sonde de la main droite, la main gauche tirant sur la verge pour déplier et étirer l'urètre. En cas de résistance, attendre quelques secondes et pousser doucement.

Laisser l'urine couler doucement en obstruant partiellement le pavillon de la sonde puis l'enlever en cas de sondage évacuateur de la vessie. On ne doit pas vider la vessie complètement

Laisser la sonde en place en cas de sondage à demeure et la fixer

Réinstaller confortablement le malade

Prodiguer les conseils d'usage et noter le soin.

**NB :** la sonde à demeure consiste à faire pénétrer par le méat urinaire, et laisser en place une sonde dans la vessie afin d'éliminer les urines en continu, en respectant des règles d'asepsie rigoureuse.

La mise à demeure d'une sonde réalise le drainage permanent de la vessie, comme un drain le fait pour un abcès.

La sonde à demeure constitue donc un véritable drain physiologique, puisqu'il est placé dans l'urètre.

Lorsque la sonde à demeure est laissée ouverte, la vessie se trouve au repos complet, puisque la sonde l'empêche de se distendre et la dispense de se contracter.

#### **\*chez la femme**

Choisir une sonde n°16 ou 18

L'opérateur se lavera les mains

Il se place à la droite du patient, sauf s'il est gaucher

Porte les gants

Nettoyer la région vulvaire et du vestibule avec tampon de coton imbibé d'une solution antiseptique ou d'eau bouillie.

Ecarter avec le pouce et l'index de la main gauche les petites lèvres pour exposer le méat urinaire.

Prend la sonde entre le pouce et l'index de la main droite et vérifier le ballonnet n'est pas percé

Enduit la sonde de lubrifiant (huile goménolée, vaseline, gèle de xylocaïne)

Introduire la sonde doucement dans le méat jusqu'à la vessie la concavité de celle-ci dirigée vers la symphyse.

Laisser l'urine couler doucement en obstruant partiellement le pavillon de la sonde puis l'enlever en cas de sondage évacuateur de la vessie. On ne doit pas vider la vessie complètement

Laisser la sonde en place en cas de sondage à demeure et la fixer

Réinstaller confortablement le malade

Fixation de la sonde à demeure

Dans le cas d'une sonde à ballonnet, il suffit de gonfler ce dernier d'une quantité égale d'eau ou d'air indiqué sur la sonde. On retire alors la sonde jusqu'à ce que le ballonnet s'appuie sur le col vésical.

Utiliser du *leucoblaste* (sparadrap) pour fixer la sonde. Un morceau de sparadrap, long de 7à8cm et large de 2cm est collé sur la face inférieure du pénis. Son extrémité libre, laissée longue de 3à4cm, est

divisée d'un coup de ciseaux en deux languettes qui sont enroulées autour de la sonde. On applique une seconde languette sur la face dorsale du pénis. Quelque soit le genre, on fixe contre la sonde avec un morceau de sparadrap.

### **Risques et complications**

- Fausse route.
- Obstacle : prostate.
- Douleur.
- Perforation de l'urètre.
- Gonflement du ballonnet dans l'urètre.
- Absence d'urine.
- Hémorragie.
- Infection.

### **Surveillances et évaluations**

- Diurèse > 50 ml/h.
- couleur, odeur des urines.
- Aspect Bilan des entrées et des sorties.
- Système clos et imperméable.
- Soins d'hygiène biquotidien et après chaque selle.
- Vidanger la poche avant chaque mobilisation du patient et avant un transport.
- Poche en déclive.
- Apport hydrique suffisant.
- Température.
- Douleur.
- Surveillance bactériologique : bandelette urinaire réactive, ECBU.
- Si présence d'un globe vésical : vider la vessie en plusieurs temps pour éviter le risque d'œdème et d'hémorragie a vacuo : vidanger la vessie de 300 ml en 300 ml, de ¼ heure en ¼ heure.

**Définition**

Le lavage de la vessie est un soin par lequel une certaine quantité de liquide est introduite dans la vessie au moyen d'une sonde et en est éliminé immédiatement.

**Buts**

Désinfection de la vessie

Hémostatique

Décongestif

**Indications**

Avant et après une intervention sur la vessie

Avant une cystoscopie

Avant une instillation médicamenteuse dans la vessie

Pour prévenir une cystite

En cas d'hématurie de petites abondances

**Réalisation du soin**

La personne doit être capable de supprimer ou réduire les causes du problème urinaires.

**Matériel**

Le nécessaire pour le sondage vésical

Une seringue vésicale ou seringue de Bonneau

Du liquide de lavage

Un bassin de lit

Nécessaire pour protéger le lit

**Technique du lavage**

Sonder le malade

Laisser la sonde en place

**\*LAVAGE à la seringue**

Aspirer le liquide de lavage dans la seringue

Purger la seringue

Injecter, selon la capacité et la tolérance vésicale, une quantité de liquide lentement dans la vessie

Pincer l'extrémité de la sonde et détacher la seringue

Laisser revenir le liquide qui s'écoule dans le bassin

Recommencer jusqu'à épuisement de la quantité de liquide prescrite ou jusqu'à ce que le liquide revienne clair.

Après le lavage retirer la sonde.

**\*LAVAGE par perfusion**

Préparer aseptiquement la perfusion

Relier la branche du raccord en **Y** à la sonde vésicale

Relier la deuxième branche du raccord en **Y** au sac à urine

Ouvrir le perfuseur

Laisser le liquide s'écouler de la vessie

Clamper le perfuseur

Laisser la solution de lavage contenu dans la vessie s'écouler dans le sac à urine

Clamper le sac à urine à la fin de l'écoulement

Recommencer plusieurs l'opération

Noter le soin

**Incidents**

- Le liquide revient par le méat urinaire pendant le lavage :
- La sonde n'est plus dans la vessie, la pousser un peu plus profondément
- Le liquide ne pénètre pas ou le piston de la seringue est dure, la sonde est introduite profondément, la retirer un pu ou complètement.

- Le malade sent des douleurs, dilation trop brusque ou trop forcée de la vessie
- Hémorragie, traumatisme de l'urètre ou de la vessie

### **Rôle et surveillance infirmière**

#### **Malade ayant une sonde vésicale à demeure :**

- Particularités lors des soins d'hygiène :

La toilette des organes génitaux sera très minutieuse. Si le malade est capable d'effectuer seul sa toilette, lui proposer.

Nettoyer la sonde. Si le gant de toilette du patient est souillé, utiliser un gant de toilette à usage unique. Frotter le méat urinaire vers le sac ; pour ce faire, veiller à ne pas exercer de traction sur la sonde=>la maintenir près du méat d'une main et laver de l'autre en direction du sac.

Le sac à urine est vidé tous les matins avant de débiter la toilette et bien sûr chaque fois que nécessaire. Ne pas oublier de s'informer sur le devenir des urines. Peut-on les jeter ? Doit-on les garder en vue d'une analyse ? Doit-on faire un bilan hydrique ? Doit-on contrôler la diurèse de 24 heures ?

Dans certaines circonstances, la sonde peut être clampée.

Toute traction sur la sonde peut provoquer une blessure de la vessie (un ballonnet gonflé dans la vessie permet à la sonde de rester en place) peut être cause de douleur et même peut suffire à enlever la sonde. Lors de manipulation du malade, veiller à ne pas écraser ni couder la sonde => ayant pour conséquence d'entraver l'écoulement normal des urines.

Veiller à faire passer la sonde au-dessus de la cuisse (en dessous, la sonde peut s'écraser et empêcher l'urine de s'écouler ou peut provoquer une plaie de type escarre).

En cas de fixation à la face interne de la cuisse avec du sparadrap antiallergique, veiller à laisser assez de mobilité à la sonde pour éviter toute traction sur le ballonnet.

Lors d'un changement de position avec passage en décubitus latéral, veiller à ce que le sac collecteur se trouve du même côté du décubitus.

Lors d'un changement de sac de côté, penser à clamber (ou pincer) la tubulure avant de passer le sac au-dessus du niveau de la vessie (éviter le retour d'urine de la tubulure vers la vessie)

Lors de l'installation au fauteuil ou du lever :

- Veiller à ne pas tirer sur la sonde
  - Ne pas oublier de porter le sac collecteur en même temps
  - Ne pas mettre le sac collecteur au-dessus du niveau de la vessie (risque de reflux qui favorise l'infection)
- Veiller à ce que la valve de vidange du sac ne se trouve pas au contact du sol

#### **Surveillance du patient :**

Signaler oralement et noter dans le dossier infirmier :

D'éventuelles rougeurs ou éruptions cutanées observées dans la zone d'insertion de la sonde.

La présence de sang au niveau du méat urinaire ou dans les urines

Les plaintes du malade lors de la toilette :

Douleur sous forme de brûlure au niveau du méat.

Sensation d'un besoin d'uriner à avant tout, vérifié que la sonde n'est pas coudeée et donc entrave le bon écoulement de l'urine. Rétablir l'écoulement normal. Si la sensation persiste, la sonde est peut être bouchée à prévenir.

Surveillance de la literie :

La présence d'urine à côté de la sonde souillant le drap doit attirer l'attention :

- La sonde peut être bouchée
- La sonde peut être déplacée
- Le diamètre de la sonde n'est pas adapté au patient =>signalé à l'infirmier(e) du service.

## ROLE DE L'INFIRMIER EN CAS D'HEMATURIE

### **Définition :**

C'est la présence du sang dans les urines. C'est une manifestation essentielle des reins et des voies urinaires. Elle peut être macroscopique, microscopique parfois des caillots de sang.

### **Etiologie :**

- Glomérulonéphrite aiguë
- Tumeur des reins et des voies urinaires
- Cystite
- Lithiase rénale
- Affection prostatique
- Anticoagulant au long terme
- Hémophilie

### **Signes accompagnateurs**

Présence du sang dans les urines

### **Rôle infirmier**

La personne doit être capable d'identifier les facteurs susceptibles d'augmenter les risques de la maladie.

### **Éléments de surveillance**

#### **Surveillance clinique :**

- Quantité du sang rejeté
- Constantes : TA, pouls, FR et diurèse
- Etat du patient :
- ✧ Coloration des conjonctives
- ✧ Pâleur, sueurs
- ✧ Etat de conscience

#### **Surveillance para clinique :**

#### **Surveillance biologique :**

- ✧ NFS + plaquette + hématocrite
- ✧ Bilan d'hémostase
- ✧ Ionogramme sanguin

#### **Surveillance d'oxygénothérapie**

#### **Surveillance de la perfusion**

#### **Surveillance de la transfusion**

### **Conduite à tenir**

- Interroger sur les circonstances de survenue
- Analyse d'urines pour la recherche du sang, si hématurie microscopique
- Participer à la pratique des examens demandés

# TRANSFUSION SANGUINE

## OBJECTIF GENERAL

Reconnaître l'importance du rôle du sang dans l'organisme à travers la transfusion sanguine.

## OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Définir la transfusion sanguine ;
- 2- Citer les différentes indications et contre-indications de la transfusion sanguine ;
- 3- Préparer le matériel en vue d'une transfusion sanguine ;
- 4- Décrire la technique de la pose de la transfusion sanguine ;
- 5- Enumérer les accidents et les éléments de surveillance au cours d'une transfusion sanguine.

## INTRODUCTION

Depuis longtemps l'importance du rôle du sang dans l'organisme est connue. Diverses méthodes furent pratiquées pour donner le sang, parmi lesquelles, la transfusion sanguine (T.S). Sa réalisation nécessite le respect de précautions impératives, en particulier en ce qui concerne la compatibilité entre le donneur et le receveur. La négligence est encore parfois à l'origine des accidents.

## I- DEFINITION

C'est l'administration intraveineuse de sang ou d'un dérivé de sang comme le plasma, le culot globulaire ou les plaquettes. Cette opération pour but de rétablir la masse sanguine ou un déficit d'un des composants du sang (GR, GB, etc).

## II- INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS DE LA TRANSFUSION SANGUINE

### 2-1- INDICATIONS

#### 2-1-1 Indications chirurgicales

Il faut donner du sang au cours de :

- Intervention chirurgicale avec hémorragie (transfusion de sang total)
- Ablation de la vésicule biliaire
- Intervention thoracique
- Intervention sur la hanche
- Intervention sur le cœur

**N.B** : la quantité de sang à transfuser est fonction du signe clinique du choc.

### 2-1-2 . Indications médicales

En cas de :

- Hémopathies (anémie hémolytique, leucémie aiguë, drépanocytose, etc.)
- Hémophilie (trouble de la coagulation à transfuser avec des plaquettes)
- Brûlures (avec du plasma)
- Maladies infectieuses (hépatite)
- Cancer de sang (anémie=maladie due à la prolifération des globules blancs dans le sang)
- Intoxication par l'oxyde de carbone, le gaz, les barbituriques (le gardenal), associer une oxygénothérapie.
- Chocs chroniques (choc hypovolémique = utiliser du sang entier car dû à l'hémorragie)

### 2-2- CONTRE-INDICATIONS

Ne pas donner de sang dans :

- Certaines affections cardiaques (Insuffisance Cardiaque/exemple)
- Certaines affections pulmonaires (embolie pulmonaire, œdème aiguë du poumon)=pas de transfusion, ni de perfusion.
- Hypertension artérielle (H.T.A= augmentation anormale de la pression à l'intérieur d'une cavité ou d'un vaisseau : il faut donc éviter de donner du sang du fait de l'augmentation anormale de la PVC, pression à l'intérieur des vaisseaux pour empêcher la surcharge).

### III- PREPARATION DU MATERIEL DE TRANSFUSION SANGUINE

- Du sang,
- Un transfuseur à filtre,
- Une potence,
- Un garrot,
- Une pissette d'alcool,
- Du coton, du sparadrap, Une paire de gants stériles ou propres,
- Un plateau stérile,
- Une seringue, une aiguille, une intranule,
- Une alèze de protection,
- Une surface propre pour le test de compatibilité
- Une ampoule de calcium (pour prévenir les fourmillements, pour compenser la perte ; car l'organisme humain contient 2% de calcium, le plasma en contient 100 mg soit 1% alors on peut soit transfuser du culot globulaire qui

ne contient pas de plasma. Donc prévoir pendant la transfusion du calcium pour compenser la perte).

- Du tonicardiaque (adrénaline, coramine, etc...) en cas de choc ou d'arrêt cardiaque par exemple.

#### IV- TECHNIQUE DE LA POSE DU SANG

- Il faut se laver les mains
- Porter des gants
- Vérifier que la détermination des groupes sanguins et l'épreuve de compatibilité ont été faites et que les groupes A, B, 0 et le facteur rhésus inscrits sur les sacs de sang sont compatibles avec ceux du receveur.
- Vérifier aussi que le sang ne présente pas de bulles gazeuses, une coloration anormale, ou des précipités en suspension.
- Contrôler la carte de groupe du malade, les étiquettes du flacon identifiant le numéro et le groupe sanguin du donneur, la date de péremption.
- Vérifier l'identité du client en lui demandant directement son nom et indirectement en regardant son bracelet d'identité.
- Vérifier en même temps le groupe sanguin et le numéro sur le dossier du malade (si inscrit) ;
- Administrer le sang entier ou le culot globulaire dans une grosse veine avec une intranule de calibre supérieure (n°14 ; 16...)
- Pour les quinze (15) premières minutes, la transfusion se déroule lentement à une fréquence de 20 gouttes /mn, et l'on surveille le malade pour détecter le moindre état fâcheux.
- Inscrire au dossier les données sur l'administration du sang ou du dérivé sanguin (plasma, culot globulaire, plaquettes), la quantité, le jour, etc.

#### V- ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS ET ELEMENTS DE SURVEILLANCE

##### 5-1- Accidents transfusionnels

Les plus importants sont les accidents par incompatibilité et les accidents infectieux. Nous citerons pour terminer les accidents allergiques, les accidents par hypocalcémie et par surcharge volémique.

##### 5-1-1- Accidents par incompatibilité

Ils sont d'autant plus graves qu'ils peuvent aisément être évités. La transfusion de sang incompatible se solde par l'hémolyse brutale du sang administré.

Les premiers signes qui apparaissent dès le début de la transfusion sont :

- La sensation d'angoisse
- La dyspnée
- Les douleurs dorsolombaires
- L'état de choc avec hypotension artérielle (dès les premiers signes, la transfusion doit être arrêtée et faire appel au médecin).

#### 5-1-2- Accidents infectieux

Les complications post-transfusionnelles sont classées en deux grandes catégories.

- Les hépatites A ou B ou non A, non B ; elles concernent 8% des receveurs. L'hépatite B bien que rare, reste la plus gravissime.
- Le sida : 5% des cas de sida en France sont d'origine transfusionnelle, et on estime que 50% à 60% des sujets hémophiles sont séropositifs. Depuis Août 1985, le dépistage systématique a réduit considérablement le danger de transmission de l'infection lors de la transfusion mais ne l'a pas exclu totalement.

Ces accidents engagent la santé et la vie de receveur, ainsi que la responsabilité des médecins et des établissements de transfusions ou de collectes de sang.

#### 5-1-3- Les autres accidents

Ils sont moins graves. Les plus fréquents sont : Les accidents allergiques traduits par :

- Une éruption cutanée
- Une fébricule
- Une discrète hypotension relevant d'un traitement par les corticoïdes ou des anti-inflammatoires

Les accidents par surcharge volémique (rares) :

Ils sont toujours secondaires à un défaut de surveillance, le débit de la transfusion ayant été mal réglé (le débit d'une transfusion doit être de 3 à 4 gouttes /mn chez le nouveau-né ; il doit être plus rapide chez l'adulte et peut être accéléré à l'aide d'un appareil de Jouvelet par exemple.

#### 5-2- Éléments de surveillance

- Surveiller le débit de la transfusion pour éviter une surcharge volémique.
- Prendre le pouls et la tension du malade pour prévenir la survenue d'un choc cardiovasculaire en rapport avec une incompatibilité sanguine ou une recrudescence de l'hémorragie.

- Surveiller le point d'injection (si hématome= épanchement de sang dans une cavité naturelle ou sous la peau consécutif à une rupture de vaisseaux)
- En cas d'accident hémolytique ; devant l'apparition, chez un malade jusque-là calme, d'agitation, de frissons, d'une sensation de malaise général, de douleurs lombaires ; il faut très rapidement arrêter la transfusion, prévenir le médecin, mettre en route une perfusion de 500cc de sérum physiologique pour maintenir la tension, adresser au laboratoire le reste de la poche de sang et un échantillon du sang du malade sur tube sec ( 5 à 10 cc) ;surveiller le pouls, la tension artérielle et la diurèse.

### CONCLUSION

Il faut retenir qu'en matière de transfusion sanguine toute erreur au laboratoire ou au lit du malade peut être à l'origine d'accidents graves parfaitement évitables par la pratique. Au moindre signe d'alarme, arrêter immédiatement la transfusion, vérifier le groupe du donneur et du receveur.

## ROLE DE L'INFIRMIER DEVANT UN MALADE ATTEINT D'UNE INSUFFISANCE RENALE AIGUË

### OBJECTIF SPECIFIQUE

Expliquer les éléments de diagnostic de surveillance et de traitement d'un malade atteint d'Insuffisance rénale aiguë.

### INTRODUCTION

L'appareil urinaire a pour fait d'assurer l'épuration du sang. Il se compose de deux reins. L'insuffisance rénale aiguë se produit à cause d'une détérioration du rein.

### I- RAPPEL DU COURS DE MEDECINE SUR L'INSUFFISANCE RENALE

### II- ROLE DE L'INFIRMIER DANS LE TRAITEMENT ET LA SURVEILLANCE DU MALADE

#### 1- Traitement préventif

Il Consiste à corriger les états de choc

#### 2- Traitement curatif

- Faire un remplissage vasculaire sous contrôle de la diurèse.
- Appliquer le traitement anti infectieux prescrit par le médecin

#### 3- Traitement symptomatique

##### 3-1- Rôle de l'infirmier dans la surveillance du malade

Agir efficacement devant l'urgence ; de ce faire il doit :

- Reconnaître une véritable anurie et ne pas confondre avec un globe vésical
- Sonder le malade
- Peser le malade
- Prendre la TA ,1a Température, et le pouls
- Avertir le médecin en cas d'urgence
- Prélever le sang pour le groupage
- Etablir une feuille de réanimation
- Préparer le matériel de réanimation

### 3-2- Rôle de l'infirmier dans la surveillance des apports liquidiens et du régime

Il faut ménager le rein pour ce faire

- Limiter les apports liquidiens au maximum 500CC par jour
- Fournir un apport calorique suffisant et tout en donnant un régime hypo protidique, hyposodé
- Si l'urée va au-delà de 3.5g recourir aux méthodes extra rénales: dialyse ou hémodialyse.

CCC/I.E.C

Après la sortie :

- Mesures hygiéno-diététiques
- Boire suffisamment d'eau par jour surtout au moment des repos
- Eviter une alimentation trop carnée
- Avoir un régime alimentaire normo- sodé
- Contrôler régulièrement la TA
- Eviter une surcharge pondérale souvent cause d'obésité

Au total l'alimentation doit être équilibrée.

#### ☒ Précautions à prendre dans la prise de certains produits pharmaceutiques

- ATB tels que les AMINOSIDES (streptomycine, gentamycine)
- Les tonies cardiaques

#### ☒ INFECTIONS A EVITER

- Eliminer les infections urinaires souvent responsables des insuffisances rénales graves quel que soit le niveau ou elles se situent ; de ce faire il faut :
- Respecter une certaine hygiène de vie Eviter les partenaires multiples
- Traiter toute infection urinaire

## INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

### Définition :

Elle correspond à la diminution progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocriniennes en rapport avec la destruction d'un certain nombre de néphrons et ceci quel que soit le processus étiologique.

Mieux que la créatinine ou l'urémie, une insuffisance rénale chronique doit être définie par la clairance de la créatinine <60ml/min chez l'adulte et 50ml chez la personne âgée.

En générale l'IRC doit être définie biologiquement comme suit :

- une créatinine > 120 $\mu$ mol/l
- une clairance à la créatinine <80ml/min

### Rôle infirmier :

#### -avant les séances d'hémodialyse :

-la prise du sang :

- préserver le capitale veineux des patients insuffisants rénaux qui nécessiteront la pose d'une voie d'abord vasculaire en vu d'une séance d'hémodialyse dans l'avenir +/- proche.
- Piquer le plus souvent dans le dos de la main.
- Expliquer aux patients de garder le bras droit au gauche indemne de toute ponction

-la surveillance :

- ✓ Annuelle : de la taille
- ✓ Journalière : du poids
- ✓ De la tension artérielle : selon la rigueur et dans de bonnes conditions, c'est-à-dire patient au repos depuis 15min assis ou couché, puis en position debout après un temps d'attente d'une minute à la recherche d'une hypotension orthostatique.
- ✓ De la diurèse toute patiente qui entre en service de néphrologie doit collecter ses urines pendant son hospitalisation et faire la protéinurie de 24h
- ✓ Du traitement médical : consiste à administrer les diurétiques surtout le matin pour éviter les pollakiuries.
- ✓ Du régime alimentaire : surtout restreinte sodée.

## SOINS INFIRMIERS DEVANT UNE COLIQUE NEPHRETIQUE

### 1- Définition :

C'est une douleur aiguë et violente de la région lombaire due à une obstruction aiguë de l'urètre entraînant une dilatation brusque des voies urinaires.

### 2- Etiologie :

Calcul qui obstrue complètement ou partiellement soit : Le bassinot soit L'urètre.

### 3- Signes cliniques :

Dans sa forme typique, elle associe :

Douleur. De début brutal, continue avec paroxysmes, très intense, unilatérale en fosse lombaire avec irradiations vers le flanc, les organes génitaux externes (très bon signe) et la face médiale de cuisse, à type de broiement.

Apyrexie

Agitation majeure par l'absence de positions soulageantes (très bon signe)

Diurèse conservée accompagnée par :

- Brûlures mictionnelles
- Hématurie.

### 4- Facteurs déclenchant.

On retrouve fréquemment une déshydratation, un voyage.

### 5- Diagnostic différentiel

Tumeurs pelvienne ; cancer prostatiques ; tumeur vésicale ; tuberculose ; bilharziose ; malformation congénitale ou acquise de la voie excrétrice.

### 7-Rôle infirmier :

#### a- Eléments de surveillance

Surveillance clinique :

- Etat du patient

- Douleur
- Pâleur et sueur
- Nausées et vomissements
- Chercher une hématurie
- Diurèse

- Surveillance des constantes : pouls, TA, Fréquence Respiratoire, Température

#### b-Surveillance paraclinique :

- Surveillance biologique. Les examens à effectuer en urgence.

Urée sanguine ; créatinine ; ph urinaire ; ECBU ; Ionogramme sanguin et urinaire : phosphate calcium sanguin et urinaire ; acide urique, hémoculture en cas de pic fébrile ou d'hypothermie

#### c-Surveillance radiologique :

Abdomen sans préparation pour rechercher des calculs radio-opaques.

Urographie intraveineuse permettant de situer le ou les calculs et d'éliminer les fausses images de calculs, précise le retentissement du calcul sur la voie d'excrétion et sur le rein ; recherche une cause possible à cette lithiase

Echographie sans grand intérêt sauf dans le cas d'IRA.

#### d- Conduite à tenir

##### d-1- organisation de la prise charge de la colique néphrétique

- Accueillir le patient et le rassurer
- L'interroger sur les circonstances de survenue
- lui demander s'il prend des AINS
- arrêter immédiat de tout apport liquidien. La diminution du débit urinaire permet de réduire la tension des voies excrétrices
  - tamiser toutes les urines dès constatations de la crise, afin de récupérer un éventuel calcul émis
  - Administer le traitement prescrit
  - maintenir la restriction hydrique jusqu'à sédation complète des douleurs qui peut durer plus de 06 heures.
    - Rechercher la présence du sang dans les urines
    - Calmer les douleurs par des antalgiques sous avis médical
    - Participer à la pratique des examens complémentaires : biologiques et radiologiques.
    - Eduquer le patient sur le traitement qui se base sur des boissons abondantes
      - Alcalinisation par le sérum bicarbonaté 14%, vichy)
      - Antispasmodique, AINS
      - Antibiotique si infection : Diminution de consommation d'aliments riches en Ca+ et protides.
    - Orienter le patient vers une consultation urologique.

#### **d-2-Démarche éducative ou conseil éducation**

- L'infirmier(ère) doit conseiller au malade de :
- maintenir son activité physique et sportive
  - modérer l'alimentation pour obtenir des apports caloriques permettant une perte de poids lente et progressive
  - réduire la quantité de viande, d'abats et d'apports sodés
  - s'hydrater abondamment pour assurer une diurèse aqueuse.

## SYNDROME NEPHROTIQUE

### Définition

C'est un syndrome qui se définit biologiquement. Il est caractérisé par une protéinurie supérieure à 50 mg/kg/j, une hypoalbuminémie inférieure à 30g/l et une hypoprotidémie inférieure à 60g/l.

### Signes cliniques :

- Œdèmes généralisés
- Epanchement pleural
- Hypotension orthostatique

### Rôle infirmier

- La collecte des urines de 24h
  - Surveillance de traitement diurétique :
  - -prise de poids quotidien
  - -tension artérielle
  - ❖ Surveiller la survenue de faiblesse musculaire, dérobement de jambes et les crampes musculaires
- Surveiller l'ionogramme du malade et signaler toute kaliémie  $4 < 4 \text{ meq/l}$  et  $> 3, 5$
- ❖ Surveiller le traitement par corticothérapie :
- La pesée quotidienne du malade, TA, le respect de régime sans sel
- ❖ Surveiller les troubles électrolytiques suggérés par des crampes musculaires ou constipation
  - ❖ Surveiller la glycémie
  - ❖ Surveiller la survenue des complications :
  - ✓ Ostéo-articulaires (ostéoporose ; nécrose aseptiques de tête fémorale)
  - ✓ Digestives (brûlure digestive)
  - ✓ Infectieuse (fièvre ; toux ; dyspnée)
  - ✓ Psychiques (insomnie ; excitation anormale)

## LA PYELONEPHRITE AIGUE

### ○ Définition

La pyélonéphrite aigue est une infection bactérienne du bassinet et du tissu interstitiel d'un rein ou des deux reins.

### ○ Signes

Douleurs du flanc droit accompagnées de fièvre à 39,5°C et de frissons.

Douleurs, irradiant à la fosse lombaire droite et à la fosse iliaque, sans troubles mictionnels. Elles sont mal calmées par le paracétamol

A l'examen, la palpation lombaire réveille la douleur. Urines troubles.

L'examen d'urine montre : protéines ++, sang ++, leucocytes +++, nitrites ++.

L'interrogatoire ressort une notion de dysurie et envies fréquentes d'uriner.

### ○ Diagnostic différentiel

Nous avons : para- néphrite, la nécrose papillaire, la cholécystite aigue, la pancréatite, le diverticule, la pneumonie, l'embolie de la base du poumon chez la femme, il faut la distinguer avec la salpingite, la torsion d'un kyste ovarien.

### ○ Examens

Créatinine, hémocultures

Examen d'urine avec un antibiogramme pour isoler le germe

Échographie rénale et radiographie de l'arbre urinaire sans préparation, indispensable pour vérifier l'absence d'obstacles comme un calcul.

### ○ IEC par rapport à la conduite du traitement :

-l'administration des antibiotiques (à forte dose ou énergique) doivent être administrés pendant 24 heures par voie injectable puis relayés si la fièvre tombe par voie oral.

- demander à la patiente de poursuivre le traitement oral pendant plusieurs semaines après la sortie de l'hôpital même si les problèmes urinaires ont complètement disparus.

-Revenir au RDV pour un contrôle

-prendre des précautions après les rapports sexuels : uriner immédiatement après les rapports sexuels, prendre un antibiotique par voie orale après les rapports sexuels.

## LA RETENTION AIGUE DES URINES

### Définition

Impossibilité d'évacuer la vessie

### Causes

Chez l'homme : Prostate (adénome, cancer) +++, Sténose de l'urètre, Calcul dans l'urètre

Chez la femme : fibrome, tumeur pelvienne

Dans les deux sexes : médicaments+++ (antispasmodique, antidépresseur...), fécalome, tumeur vésicale, affection neurologique, traumatisme du bassin

### Symptôme

- Douleur pelvienne
- Impossibilité d'uriner
- Globe vésical : voussure sus-pubienne douloureuse à la palpation, mate, tendue
- Chez le vieillard avec des troubles de la conscience ; agitation

### Gravité

- Fièvre

### Diagnostic et traitement

- Le diagnostic est clinique aidé par les touchers pelviens ; en cas de doute une échographie peut être nécessaire.
- Le sondage est le traitement, en cas de contre-indication ou d'échec, pose d'un cathéter sus-pubien.

### Conduite à tenir infirmière

- Température
- Soulager le malade à cause de la douleur
- Appeler le médecin pour confirmation du diagnostic et drainage
- Respecter les contre-indications avant le sondage
- Evacuation lente : clamber 10mn tous les 200ml
- Effectuer les prélèvements : ionogramme sanguin, urée créatinine, NFS, ECBU en cas de fièvre.

## ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA FONCTION BIOPSIQUE DU FOIE

### OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la ponction biopsie du foie

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1- Définir la ponction biopsie du foie selon le cours
- 2- Citer les indications et contre-indications de la ponction biopsie du foie
- 3- Appliquer sans se tromper les gestes infirmiers requis avant pendant et après la ponction biopsie du foie

### I- DEFINITION

La ponction biopsie du foie consiste à prélever un fragment du parenchyme hépatique au fait d'un examen histologique.

### II- INDICATIONS

Les hépatites - la cirrhose - le cancer du foie.

### III- CONTRE-INDICATIONS

- Le syndrome hémorragique
- Les obstructions biliaires
- L'abcès du foie

### IV- LES GESTES INFIRMIERS ☐ Avant la ponction

- Rassurer le malade
- L'informer sur le but de l'examen
- Prélever du sang pour un bilan hépatique, l'étude de la coagulation et du Groupe rhésus

#### Le jour de l'examen

- S'assurer que le patient est à jeun depuis 6heures
- Vérifier le dossier du malade s'il est au complet
- Préparer le matériel nécessaire pour la ponction

☒ Matériel d'asepsie

- Gants stériles
- Champs
- Compresses stériles
- Alcool
- Antiseptique coloré

☒ Matériel d'anesthésie

- Xylocaïne à 1%
- des aiguilles
- Aiguilles spéciale dite de MENGHINI

☒ Pendant l'examen

Installer le malade en décubitus dorsal, le tronc en légère rotation vers la gauche, la tête aussi tournée vers la gauche ; le bras droit tient le rebord du lit :

- Servir le médecin
- Faire le pansement après avoir fait une compression digitale de 5 à 10 minutes ;
- Envoyer l'échantillon au laboratoire dans un sérum physiologique. Après la ponction, mettre le malade au repos au lit absolu et pendant ce repos, veillez sur les réactions, les constantes, les plaintes du malade et de quelques douleurs que ce soit.

**Exemple : Soins à un malade atteint de paludisme**

**Problèmes de santé relevant de la compétence infirmière**

Hygiène, Déficit ou insuffisance de connaissances, hyperthermie, problème de nutrition, déshydratation

**But du soin infirmier**

Le soin infirmier dans les soins en parasitologie est de permettre à celui qui la reçoit d'agir sans concours extérieur aussi rapidement que possible. C'est une assistance donnée par l'infirmier(e) lorsque l'individu est incapable partiellement ou totalement d'accomplir ses auto-soins.

**Actes de soins infirmiers**

Les activités de soins infirmiers vont se focaliser sur les différentes dimensions des soins :

**Rôle propre**

Accueillir le malade

Installer le malade en chambre individuelle

Mettre en confiance le malade

Réduire au maximum les visites les premiers jours pour favoriser le repos

Récolter les données pertinentes pour le diagnostic médical et qui permettra par le diagnostic infirmier d'identifier les problèmes du malade

Assurer les soins d'hygiène et de nursing régulièrement

Surveiller l'alimentation du malade. Dès que le malade va mieux, il peut s'alimenter par un régime tout à fait normal

Noter sur le dossier de soins infirmiers tous les éléments probants qui permettent de suivre l'évolution de la crise

**Rôle délégué et collaboration**

Réaliser d'emblée les prélèvements de recherche du plasmodium (frottis ou goutte épaisse ou QBC)

Pratiquer également Numération Formule Sanguins, Vitesse de Sédimentation, Ionogramme sanguin prescrits

Prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires à l'état du malade

Mettre en route le traitement antipaludéen

Contrôler les examens sanguins

**Surveillance du malade**

Surveiller le traitement et les effets des médicaments

Surveiller régulièrement les paramètres vitaux : tension artérielle, pulsation, température, sueurs, frissons.

Surveiller l'état de conscience car des convulsions peuvent survenir, demandant un traitement spécifique

Si nécessaire, soins de réhydratation selon les déperditions

Mettre en place un bilan des entrées et des sorties avec surveillance de la diurèse

Eduquer le malade sur les moyens de protections contre le paludisme.

Noter tout changement.

## RANGEMENT D'UNE ARMOIRE A PHARMACIE

### OBJECTIF GENERAL

Expliquer le rangement d'une armoire à pharmacie et l'organisation d'une distribution de médicaments.

### OBJECTIS SPECIFIQUES

- 1- Citer les différentes étapes de rangement des médicaments dans une armoire à pharmacie
- 2- Enumérer les précautions à prendre lors de l'administration des médicaments dans un service de soins
- 3- Formuler au moins deux thèmes d'IEC dans l'administration des médicaments dans un service

### INTRODUCTION

L'administration des médicaments s'inscrit dans le processus de la démarche de soins infirmiers. L'analyse des besoins par la collecte des données intègre la connaissance des réactions du bénéficiaire à la thérapie médicamenteuse.

### I- RANGEMENT D'UNE ARMOIRE A PHARMACIE

Dans un souci de sécurité et de bonne gestion certaines règles doivent être appliquées au rangement des médicaments d'une armoire à pharmacie dans un hôpital ou du centre de santé.

- 1- L'état de l'armoire
  - L'armoire en bon état
  - Les clés
  - La propreté
- 2- Les bons de commande
  - Entrée et sortie des médicaments
  - Les fiches de stock (l'inventaire)
- 3- Les médicaments
  - Médicaments par tableau (A B C)
  - Les formes médicamenteuses
  - Par appareils (respiratoire, digestif, urinaire)
  - Médicaments à usage interne et externe.

- Médicaments non indispensables à retourner
- La date de péremption
- Le mode de conservation
- L'étiquetage
- Les médicaments usuels courants

NB : L'armoire d'une pharmacie doit être sous la responsabilité d'un agent intègre.

## II- PRECAUTIONS A PRENDRE LORS DE L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

La qualité des soins dépend de la multiplication des précautions prises par tout le personnel à tous les niveaux de la hiérarchie et à tout instant.

Les infirmiers ou sages-femmes y sont particulièrement impliqués puisqu'ils assurent l'administration des médicaments prescrits, vérifient la prise et surveillent leurs effets.

### 1- L'identification du bénéficiaire

- Le carnet de santé ou la fiche de soins
- Nom et prénoms
- Le service de soins ou de centre de santé

### 2- Les prescriptions

- La prescription de l'infirmière ou de la sage -femme
- La prescription médicale
- La prescription doit être libellée sans ambiguïté
- Se méfier des noms ou tout chiffre qui se ressemblent
- Le nom des médicaments, la posologie journalière
- La durée du traitement
- La forme et le dosage

### 3- La règle de lecture

Lire le nom du médicament sur son conditionnement de transport et de rangement. Lire le nom du médicament selon le plan de soins.

### 4- Conserver le conditionnement

S'il s'agit du sang, sortir du réfrigérateur puis directement aller dans la salle de soins.

### 5- Lire la voie d'administration

- IM, IV, S/C, I R, ID sinon risque de la vie du bénéficiaire
- Les horaires rentrent en ligne de compte de la validité des plans de soins

Au moment de l'administration

- Le médicament et le bénéficiaire
- Les règles d'asepsie
- I EC
- La surveillance clinique

#### 6- Le jugement clinique

- Ce jugement fait allusion aux connaissances, à notre savoir-faire
- Demander un complément d'informations à l'équipe de soins (infirmiers - médecins - pharmaciens)

#### III- LES THEMES D'IEC

- Selon le niveau économique, culturel et spiritual
- L'ordonnance est individuelle
- L'automédication : surdosage et toxicité du médicament
- Le coût et la disponibilité du médicament
- La tolérance du médicament

#### CONCLUSION

L'infirmier ou la sage- femme doit avoir une bonne attitude constante et la volonté d'une organisation rigoureuse des tâches : Parfaite tenue des cahiers de prescriptions

et des plans de soins, toute manipulation du médicament doit être réfléchie, la personnalisation des relations soignant-soigné fait allusion à l'humanisation des soins.

La bonne administration d'un médicament est un facteur déterminant de la guérison du bénéficiaire et par conséquent d'une économie de santé ; La responsabilité de l'infirmier et de la sage-femme exige une précision et une vigilance accrue afin d'assurer la protection du bénéficiaire.

**Définition :**

Les diurétiques appelés aussi NATRIURETIQUES sont des médicaments qui augmentent l'excrétion rénale en sodium et augmentent donc le volume de la diurèse.

Autrement dit les diurétiques sont des substances qui inhibent la réabsorption tubulaire en sodium.

Généralement, il y a 3 groupes :

- Diurétiques osmotiques : Mannitol
- Diurétiques de l'anse : Lasilix
- Diurétiques épargneurs de Potassium : antialdostérones.

**2- Indications :**

- HTA
- Œdèmes (hépatique chronique ou rénal)
- Spécialement :
  - Insuffisance cardiaque
  - Insuffisance hépatique
  - Syndrome néphrotique

- Glaucome

- OAP

**3- Contre-indications :**

- Déshydratation extra-cellulaire
- Obstacle sur les voies urinaires
- Trouble potassique (hyper ou hypokaliémie)
- Insuffisance rénale ou hépatique (surveillance stricte)

**4- Surveillance clinique :**

- Contrôle des constantes : pouls, TA
- Présence des œdèmes
- Poids : indispensable chez les œdémateux
- Diurèse : volume, aspect, couleur
- Signes de déshydratation
- Signes d'intolérance au médicament
- Rechercher la crise de goutte

**5- Surveillance paraclinique :**

- Surveillance biologique :
  - Ionogramme sanguin
  - Ionogramme urinaire
  - Bilan urinaire : urée, créatinémie, (clearance de la créatinine)
  - glycémie
  - NFS
  - épreuve de la phénosulfonéptaleïne (PSP)
- Surveillance radiologique : Electro-Cardio-Gramme

**6- Surveillance du régime :**

- Régime hyposodé
- Apport d'un régime riche en végétaux et jus de fruits
- Prise de diurétique en sirop ou sous forme de soluté à libération prolongée

**« Jamais de chlorure de potassium en IVD »**

**7- signe d'efficacité recherché**

- augmentation de la diurèse
- baisse du poids
- fonte des œdèmes
- baisse de la Tension Artérielle chez les hypertendus.

## LES ANTICOAGULANTS

### **1- Définition :**

Les anticoagulants sont des médicaments qui s'opposent à la formation des thromboses. Les anticoagulants sont des médicaments destinés à allonger le temps de coagulation du sang.

Il existe 3 groupes :

- héparine et ses dérivés
- les anti vitamines K.
- Les fibrinolytiques. Ils ne sont pas encore couramment utilisés exemple : streptose

### **1- Rappel sur la coagulation**

Quand un vaisseau artériel ou veineux est blessé, il se produit une hémorragie. Celle-ci serait catastrophique si l'hémostase n'intervenait. Elle comprend :

- une vasoconstriction qui diminue le volume de l'hémorragie,
- la formation d'un bouchon plaquettaire
- et enfin la formation de fibrine qui se fait à partir du fibrinogène au cours de la coagulation.

### **3- Indications :**

- Prévention des accidents thromboemboliques
  - Insuffisance coronarienne et infarctus du myocarde
  - Certaines insuffisances cardiaques
  - Artérite, phlébites, embolies et thromboses
  - Troubles du rythme cardiaque
- Traitement :
  - \* Thrombose veineuse : phlébite
  - \* Embolie pulmonaire
  - \* Thrombose artérielle : infarctus de myocarde
- Période post opératoire en chirurgie abdominale, pelvienne, orthopédique

### **4- Contre-indications :**

- Antécédent de thrombopénie
- Tendance hémorragique liée au trouble d'hémostase
- Accident Vasculaire Cérébral hémorragique
- Après 75ans
- Cirrhotiques
- Insuffisances rénales sévères
- Maladies thrombopénies
- Hémophilies
- Chez les femmes enceintes
- Utilisation de certains médicaments usuels accroît l'action des anticoagulants.  
Ne pas utiliser les deux ensembles : aspirine, corticoïdes, hormones mâles, sulfamides, anti épileptique, quinine
- Chez un malade sous traitement avec injection IM car source d'hématome
- Lésions organiques susceptibles de saigner : ulcère gastro-duodéal.

### **❖ Surveillance du traitement :**

- **Dès l'application de la prescription médicale :**

Surveiller les horaires des injections

Surveiller le débit au cours de l'administration de l'héparine en IV continue

### **Surveillance clinique :**

Intérêt

Rechercher

Les signes évoquant un surdosage (hématologie, ecchymoses, hémorragies) ;

Un sous dosage (récidive ou extension d'une thrombose,

La survenue d'un nouvel accident thrombo-embolique).

- Allergie (choc, manifestation cutanée)
- Epistaxis
- Gingivorragie
- Melaena
- Hématurie
- Hématome au point d'injection

### **Surveillance biologique :**

- ***intérêt:***

Juger de l'efficacité du traitement

Constater l'hypocoagulabilité induite

Apprécier le risque hémorragique par rapport à la modification des résultats biologiques

- Temps de coagulation
- Temps de Howel
- Temps de thrombine
- Temps de céphaline active (TCA)
- Temps de Quick
- Thromboclastogramme

### **7- Conduite à tenir :**

- Eviter tout acte susceptible d'entraîner une effraction vasculaire

#### ➤ **En cas d'accidents hémorragiques**

Grouper le malade si ce n'est déjà fait

Avertir (appeler) le médecin

Diminuer la dose d'anticoagulant

Surveiller pouls, Tension Artérielle selon le rythme prescrit par le médecin et noter sur la feuille de réanimation pour dépister un collapsus

Mettre en place une perfusion IV de solutés macromoléculaires et de vasopresseurs avant l'arrivée du groupe et rhésus ou le flacon de sang

Mettre en place le sang dès réception

Dans les cas graves, perfuser des fractions sanguines enrichies en facteurs de la coagulation

Instituer un traitement spécifique :

- ✓ Accident par vit k administrer du K1
- ✓ Accident par les héparines, administré du sulfate de protamine en IV lente à raison de 1 mg/100 UI d'héparine

#### ➤ **En cas d'incident hémorragique :**

Diminuer la dose sous prescription médicale

NB : ne jamais arrêter brutalement le traitement

#### ➤ **Accidents non hémorragiques**

Faire un traitement symptomatique

Choisir un autre anticoagulant

Eduquer le patient

- **Education du patient**

Il doit être prévenu de sa maladie.

Information et éducation du patient par rapport à toutes ces anomalies

Informations concernant l'éducation du patient :

Indiquer les façons de dépister toute hémorragie

Pas d'automédication pour éviter toute potentialisation ou toute inhibition aux traitements

Education alimentaire

### **CONCLUSION**

- Toutes ces notions sont à connaître par cœur et savoir transmettre toutes ces notions aux patients
- Toujours faire reformuler et rajuster si besoin les informations données aux malade.

## SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS INSULINE

### **DEFINITION**

L'insulinothérapie s'impose chez tous les diabétiques insulino-dépendants (par carence en insuline) mais également chez certains diabétiques non insulino-dépendants de façon définitive ou transitoire.

### **DIFFERENTS TYPES D'INSULINE**

Insuline d'action rapide : durée d'action entre 5 et 8h

Insuline d'action intermédiaire monophasique : durée d'action 12 à 20h

Insuline d'action intermédiaire biphasique (mélange d'insuline d'action rapide et d'insuline d'action intermédiaire) : durée d'action 12 à 20h

Insuline de longue durée : entre 20 et 30h

### **ELEMENTS DE SURVEILLANCE**

La mesure pluriquotidienne de la glycémie capillaire, consignée dans un carnet. Quand les glycémies capillaires ne dépassent pas 1,3g (7mmol) à jeun et 1,8g (10mmol) en post prandial, le diabète est bien équilibré.

Quand la glycémie capillaire est supérieure à 2g/l, rechercher une cétonurie associée à une glycosurie.

Prendre poids (et taille chez l'enfant), pression artérielle, à chaque visite

Examiner les points d'injection, à la recherche de lipodystrophie.

Doser la glycémie au laboratoire pour vérifier le lecteur

Surveiller tout signe anormal,

-devant un signe neurologique et psychique, chez un diabétique insulinotraité

-déshydratation extra-cellulaire et dyspnée caractéristique, douleurs abdominales et vomissements simulant une urgence chirurgicale, pensé à une acidocétose

## CORTICOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE

### INTRODUCTION

Les corticoïdes ont de puissantes propriétés anti-inflammatoires mais aussi anti-allergiques et immuno-modulatrices, expliquant leur utilisation dans de nombreuses pathologies, Les corticoïdes les plus utilisés sont la prednisone, la prednisolone, la méthylprednisolone.

Les principaux corticoïdes sont mentionnés dans le tableau 1, avec leur effet anti-inflammatoire par rapport à l'hydrocortisone et leur effet freinateur sur l'axe corticotrope.

### Objectif général :

**Connaître les principes fondamentaux de la corticothérapie au long et en cure courte.**

### Objectifs spécifiques :

- 1) Citez les principales indications de la corticothérapie au long cours et en cure courte.
- 2) Identifier les principales contre-indications de la corticothérapie par voie générale.
- 3) Indiquer les principales complications de la corticothérapie par voie générale.
- 4) Citer les principes de prescription des corticoïdes en pratique.
- 5) Relever les modalités pratiques d'arrêt d'une corticothérapie.

**Tableau 1 :** Dérivés corticoïdes avec leur activité anti-inflammatoire (AAI) par rapport à rhydrocortisone et leur effet freinateur de l'axe corticotrope

DCI	Spécialité	AAI	Effet freinateur (heures)
Hydrocortisone	Hydrocortisone	1	8 à 12
Prednisone	Cortancyl	4	12 à 24
Prednisolone	Solupred	4	12 à 24
Méthylprednisolone	Médrol	5	12 à 24
Triamcinolone (F)	Kénacort	5	24 à 36
Béthamétasone (F)	Célestene	25	>36
Dexamétasone (F)	Dectancvl	30	>36

(F) : Fluoré

### I-PRINCIPALES INDICATIONS DE LA CORTICOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE (LISTES NON EXHAUSTIVES :

a) Les corticoïdes sont utilisés de façon prolongée, lorsqu'il n'est pas possible de faire autrement, dans de nombreuses maladies inflammatoires telles que la polyarthrite rhumatoïde, la pseudo-polyarthrite rhizomélique et la maladie de Horton ; certaines maladies auto-immunes comme le lupus, la sclérodermie, le syndrome de Gougerot-Sjogren, les dermato- polymyosites, la maladie de Still et les vascularités : maladie de Wegener, périartérite noueuse...

Autres indications:

- asthme
- réactions allergiques
- urticaires géantes
- recto-colite hémorragique

b) Les corticoïdes sont aussi utilisés en cure courte essentiellement pour leur effet antalgique comme par exemple lors de certaines radiculalgies hyperalgiques, certaines périarthrites scapulo-humérales hyperalgiques, bien que ces indications ne soient consacrées que par l'usage et non par les preuves scientifiques.

Autres indications:

Ils sont aussi très utilisés en aigu dans les situations suivantes :

- état de choc anaphylactique
- état de mal asthmatique
- œdèmes cérébraux
- réaction inflammatoire sévère en O.R.L. (œdème laryngé)
- laryngite suffocante
- épiglottite aiguë

## **II- PRINCIPALES CONTRE-INDICATIONS DE LA CORTICO-THERAPIE PAR VOIE GENERALE**

La principale contre-indication à la corticothérapie est un processus infectieux sévère et évolutif non contrôlé par un traitement. Cette contre-indication peut néanmoins ne pas être retenue si la corticothérapie est indispensable notamment comme par exemple dans une maladie de Horton avec complications ophtalmologiques.

Les autres contre-indications sont plus relatives : ulcère gastroduodéal évolutif, diabète non équilibré, hypertension artérielle sévère non contrôlée, insuffisance cardiaque congestive, antécédent psychotique ou psychose évolutive, ostéoporose sévère.

## **III- COMPLICATIONS DE LA CORTICOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE**

Les corticoïdes sont responsables de nombreux effets indésirables potentiels mais dont nombre d'entre eux peuvent être prévenus ou dépistés. Ces effets surviennent surtout pour des corticothérapies prolongées et à dose supérieure à 7 mg par jour d'équivalent prednisone. De ce fait découle la règle d'or de la prescription des corticoïdes à savoir toujours recourir à la dose la plus faible possible pour la durée la plus courte possible.

### **1- Syndrome de sevrage**

L'insuffisance surrénalienne post corticothérapie survient lorsque celle-ci a été prolongée et interrompue trop brutalement. Elle se manifeste par une asthénie intense, une hypotension mais peut aussi être asymptomatique.

La corticothérapie doit donc toujours être arrêtée de façon très progressive et c'est à partir de 7 mg par jour d'équivalent prednisone que le risque d'insuffisance surrénalienne existe. Celui-ci peut être dépisté par un test au Synacthène ou motiver la prescription d'hydrocortisone dans les trois mois qui suivent l'arrêt de la corticothérapie (ensuite l'hydrocortisone sera arrêtée progressivement).

### **2- Complications métaboliques**

- Diabète cortico-induit ou aggravation d'un diabète préexistant.
- Hypertension artérielle.
- Décompensation d'une insuffisance cardiaque.
- Hypokaliémie.
- Hyperlipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie).

### **3- Ostéoporose cortisonique**

L'ostéoporose cortisonique survient surtout dans les six premiers mois de traitement et pour une posologie supérieure à 7 mg par jour d'équivalent prednisone. Il est possible de prévenir cette ostéoporose cortisonique par la co-prescription d'un bisphosphonate, lorsque la corticothérapie a une durée prévisible de plus de trois mois et lorsqu'elle est supérieure à 7 mg par jour d'équivalent prednisone.

### **4- Ostéonécroses cortisoniques et troubles de la croissance**

Les corticoïdes peuvent être responsables d'ostéonécrose des têtes fémorales et humérales voire des condyles fémoraux. Chez l'enfant la corticothérapie est responsable d'un retard de croissance.

## **5- Myopathie cortisonique**

Il s'agit d'une myopathie essentiellement proximale amyotrophiante et indolore survenant pour des durées de traitement de plus d'un an. Le diagnostic est suspecté cliniquement et peut être confirmé par un électromyogramme.

## **6-Effets indésirables cutanés**

Les corticoïdes sont responsables d'une atrophie cutanée et d'un retard de cicatrisation, d'acné, d'hirsutisme et de vergetures.

## **7-Complications ophtalmologiques**

Les corticoïdes favorisent la survenue d'une cataracte et peuvent induire un glaucome aigu ou chronique à angle ouvert.

## **8- Complications infectieuses**

Les corticoïdes peuvent réactiver un foyer infectieux latent tel qu'une tuberculose ou une ostéomyélite et favoriser certaines viroses comme le zona ou l'herpès.

## **9- Troubles neuro-psychiques**

Les corticoïdes peuvent décompenser des syndromes dépressifs, des névroses ou des psychoses sous-jacentes. Ils sont volontiers responsables d'agitation ou à l'inverse d'insomnie.

## **10-Troubles digestifs**

Les dyspepties sous corticoïdes sont rares et le risque d'ulcère gastro-duodéal est extrêmement faible. Des cas de pancréatite aiguë ou de perforation sur diverticulose colique peuvent survenir sous traitement corticoïde.

## **IV- LA PRESCRIPTION DES CORTICOÏDES EN PRATIQUE:**

- La posologie initiale de la corticothérapie dépend de l'indication, et de la sévérité de la pathologie motivant la prescription. En prescription de courte durée la dose initiale est la plupart du temps de 1 mg/kg/jour avec une dose rapidement décroissante pour un arrêt au bout d'une dizaine de jours. Pour les prescriptions au long court la posologie varie de 1 voire 2 mg/kg/jour pour les pathologies sévères telles que les connectivités, les vascularités, la maladie de Horton, de 7 à 10 mg par jour pour la polyarthrite rhumatoïde. Il est communément admis de prescrire la corticothérapie le matin pour réduire son impact sur l'axe cortico-surrénalien.
  - L'efficacité et la tolérance de la corticothérapie doivent être évaluées de façon rapprochée, en fonction de l'indication, dans le but de toujours prescrire la posologie la plus faible possible pour la durée la plus courte possible.
  - La prescription d'une corticothérapie nécessite une surveillance clinique rigoureuse visant à dépister les effets secondaires sus cités et doit s'accompagner de co-prescription limitant ces éventuels effets indésirables.
  - Il est nécessaire de proposer aux patients un régime alimentaire riche en protéines, pauvre en sucre d'absorption rapide et en graisse, riche en calcium et en potassium. Le régime hyposodé est lui aussi nécessaire (2 à 3 g de NaCl par jour). La supplémentation potassique et vitaminocalcique est habituellement recommandée.
  - La co-prescription d'un bisphosphonate est utile lorsque le traitement est supérieur à 7 mg par jour pour une durée prévisible supérieure à trois mois.
- \* Outre la surveillance clinique comprenant la prise de poids, de tension artérielle, l'examen général cutané, musculaire et la recherche de foyer infectieux, les examens paracliniques de surveillance doivent comprendre la glycémie, le ionogramme sanguin, la numération formule sanguine et une densitométrie osseuse en cas de corticothérapie prolongée.

## V- LES MODALITES D'ARRET

Les modalités d'arrêt de la corticothérapie prolongée de plus de trois mois à une posologie supérieure à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone ne sont pas clairement définies. Les schémas de décroissance posologique sont toujours assez superposables et systématiquement basés sur le double objectif d'éviter l'effet rebond évolutif de la maladie et d'éviter l'insuffisance surrénalienne.

Un exemple de stratégie de décroissance posologique peut être proposé ainsi :

- jusqu'à la dose de 30 mg par jour il est possible de réduire de 10 mg toutes les deux semaines.
- jusqu'à la dose de 15 mg par jour il est possible de réduire de 5 mg toutes les deux semaines, - jusqu'à la dose de 7,5 mg par jour, diminution de 2,5 mg toutes les deux semaines.
- à partir de 7,5 mg par jour la décroissance est encore plus lente, de l'ordre de 1 mg toutes les 2 à 3 semaines.

Plus que le schéma strict de décroissance posologique, c'est la surveillance clinique qui est importante dans le but de dépister un rebond de la maladie ou la survenue d'une insuffisance surrénalienne.

## VI- ALIMENTATION DU PATIENT SOUS CORTICOTHERAPIE

La prescription doit dépendre des caractéristiques propres du patient (âge, risque de diabète...) et de la corticothérapie prescrite (posologie, durée). Elle dépend également largement de l'expérience du médecin prescripteur.

Un régime pauvre en sel est ainsi régulièrement préconisé aux patients.

- *Un régime pauvre en sucres est également parfois recommandé afin notamment de limiter la prise de poids et le risque de diabète cortico-induit.*
- *Un régime riche en protéines peut être prescrit. L'objectif de ce régime pourrait être de limiter la fonte musculaire induite par la cortisone.*

Enfin, il peut être utile de limiter les apports caloriques globaux si l'on veut éviter ou limiter la prise de poids cortico-induite. Un régime trop pauvre en calories sera cependant difficile à maintenir sur le moyen ou long terme, et ce notamment en raison de l'hyperphagie induite par la cortisone.

Le régime prescrit peut évoluer au cours de la corticothérapie en fonction de l'apparition de tel ou tel effet indésirable.

## CONCLUSION

Les corticoïdes sont des médicaments ayant un pouvoir anti-inflammatoires et ont une action immunosuppressive très puissamment. Ils sont utilisés dans de très nombreuses situations cliniques contre les processus inflammatoires et/ou la douleur. Il faut en connaître les modalités de prescription et surtout savoir dépister les éventuels effets indésirables et même savoir les prévenir par les coprescriptions adéquates à 1 corticothérapie.

## ROLE DE L'IDE AUPRES D'UN PATIENT SOUS CORTICOÏDES ET AINS

Les effets secondaires de la corticothérapie et la complication majeure (insuffisance surrénalienne secondaires à l'arrêt du TTT) se rencontrent surtout dans la corticothérapie prolongée (sur plusieurs semaines, voire plusieurs années)

- peuvent être prévenus ou atténués par une prise en charge relevant du rôle en collaboration et du rôle propre de l'IDE.

### **Problèmes relevant du rôle en collaboration**

#### **Risque d'hyperglycémie et de décompensation d'un diabète**

- les glucocorticoïdes favorisent la formation du glucose à partir de molécules non glucidique et le stockage du glucose
- de plus, les glucocorticoïdes inhibent la sécrétion d'insuline (hormone pancréatique hypoglycémiant) et stimulent la sécrétion du glucagon (hormone pancréatique hyperglycémiant)

#### **Pour prévenir et dépister ce risque diabéto-gène**

- glycémie sur PM
- régime diabétique sur PM (proscrire les sucres d'absorption rapide, sucres, bonbons, pâtisseries)
- administrer sur PM un anti-diabétique oral ou mettre en œuvre une insulinothérapie
- dépister les signes d'hyperglycémie (faim, soif intense, polyurie, glycosurie) Risque de fonte musculaire, de retard de cicatrisation, de vieillissement cellulaire cutané et osseux
- les glucocorticoïdes favorisent le catabolisme des protéines au sein des muscles, de la peau, et des os.

#### **Pour prévenir et dépister ces risques :**

- protidémie et protéinurie sur PM
- surveiller la fonte musculaire
- régime hyperprotidique sur PM
- surveiller l'état cutané (peau mince et fragile)
- surveiller l'apparition de douleurs osseuses
- pratiquer des préventions d'escarre en cas d'alitement
- favoriser l'activité douce
- mobilisation douce de la personne lors des soins Risque de dyslipidémie et de faciès Cushingoïde
- les glucocorticoïdes favorisent la libération des acides gras stockés par le tissu adipeux
- donc, il s'en suit une augmentation du taux de lipides sanguins et une modification de la répartition des masses graisseuses au niveau de la face, de l'abdomen, et de la ceinture scapulaire.

#### **Pour prévenir et dépister ces risques ;**

- bilan lipidique (cholestérolémie, triglycéridémie) sur PM
- régime hypokaliémiant sur PM (proscrire les graisses animales et végétales)
- surveiller le poids
- observer les modifications de la silhouette et le vécu psychologique qui en découle
- Risque d'œdème périphérique avec risque d'hypertension artérielle et/ou œdème aigu du poumon
- les glucocorticoïdes favorisent la rétention de sodium. D'où une rétention hydrique.

- donc des œdèmes apparaissent, accompagnés ou non d'une hypertension artérielle et pouvant infiltrer le tissu pulmonaire si les œdèmes généraux ne sont pas éliminés

#### **Pour prévenir et dépister ces risques :**

- administration de diurétique sur PM
- natrémie sur PM
- régime désodé sur PM (proscrire l'ajout de sel de cuisson, les aliments contenant du sel caché, les boissons gazeuses)
- surveiller le poids
- surveiller les œdèmes locaux, la PA et les signes de l'OAP (œdème aigu du poumon) (expectoration mousseuse, saumonées, dyspnée, angoisse)
- Risque de crampes musculaire et de troubles du rythme cardiaque
- les glucocorticoïdes favorisent une excrétion (=fuite) de potassium d'où une hypokaliémie
- l'ion potassium intervenant au cours de la contraction musculaire, des crampes peuvent apparaître, ainsi que des troubles du rythme cardiaque (cœur = muscle)

#### **Pour prévenir et dépister ces risques :**

- bilan électrolytique (kaliémie) sur PM
  - surveiller les signes cliniques de l'hypokaliémie = crampes musculaire, asthénie, constipation.
  - Surveiller les pulsations et pratiquer un ECG sur PM
  - Administrer d'une supplémentation en potassium sur PM, action antiallergique avec risque infectieux
  - les glucocorticoïdes freinent les phénomènes impliqués dans la réaction inflammatoire, de fait ils contribuent à lutter contre la douleur,
  - Ils diminuent les phénomènes immunologiques (réaction allergique et rejet de greffe d'organe)
  - Mais cet effet immunosuppresseur s'accompagne d'une diminution des défenses de l'organisme contre l'infection
  - Donc la sensibilité aux infections est majorée. Pour
- prévenir et dépister ces risques :
- administrer sur PM l'antibiothérapie prophylactique
  - surveiller la T°, plus tous signes infectieux (toux, brûlures, urinaires, etc.), soigner toute plaie et toute infection
  - respecter une hygiène des mains rigoureuses
  - éviter tout contact avec une personne contagieuse
  - s'assurer de la mise à jour des vaccins
  - surveiller leur efficacité = absence de douleur et de réaction allergique Risque d'insomnies et de sensation de faim
  - en raison de leur action sur le système nerveux central, les glucocorticoïdes induisent un état euphorisant et stimulent l'appétit

#### **Pour prévenir et dépister ces risques**

- surveiller la qualité de sommeil
- proscrire tout excitant, notamment en fin de journée (café, thé, alcool, tabac)
- surveiller le comportement (confusion mentale, hallucination) + risque de dépression à l'arrêt du traitement.

#### **Risque de retard de croissance chez l'enfant**

- les glucocorticoïdes inhibent la libération de l'hormone de croissance C> Pour prévenir et dépister ces risques

- surveiller le développement staturo-pondéral de l'enfant Risque de gastralgie et d'ulcère gastrique
- les glucocorticoïdes induisent une hypersécrétion d'acide gastrique et une diminution de la sécrétion du mucus protecteur.

#### **Pour prévenir et dépister ces risques**

- surveiller l'apparition de douleurs gastrique à type de brûlure ou de crampe
- administrer sur PM un pansement gastrique (2h avant la prise du corticoïde pour ne pas gêner l'absorption) ou un anti-ulcéreux
- surveiller l'efficacité post gastrique par anti-ulcéreux à distance des repas car les aliments jouent un rôle de tampon et calment les gastralgies
- proscrire les facteurs irritants (tabac) + aliments acides (vinaigrette, citron, épices,..)
- pas d'automédication avec des TTT ulcérogène (AINS, acide salicylique)
- dépister une hémorragie digestive (sang noir dans les selles)
- Risque d'ostéoporose avec risques de fractures
- les glucocorticoïdes favorisent le catabolisme phosphocalcique au sein du tissu osseux (déminéralisation osseuse) et diminution de l'absorption intestinale du calcium ainsi que sa réabsorption rénale)
- de Postéoporose s'installe et l'os fragilisé peut se fracturer
- parallèlement la calcémie augmente, ce qui expose la personne au risque de lithiases rénales (colique néphrétique)

#### **Pour prévenir et dépister ces risques**

- surveiller l'apparition de douleurs osseuses articulaires
- calcémie et calciurie sur PM
- proscrire les activités à risque de chute
- supplémentation calcique sur PM

#### **Risque d'insuffisance surrénalienne secondaire**

- Attention mise en jeu du pronostic vital (Menace 6 à 12 mois après arrêt du TTT)
- dès que le taux de glucocorticoïdes circulants augmente par un apport
- externe, la sécrétion naturelle du glucocorticoïdes par les surrénales est freinée, voire inhibé
- donc l'arrêt brutal de glucocorticoïdes de substitution entraînerait une insuffisance surrénalies aiguë secondaires

#### **Pour prévenir et dépister ces risques**

- diminuer progressivement les posologies enfin de corticothérapie sur PM
- administrer le TTT entre 7h et 8h le matin car l'hormone correspond à la fonction maximale des glandes surrénales, donc limites les effets secondaires
- surveillance biologique de la fonction surrénalienne sur PM (test au synacthère)

#### **Problème relevant du rôle propre = diagnostic IDE**

-la corticothérapie au long cours engendre des modifications esthétiques :

- ❖ surcharge pondérale (prise de poids + œdème)
- ❖ faciès cushingoïde
- ❖ manifestation androgénique (acné, hyperpilosité)

-physiologiquement, la personne peut vivre difficilement ces changements corporels le 1<sup>er</sup> DI = Image corporelle perturbée

Liée aux modifications esthétiques induites par les métabolismes glucidique et lipidique ainsi qu'à la rétention hydrique

Se manifestant par des sentiments négatifs vis-à-vis de son corps, une peur d'être rejeté des autres

**Objectifs : permettre à la personne d'exprimer son ressenti**

Action du rôle propre IDE : soutien psychologique (relation d'aide) + épilation (proscrire le rasage)

**2<sup>ème</sup> DI : la corticothérapie nécessite la mise en place de règles d'hygiène de vie afin de limiter les effets secondaires**

-la personne ne connaît pas forcément les précautions à respecter

**3<sup>ème</sup> DI = Connaissances insuffisantes**

Lié à la nécessité de modifier des habitudes de vie en matière d'alimentation, activité, auto surveillance  
Se manifestant par une impossibilité » à déduire les règles d'hygiène de vie à respecter

**Objectifs:**

permettre à la personne d'acquérir les connaissances requises relatives aux régimes, à l'activité quotidienne, et à l'auto surveillance  
Action du rôle propre IDE : démarche éducative (cf. module santé publique)

Corticoïdes locaux et soins infirmiers

- risque d'effet systémique selon la surface d'application
- la PM tient compte de la classe de corticoïdes selon le siège d'application (faible activité sur peau fine)
- respecter les règles d'hygiène
- appliquer localement les corticoïdes uniquement sur une peau saine
- proscrire les pansements occlusifs qui majoreraient les effets du corticoïde local
- sevrage progressif pour éviter l'effet rebond à l'arrêt du TTT Donc le message hormonal est véhiculé dans tout l'organisme

### I. CONNAÎTRE LES OBJECTIFS D'UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE.

Traitement curatif : définition de l'ATB : substances élaborées par des microorganismes ou par synthèses chimique capable de détruire les bactéries ou d'inhiber leur croissance.

Traitement préventif : Prophylaxie en Post op, prés op.

### II. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

#### a) Administration

L'IDE applique et respecte la prescription médicale écrite, datée, signée par le médecin prescripteur ainsi que les protocoles thérapeutiques et soins d'urgence que celui-ci a déterminés

#### b) Vérification de la prescription

Elle doit demander à un médecin prescripteur un complément d'informations à chaque fois qu'elle le juge utile. Elle doit s'informer en cas de doute sur la posologie, le mode d'administration

#### c) Vérification de l'absence de contre-indication

- Allergie connue des ATB, elle est très importante à vérifier auprès du patient et de son dossier médical,
- analyse bactériologique : s'assurer que les prélèvements bactériologiques ont été faits avant de démarrer le traitement (hémoculture, ECBU, prélèvement de pus),
- interaction médicamenteuse (lire les notices).

#### d) Vérification systématique

- Date de péremption
- mode d'emploi.

### III. SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES

T°?

Pulsation, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids mensuration (prq?) : dosage

### IV. PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES PAR LES ATB

- Troubles digestifs : 25 % des cas,
- troubles propres au ATB : candidose (champignon) par modification de la flore saprophyte
- Risque allergique : signes cutanées
- Accident allergique : choc anaphylactique,
- troubles métabolique : néphrotoxicité,
- troubles hépatique : hématologique.

#### b) Accident allergique : choc anaphylactique

- Survient en principe immédiatement après la 1er injection ou la 2ème parfois après plusieurs
- Signes : chute TA, Pouls, Œdème de la glotte, urticaire géant.

#### c) Trouble digestifs

- Court, moyen ou long terme
- Nausées, vomissement, diarrhées

#### d) Risque allergique : signes cutanées

- Surviennent à long terme
- Signes de rougeurs, éruption cutanées
- Démangeaisons

- Urticaires

**e) Troubles liés aux ATB : candidose**

- Signes : digestifs, nausées pertes d'appétit, diarrhées
- Buccaux : stomatite

**V. EFFETS SECONDAIRES SPÉCIFIQUES DE CHAQUE CLASSE ATB**

**a) Les pénicillines**

- Marques les plus courantes : Oraciline Clamoxyl Bristopen Augmentin (+ acide clavulanique)
- Néphrotoxicité : contrôle de la Créatinémie pour analyser le fonctionnement du rein.
- Hépatotoxicité : Bilan du foie.

**b) Les céphalosporines**

- Marques les plus courantes : ORACEFAL, ZINNAT, CLAFORAN, OROKEN
- Néphrotoxicité
- Troubles de la coagulation
- Allergie croisée entre les céphalosporines et les pénicillines.

**c) Les aminosides**

- Marques les plus courantes : AMIKLIN, GENTALLINE, Netromycine, NEOMYCINE
- L'ototoxicité (oreille) : cumul, irréversible, majeure chez l'insuffisance rénale chez la personne âgée
- Par précaution la durée du traitement est inférieure à 7 jours.

**d) Les macrolides**

- Marques les plus courantes : JOSACINE ROVAMYCINE RULID ERYTHROCINE
- CLARAMID
- Troubles digestifs
- Sensations de vertige

**e) Les quinolones**

- Marques les plus courantes : CIFLOX, OFLOXET, NOROXINE, PEFLACINE
- Troubles tendineux : arthralgie, myalgie.
- Photosensibilité
- Tendinites : risques de rupture du tendon d'Achille chez les sportifs et les ados.

**f) Les tétracyclines**

- Marques les plus courantes : VIBRAMYCINE MYNOCINE
- Photosensibilisation
- Troubles digestifs
- Risque de coloration jaunes des dents en formation : contre-indication chez les enfants de moins de 8 ans et la femme enceinte.

**g) Les sulfamides**

- Marques les plus courantes : BACTRIM, EUSAPRIM
- Allergies
- Troubles hématologiques

**h) Les anti-anaérobies**

- Troubles digestifs marquées en présence de l'alcool

## **VI. CONSEIL AU PATIENT**

### **a) Conseil**

- Respect : prescription, posologie, prises, durée
- Eviter l'automédication

### **b) Respect des prescriptions**

- L'ordonnance donne des indications en fonction :
  - la pathologie infectieuse du type de germes concernés
  - L'histoire du patient
- Connaissances du médecin du but à atteindre à court, moyen, long terme

### **c) Respect de la posologie**

- Sur dosage : effets secondaires = digestifs
- Sous dosage : perte d'efficacité = apparition des germes résistants

### **d) Respect des prises**

Avant, pendant ou après la prise des repas sont important à respecter pour garantir une concentration constante dans le sang et pour éviter ou diminuer les troubles digestifs.

### **e) Respect de la durée**

- Effet rebond de la pathologie en cas d'arrêt prématuré et apparition de germes multiresistants.
- Effets secondaires aggravés (nephrotoxicité) en cas de prolongation

### **f) L'automédication**

Tel médicament prescrit pour tel germe et pour tel individu sera inefficace pour tel autre germe ou tel autre patient même au sein d'une même famille.

### **Objectif général**

Etablir le lien fondamental entre sulfamides et antibiotiques par rapport à leur orientation thérapeutiques

### **Objectif spécifiques**

- 1) Définir selon le cours les antibiotiques et les sulfamides
- 2) Décrire au moins deux risques liés à chaque groupe d'antibiotique et aux sulfamides conformément au cours reçu
- 3) Expliquer le rôle de l'infirmier dans l'administration et la Surveillance d'un malade soumis au traitement d'antibiotique et sulfamide

## **I- ELEMENTS DE DEFINITION**

### **a- Les antibiotiques**

Les antibiotiques sont substances telles que la pénicilline qui s'opposent au développement de certains microorganismes (germes pathogènes dans l'organisme humain) tout en restant dépourvu de toxicité pour cet organisme aux doses thérapeutiques. Ces substances médicamenteuses pour certaines produites par un micro-organisme eux-mêmes et pour d'autres synthétisés au laboratoire.

### **b- Les sulfamides**

Ce sont des produits chimiques qui possèdent dans leurs molécules un groupement sulfamides ayant un pouvoir bactériostatique.

NB : Les sulfamides de façon générale peuvent être hypoglycémiantes diurétiques ou à action antibiotique.

## **II- MODE D'ACTION : ACTION BACTERICIDES ET ACTION BACTERIOSTATIQUE**

Confère cours de pharmacie 1<sup>ère</sup> Année commune

## **III- ACCIDENTS ET INCIDENTS DE LA SULFAMINOTHERAPIE**

Ils sont moindres depuis l'utilisation des sulfamides de façon conjointe avec les antibiotiques ce qui a permis de réduire la posologie. Il existe cependant :

### **1- Des signes d'intolérance : Nausée, Vomissement, Diarrhée**

Des signes généraux :

Céphalées, Vertiges, Bourdonnement d'oreille,

## **2- Risques cutané- muqueuses :**

Urticaires prurit, Œdèmes des paupières, du scrotum, Nécrose épidermique bulleuses extensives (syndrome de LYELL) la cyanose.

Les accidents allergiques les plus graves sont rencontrés avec les sulfamides retardés.

## **3- Accidents rénaux**

- ✓ Néphrite azotémique ou œdémateuse par atteinte du parenchyme rénale
- ✓ Colique néphrétique
- ✓ Hématurie
- ✓ Oligoanurie ou anurie prolongée

Ces accidents peuvent être en grande partie prévenus par l'administration de beaucoup d'eau de boisson, on peut s'aider aussi du bicarbonate de sodium pour alcaliniser les urines car les sulfamides et surtout leur dérivés acétylènes sont d'autant plus solubles que le pH urinaire est plus bas.

## **4- Accidents hématologiques**

Ce sont des hypoplasies ou aplasie sanguine c'est-à-dire l'atteinte des lignées rouges et plaquettaires et ces accidents sont graves lorsqu'il s'agit des lignées blanches.

Faire un contrôle de la NFS pour déceler une leucopénie d'alarme.

## **5-Accidents généraux**

Atteintes médullaires gravicimes parfois mortelle par la voie intrarachidienne on rencontre des névrites optiques ou névrites périphériques.

## **IV- PRINCIPALES FAMILLES D'ANTIBIOTIQUES**

- BÉTALACTAMINE, MACROLIDES, PHÉNICOLS, AMINOSIDES,
- CYCLINE, QUINOLONE, IMIDAZOLES, NITROFURANE, ANTIBIOTIQUES POLYPEPTIQUES

## **V- ACCIDENTS DUS AUX ANTIBIOTIQUES**

### **1- Beta lactamine**

Les allergies, les hémorragies, les résistances surtout avec les pénicillines

Rare granulopenies

Les thrombopenies

Les céphalosporines entraînent des diarrhées, céphalées, diplopie, ataxie.

### **2- Aminosides**

En général néphrotoxique et ototoxique

- ✓ Dans un centre spécialisé il faut entreprendre l'audiogramme
- ✓ Dans un centre démuné : -faire le test de chuchotement et ou l'épreuve avec la montre à trotteuse

### 3- Les cyclines

Ils ont un pouvoir tératogène

Chez les enfants de moins de 8ans, les cyclines entraînent une hypertension intra-cranienne, une coloration jaune des dents, une intolérance digestives.

### 4- Phénicolés

Responsable de collapsus mortelle chez les nouveau-nés .Ils entraînent des risques hématologiques par une toxicité médullaire se traduisant par une hypoplasie ou aplasie médullaire surtout de type agranulocytose. Cependant le thiamphénicol est moins dangereux

A cela ajouter une intolérance digestive et stomatite lorsque le traitement est prolongé.

### 5- Macrolides

Bonne tolérance habituelle, on rencontre une rare allergie et une possibilité d'ictère cholestatique avec l'oléandomycine.

## VI- REGLE GENERAL D'ANTIBIOTHERAPIE

### 1. Avant de prescrire un antibiotique

Il faut savoir :

- Mode d'action
- Mode d'administration
- Vérifier le mode d'élimination
- Ses effets secondaires
- Les antécédents allergiques du patient
- L'état de santé ou antécédents médicaux du patient
- Le germe en cause
- Lieu ; Site ou localisation de l'infection

NB : Faire une attention particulière à l'utilisation d'antibiotique en cas d'insuffisance rénale

### 2. Pendant l'administration d'un antibiotique

- Frapper vite : instituer précocement le traitement dès le 1er jour de l'infection alors que les germes sont en voie de multiplication
- Frapper fort : donner d'emblée la dose thérapeutique
- Frapper continuellement : Respecter la durée du traitement (durée minimum du traitement : 7jours)
- Frapper juste
- Cesser la médication dès la disparition des signes après 7jours au moins
- Cesser brusquement
- Jamais d'antibiotique de

### 3. Au cours de la surveillance

Vérifier l'efficacité, l'innocuité du médicament et les signes d'alarme

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### LIVRES

- 1- KOZIER ET ERB : Soins Infirmiers /une conception globale  
Edition du Renouveau pédagogique, Montréal 1985
- 2- RIOPELLE et COLL : Soins infirmiers : La démarche scientifique  
Edition McGraw-Hill, Québec, 1984
- 3- HENDERSON Virginia : Les besoins fondamentaux de la personne
- 4- HENDERSON Virginia : Principes fondamentaux des soins infirmiers  
Edition Masson CII, Genève 1977
- 5- RIOPELLE et COLL : Soins infirmiers : Un modèle centré sur les besoins  
de la personne. Editions McGraw-Hill, Québec 1984
- 6- L'UNIVERSAL MEDICAL : Approche globale des soins infirmiers,  
Edition des presse de LUTECE ; TOME 3 1987
- 7- AMAR. B. J-P. GUEGUEN : Concepts et théories, démarche de soins,  
Nouvelle édition, MASSON.
- 8- POLETTI ROSETTE : Soins infirmiers/théories et concepts,  
Edition du Centurion, 1978.
- 9- MARGOT PHANEUF : La démarche scientifique en soins infirmiers
- 10- BRUNNER ET SUDDART : Soins infirmiers en médecine et chirurgie
- 11- ALAIN B- WALTER- YAO D. (1992), Brunner et Suddarth (1985)
- 12- ANNE G. PERRY, PATRICIA A. POTTER (1990), A. Harlay, R Delforges
- 13- SURVEILLANCE INFIRMIERE : Médecine/Chirurgie (1988) 6<sup>e</sup> édition  
Pages 31-32
- 14- SURVEILLANCE INFIRMIERE : Médecine/Chirurgie (1988) PP 317 à 320 et PP 449-450