

PATHOLOGIES CHIRURGICALES

SOMMAIRE

- I. RÔLES DE L'AUXILIAIRE DE SOINS INFIRMIERS
- II. APPENDICITE AIGÛE
- III. PÉRITONITES
- IV. OCCLUSIONS INTESTINALES AIGÛES
- V. HERNIES
- VI. BRÛLURES
- VII. GÉNÉRALITÉS SUR LES FRACTURES

OBJECTIF GÉNÉRAL

L'Auxiliaire en Soins Infirmiers sera capable de :

- dispenser des soins de qualité, de nature technique, relationnelle et éducative en collaboration et sous contrôle de l'infirmier(e) lors de la prise en charge du patient en chirurgie de façon générale

I. RÔLES DE L'AUXILIAIRE DE SOINS INFIRMIERS

❖ Rôles dans les soins préopératoires (1/2)

- ✓ Accueil et identification du patient
- ✓ Faire un recueil de données pour établir le dossier de soins
- ✓ Effectuer la toilette générale
- ✓ Prendre les constantes
- ✓ Faire les soins annexes
- ✓ Expliquer au patient et/ou la famille les différentes modalités de l'intervention chirurgicale

❖ Rôles dans les soins peropératoires(2/2)

- ✓ Réfection de lit du patient
- ✓ Vérifier la bonne marche des appareils (aspirateur, oxygène)
- ✓ Apprêter les potences
- ✓ Être à l'écoute du bloc
- ✓ Rassurer la famille
- ✓ Être l'intermédiaire entre le bloc et la famille

❖ Rôles dans les soins peropératoires (2/2)

- ✓ Réfection de lit du patient
- ✓ Vérifier la bonne marche des appareils (aspirateur, oxygène)
- ✓ Apprêter les potences
- ✓ Être à l'écoute du bloc
- ✓ Rassurer la famille
- ✓ Être l'intermédiaire entre le bloc et la famille

❖ Rôles dans les soins postopératoires

- ✓ Installer le patient dans une position confortable
- ✓ Prendre les constantes
- ✓ Assister le patient pour son réveil
- ✓ Aider à faire les soins
- ✓ Veiller à la prise des médicaments
- ✓ Signaler toute anomalie (saignement, lâchage de fils, etc.)
- ✓ Éduquer le patient

✓ OBSERVATION DU PATIENT

Plus l'observation sera fine et pertinente, plus le patient aura une chance d'accéder à des soins adaptés et efficaces.

II. QU'OBSERVE-T-ON ? ET QUAND ?

2.1. COMMENT OBSERVER ?

- A- En regardant
- B- En entendant
- C- En touchant
- D- En sentant

Tableau 1 : Observation du patient

En regardant	En entendant	En touchant	En sentant
Position : assis, debout, couché, étendu, paralysé, couché « en chien de fusil », en position fœtale, recroquevillé État de conscience : coma, éveil, inconscient, agité, prostré Apparence : grand, petit, maigre, obèse Coloration : pâle, cyanosé, coloré, rouge Yeux : calmes, tirés, douloureux, larmoyants, larmes De sa peau : rougeur, pâleur, œdème, plaies, boutons, cicatrices, mauvaise hygiène De sa bouche : appareil dentaire, dents, dents abîmées, lèvres, langue sèche, rouge ou blanche.	- Respiration bruyante, sifflante - Toux - Plaintes, pleurs, gémissements - Rires - Paroles lentes, incompréhensibles	- Chaleur, froid - Présence d'œdème - Transpiration - Crispation, raideur, détente - lit mouillé	- odeur d'urine, selles, vomissements - Pus, transpiration mauvaise - Parfum, désinfectant, alimentaire

2.2. Observation du patient et son environnement

- Aspect général de la personne
- Présence d'appareillage/matériel
- Repérage des signes vitaux

Aspect général de la personne	Présence d'appareillages/matériel	Repérage des signes vitaux
- Posture : rapide, détendue, tonique, dynamique, atone - Apparence physique : Corpulence, malformations physiques, cicatrices - Expression faciale : calme, tendue, stressée, éveillée, endormie, ahurie - Contact visuel : yeux ouverts, fermés, regard fuyant, fixe. - Présence de prothèses : lunettes, appareil auditif, prothèse dentaire - Port de bijoux...	- Respiration/circulation : intubation, trachéotomie, oxygène, aérosol, crachoir, perfusion, seringue électrique, drains - Présence de matériel sous la peau (repérable à la vue et au toucher) : pacemaker, chambre implantable - Alimentation, hydratation : sonde gastrique, poches drips ; sur la table de nuit : verre, carafe d'eau, boissons sur protéinées, nourriture (gâteaux, bonbons...), fiche alimentaire, fiche de régime - Elimination : poche à urine, bocal à diurèse, bassin, pistolet, protections, fiche de rééducation mictionnelle - Locomotion : canne, déambulateur, arceau de lit, plâtre, bandages, attelles, extension continue, matériel d'ostéosynthèse (broches...), lit avec potence - Thermorégulation : vessie de glace, couvertures, veste, châle - Hygiène et protection de la peau : matelas/coussin prévention d'escarres, fiche de changement de positions, pansements, nécessaire de toilette, hygiène dentaire, linge personnel	- Respiration : calme, bruyante, rapide, essoufflée... - Couleur de la peau et son contact : - Pâle, froide, rouge, chaude, transpiration... - Présence ou absence de douleur : - Position antalgique : - Agitation, anxiété, calme, confusion

	- Sécurité : barrières de lit, attaches, barrière d'appui, fenêtre verrouillée, matériel d'isolement - Objets personnels : Téléphone, courrier, fleurs, cadeaux (visites), objets de culte, livres religieux, (croyances et valeurs), photos, livres, revues, jeux, motos croisés, montre, radio...	
--	--	--

2.3. Comportement de la personne

A. Humeur

B. Comportement

Communication

AIDE À L'HABILLAGE – DESHABILLAGE

AIDE A LA MOBILISATION ET A L'INSTALLATION

AIDE A L'ELIMINATION

OBJECTIFS DE L'INSTALLATION ET DE LA MOBILISATION D'UNE PERSONNE

- Assurer son bien-être
- L'installer dans une position qui va lui permettre de satisfaire ses besoins (soins d'hygiène, alimentation, élimination etc.)
- Trouver une position antalgique qui soit la plus confortable
- Eviter les complications liées à un alitement prolongé : prévention des ankyloses, des attitudes vicieuses, des rétractions, rotations, escarres etc.

OBJECTIFS DE L'INSTALLATION ET DE LA MOBILISATION D'UNE PERSONNE

- Favoriser la circulation sanguine, le transit intestinal
- Garder une posture adéquate et des articulations souples et mobiles. ▪ Maintenir ou restaurer son autonomie.
- Favoriser la verticalisation : être debout c'est le propre de l'homme.
- Cela entraîne une action au niveau des articulations qui réduisent l'ostéoporose : 20 minutes/jour fait baisser la grabatisation de 90%.

• **Exemples:**

1. AIDE AU LEVER D'UNE PERSONNE

NB : Le premier lever d'un patient après une intervention est systématiquement fait par le kinésithérapeute et/ou l'infirmière

2. AIDE À LA MARCHE

2.1) Différents positionnements d'une personne

- ☐ **La position physiologique ou position de fonction** qui est naturelle, normale, confortable, habituelle :
La personne indépendante adopte seule cette position
La personne dépendante sera plus ou moins installée par le soignant
- ☐ **La position antalgique ou symptomatique** que la personne adopte pour moins souffrir, mais qui peut entraîner des attitudes vicieuses
- ☐ **La position thérapeutique** qui est prescrite par le médecin selon la pathologie ou l'état de la personne, ou demandée par le personnel soignant au cours des soins.

3. LA POSITION ALLONGEE

- ✓ Le décubitus est la position allongée, elle est contre-indiquée chez les cardiaques et les insuffisants respiratoires
- ✓ Le décubitus dorsal dit en « Semi-Fowler à 30° », tête et pieds du lit relevés de 30°. C'est la position la plus fréquente. Elle favorise le repos, permet une bonne irrigation du cerveau et une répartition de la masse sanguine dans le corps
- ✓ Le décubitus latéral droit ou gauche évite que la personne inhale des sécrétions dans les poumons en cas de vomissements ou d'inconscience (on peut l'appeler aussi PLS) Elle favorise la mise au repos du dos et des fesses
- ✓ Le décubitus ventral est peu apprécié des personnes car souvent inconfortable. Elle permet la mise au repos des tissus et des muscles du dos et des fesses mais est contre-indiquée pour les personnes présentant des difficultés cardio-respiratoires

4. LA POSITION ASSISE OU DEMI-ASSISE

Elle peut se faire au lit ou au fauteuil.

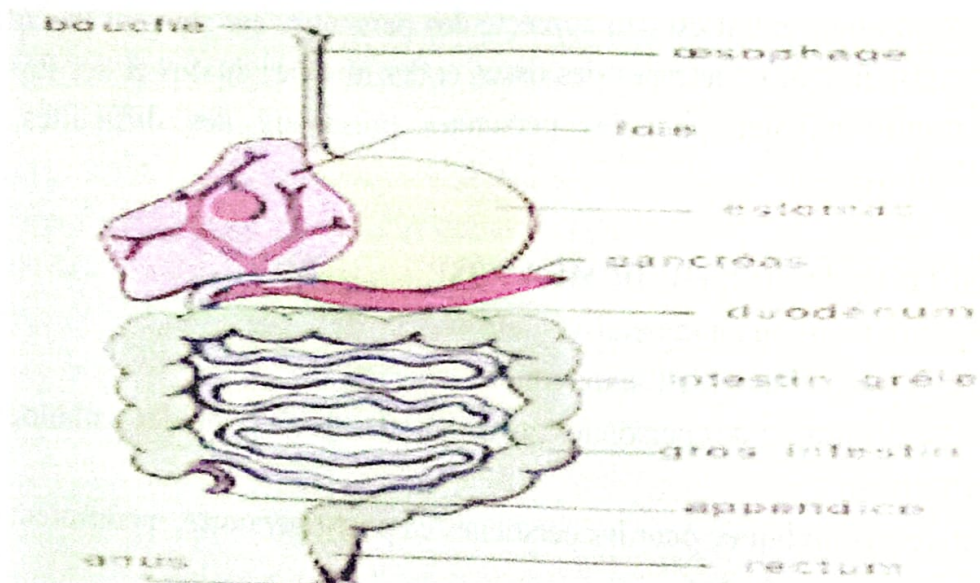
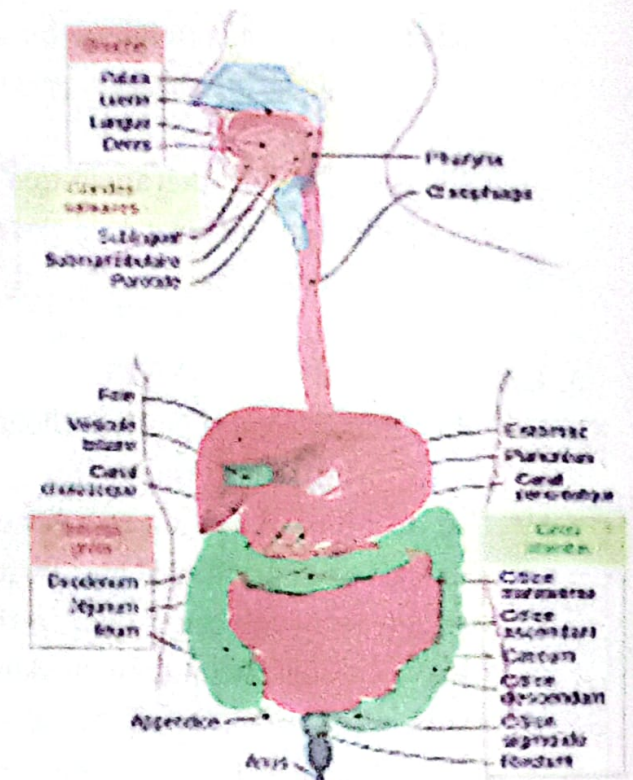
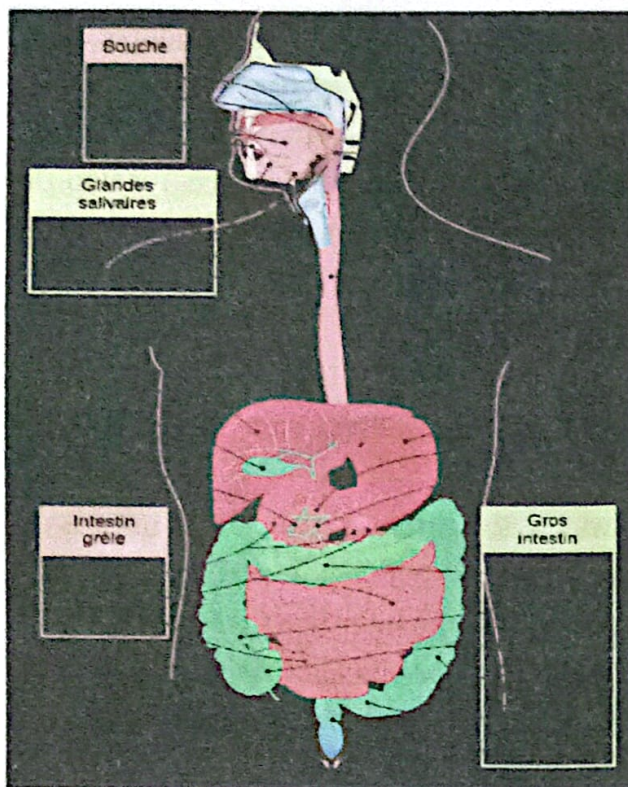
Elle favorise la récupération de l'autonomie.

Elle facilite la respiration des personnes présentant des troubles ou des pathologies cardiorespiratoires.

Mais elle est contre-indiquée pour les personnes en post-opératoire, inconscientes, en état de choc ou opérées du dos

Objectifs de l'aide au repas

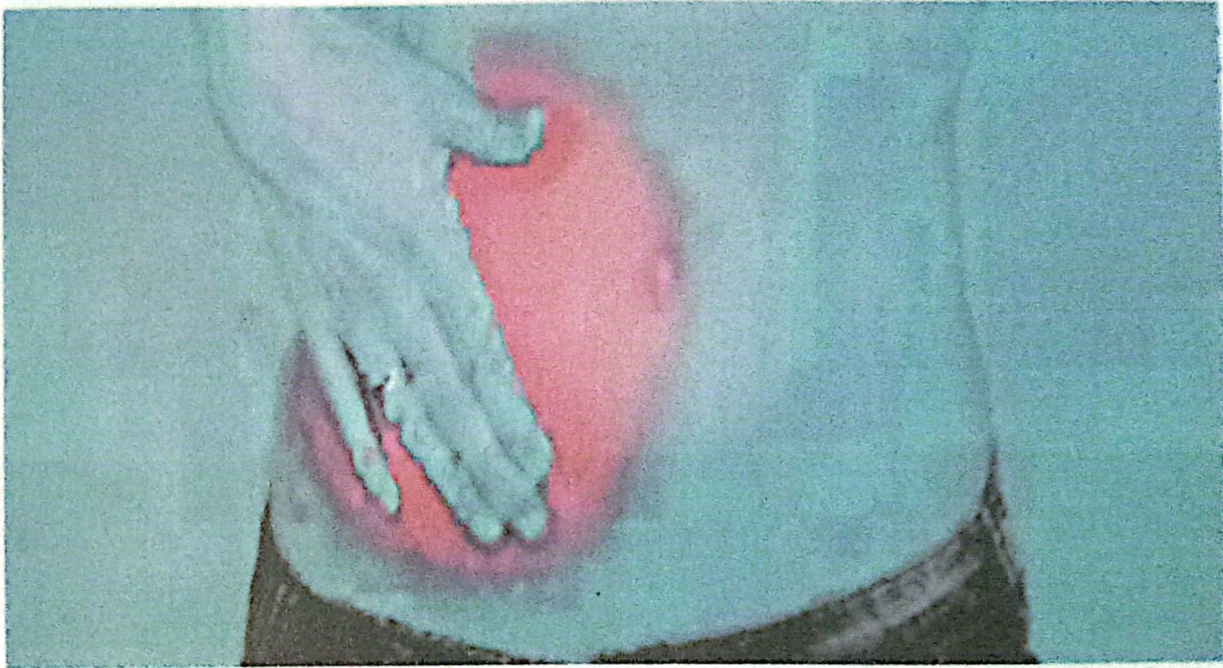
- Assurer l'alimentation nécessaire en qualité et en quantité
- Favoriser un moment de convivialité, de confort et de bien être
- Veiller au respect des différentes prescriptions :
 - Respect du régime alimentaire lié à une pathologie ou un examen médical
 - Textures des aliments adaptées aux troubles de la déglutition
 - Stimuler les capacités de la personne
 - Respecter les choix alimentaires de la personne



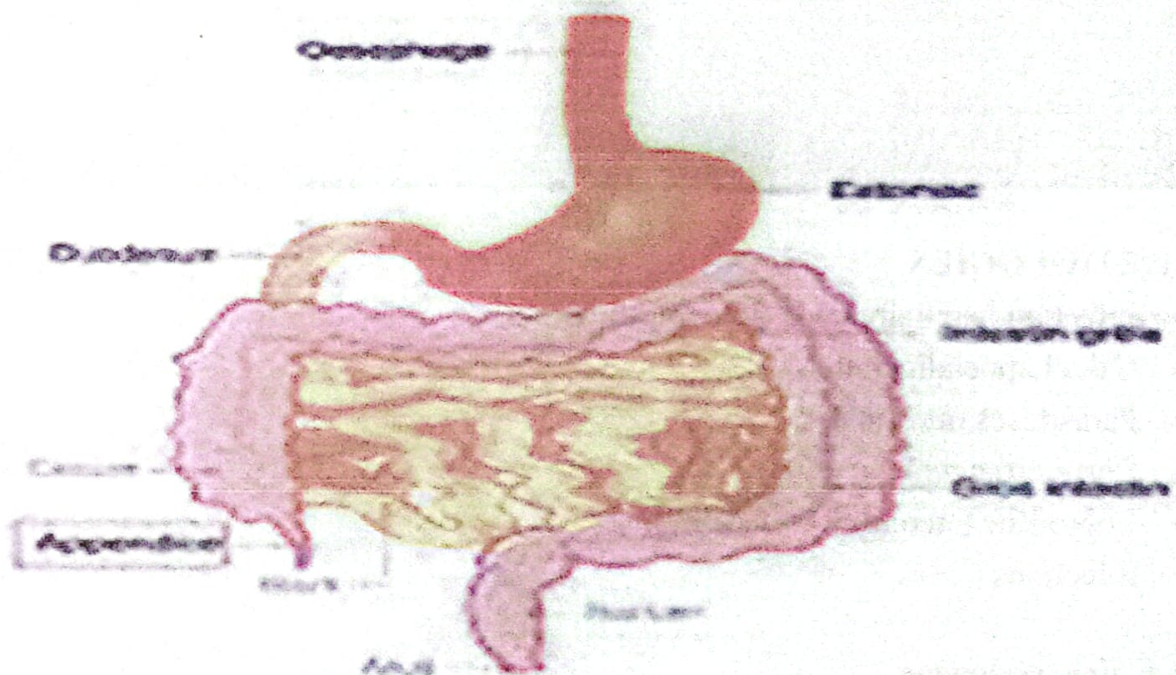
APPENDICITE AIGUË

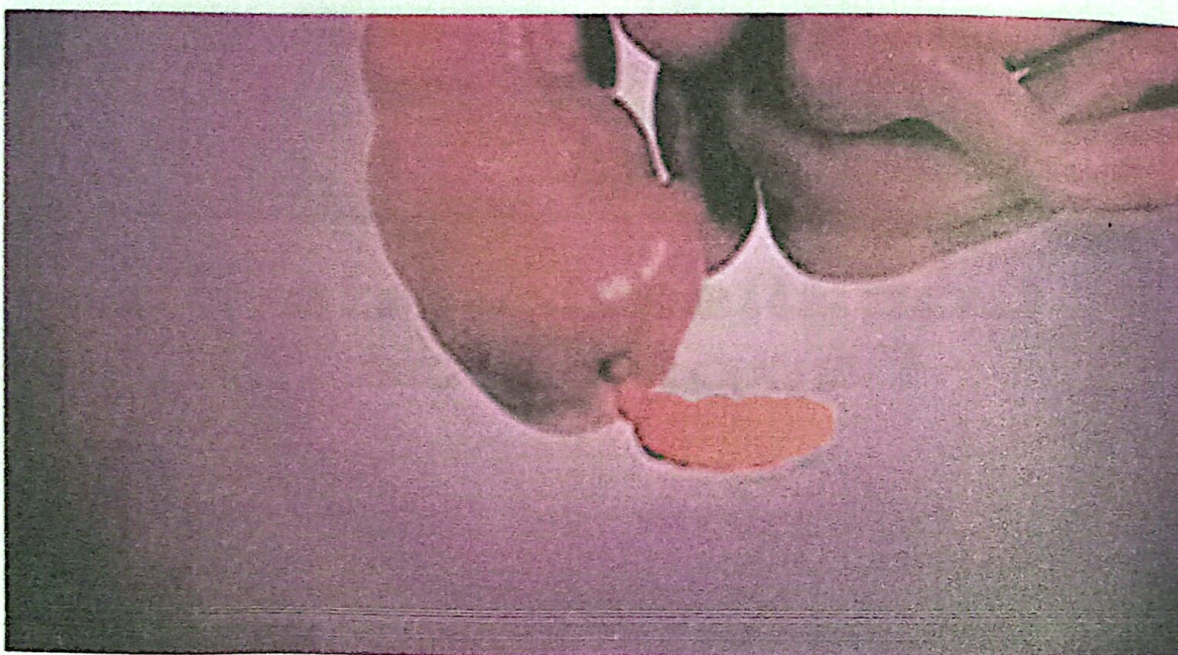
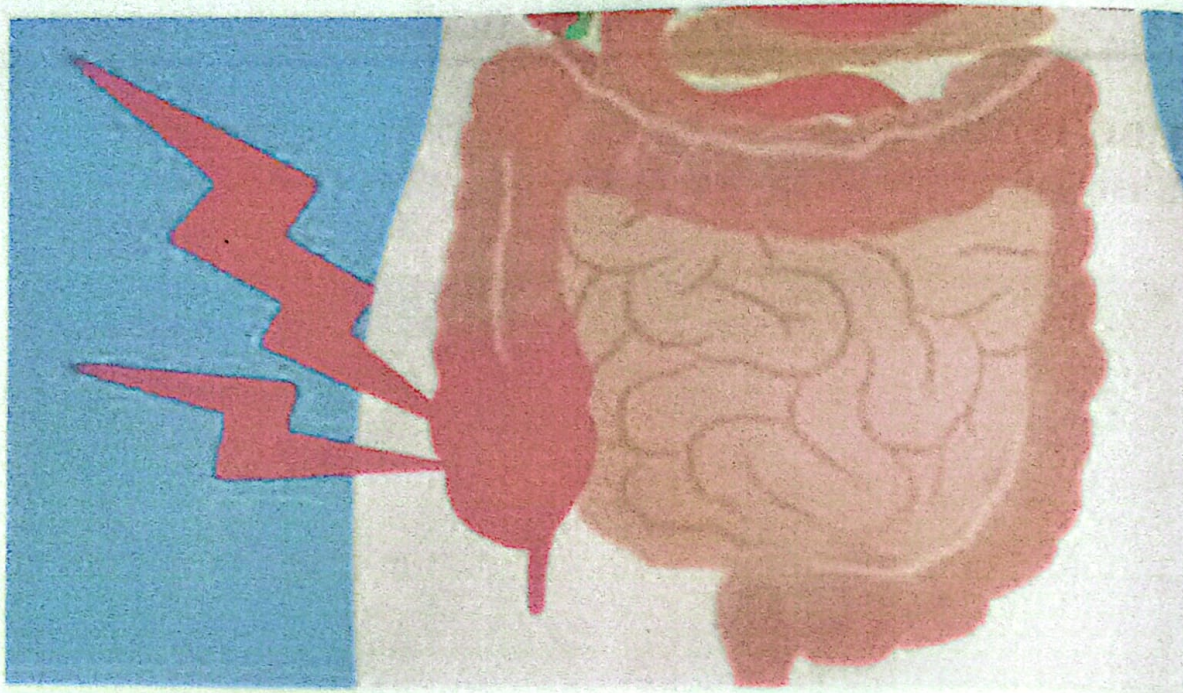
I. DEFINITION

C'est l'inflammation de l'appendice iléo-caecal



Localisation de l'appendice





II. ETIOLOGIES

- Infection bacillaire de la flore intestinale
- Calcul appendiculaire
- Parasitoses intestinales
- Corps étrangers
- Coprolithe (stercolithe – fécalite)
- Infections

2.1. Voie endogène

Fréquentes causes :

- Stercolithe

- Hyperplasie du tissu lymphoïde
- Corps étrangers

2.2. Voie hématogène

Atteinte par voie sanguine

III. SIGNES

1. Forme typique

Appendicite aiguë de l'adulte jeune en position iliaque droite

2. Forme typique - Prodromes

- Appendicite aiguë de l'adulte jeune en position iliaque droite
- Vomissements alimentaires
- Nausées
- Constipation
- Diarrhée rare

3. Signes généraux

- Température 38 - 38°5 C
- Accélération modérée du pouls
- Etat général conservé
- Conjonctives colorées
- Langue saburrale

4. Signes physiques

Inspection

- Diminution d'amplitude des mouvements respiratoires à la fosse iliaque droite.

Palpation

- Douleur provoquée
- Défense ou contracture pariétale

RÔLES DE L'ASI EN SOINS PREOPERATOIRES

- ❖ Accueil et installation du patient
- ❖ Préparation psychologique:
 - Lui expliquer le déroulement de l'opération
 - Avoir son consentement
 - Le rassurer
 - Dissiper les appréhensions, la peur, le stress
 - Faciliter son séjour

RÔLES DE L'ASI EN SOINS PREOPERATOIRES

Préparation physique

- Toilette générale
- Rasage de la zone d'intervention
- Lavage et badigeonnage avec les produits indiqués
- Contrôle des constantes hémodynamiques
- Vérifier la réalisation des examens paracliniques

RÔLES DE L'ASI EN SOINS PEROPERATOIRES

- Réunir le dossier du patient
- Accompagner le patient avec son dossier complet
- Préparation de la chambre pour attendre le retour du patient:
- réfection de lit
- vérification de la bonne marche des appareils (aspirateur, oxygène etc.)
- Apprêter les potences, les bassins ou urinaux

RÔLES DE L'ASI En POSTOPERATOIRE

Surveillance post-opératoire immédiate

Retour de bloc, surveillance horaire les 6 premières heures puis toutes les 02 heures.

- Surveillance conscience
- Risque hémorragique
- Contrôle du Pouls, TA, FR, coloration des téguments, diurèse, plaie
- Surveillance post-opératoire immédiate
- Surveillance de reprise de la diurèse car risque de rétention aigue post-opératoire : surveiller l'absence de douleur au niveau du bas ventre et l'absence de globe urinaire
- Lever précoce à J1 pour limiter le risque thromboembolique ou à J0 si les patients ont du mal à uriner au lit et sont suffisamment réveillés
- Surveillance de la reprise du transit
- Administrer les traitements per-os
- Réfection de lit dès que souillé
- Nursing

PÉRITONITES

PLAN DU COURS

I- DÉFINITION

II- ETIOLOGIES

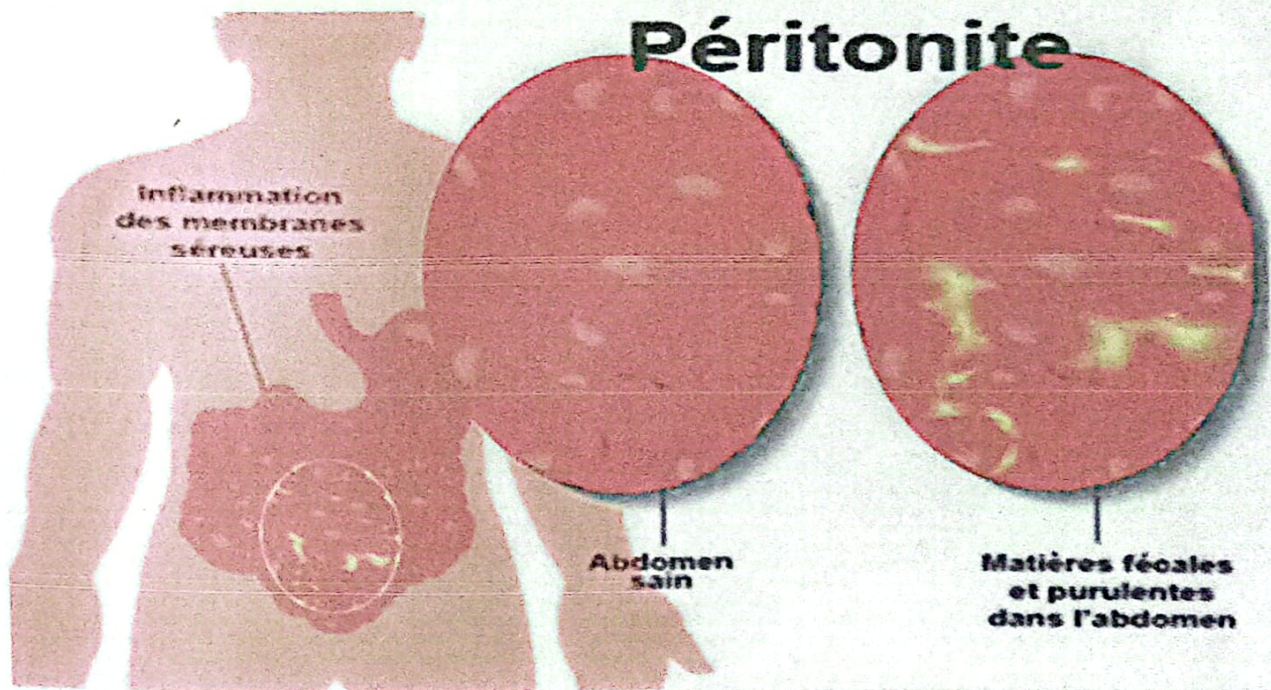
III- DIFFÉRENTS TYPES DE PÉRITONITES

IV- MANIFESTATIONS CLINIQUES

V- RÔLES DE L'ASI

I. DEFINITION

La péritonite est une inflammation de la cavité péritonéale habituellement causée par une infection bactérienne



II. ETIOLOGIES

Les causes les plus courantes de la péritonite sont :

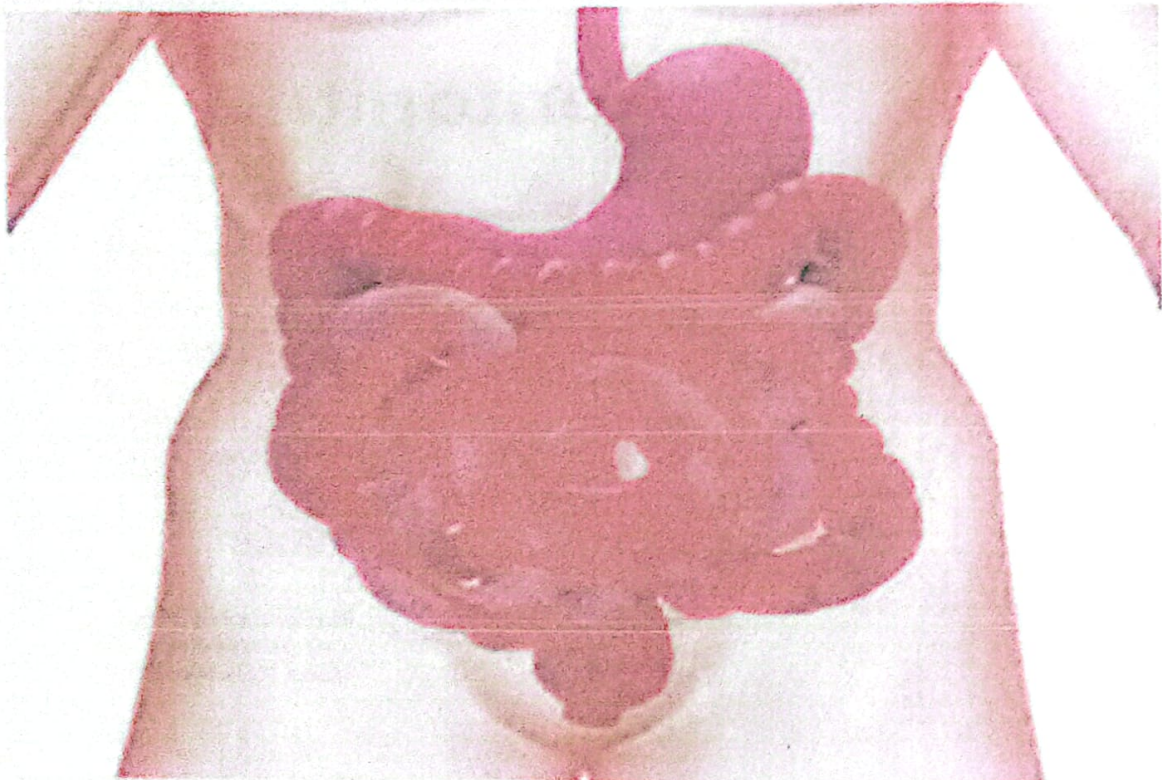
- Les ulcères gastroduodénaux
- L'iléite nécrosante aiguë
- L'appendicite rompue
- La diverticulite du sigmoïde
- La cholécystite aiguë
- La pancréatite aiguë
- La thrombose mésentérique
- La salpingite

III. DIFFERENTS TYPES DE PERITONITES

1. Les péritonites aiguës diffuses la péritonite aiguë diffuse est marquée par deux (02) périodes:

- La période initiale
- La période terminale

Péritonite aiguë diffuse



2. Les péritonites localisées

On peut observer une péritonite localisée dans toutes les régions de l'abdomen.

3. Les péritonites chroniques

Elles sont marquées par la péritonite tuberculeuse plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Elle survient à l'occasion d'une déficience de l'état général.

La grossesse et l'accouchement, l'alcoolisme constituent les causes pré-disposantes.

4. Les périviscérites ou péritonites plastiques localisées

Elles sont secondaires à des infections viscérales. Les causes les plus fréquentes sont les ulcères gastroduodénaux, les cholécystites, l'appendicite et les sigmoïdites.

5. La péritonite encapsulante

Elle est caractérisée par la présence d'une membrane blanche et nacréée englobant tout ou une partie de l'intestin grêle et parfois même des segments du gros intestin.

6. L'échinococcose péritonéale

Elle est caractérisée par des kystes hydatiques du péritoine, presque toujours multiples, secondaires à la rupture d'un kyste abdominal primitif (foie).

IV. RÔLES DE ASI

❖ Surveillance et soins préopératoires

- Prévenir l'hypovolémie à cause des pertes de liquides dues aux vomissements.
- Vérifier l'exécution des examens préopératoires.
- Contrôler les constantes biologiques.
- Vérifier les appareils vitaux cardio-vasculaires (Pouls, Tension Artérielle).
- Peser le client et noter le poids sur la feuille de température.
- Préparer le champ opératoire (rasage de l'abdomen et du pubis).

❖ Surveillance et soins préopératoires

- Désinfecter la peau au moyen de solution antiseptique et recouvrir d'un champ stérile.
- Signaler la présence d'infections cutanées.
- Mettre le malade à jeun la veille de l'intervention.
- Rassurer le client
- Signaler ou ôter les appareils dentaires.
- Rassembler le dossier complet qui doit accompagner le malade en salle d'opération.

❖ Surveillance et soins peropératoires

- Veiller à la propreté de la chambre
- Préparer la salle et le lit pour le retour du malade.
- Préparer le dispositif pour raccorder les drains ou sondes
- Être à l'écoute du bloc

❖ Surveillance et soins post-opératoires

- Réinstaller confortablement le client dès son retour de la salle d'opération.
- Contrôler le réveil physiologique du malade par :
 - ✓ La conscience en le faisant parler ou effectuer un geste simple
 - ✓ Le faciès (coloration, sueurs)
 - ✓ La respiration pour dépister les premiers signes d'un encombrement respiratoire
 - ✓ Le pouls doit être à rythme régulier
 - ✓ La Tension artérielle
 - ✓ Prévenir les escarres

❖ Surveillance post-opératoires

- Noter tous ces chiffres sur la feuille de réanimation.
- Calmer la douleur et l'anxiété du malade.
- Lutter contre l'atonie intestinale par le lever précoce et la reprise d'une activité modérée.
- Assurer une bonne ventilation en luttant contre l'encombrement bronchique (position 1/2 assise, et faire tousser le patient).

❖ Surveillance post-opératoire

- Prévenir la stase veineuse en surélevant les pieds du lit.
- Soins réguliers des drains (pansement absorbant stérile : Pansement Américain).
- Si drainage aspiratif (type Redon), il faut maintenir le vide dans les flacons.
- Assurer les pansements de la plaie opératoire jusqu'à l'ablation des fils et la cicatrisation complète.
- Eduquer le client pour ses rendez-vous et la prise correcte des médicaments.

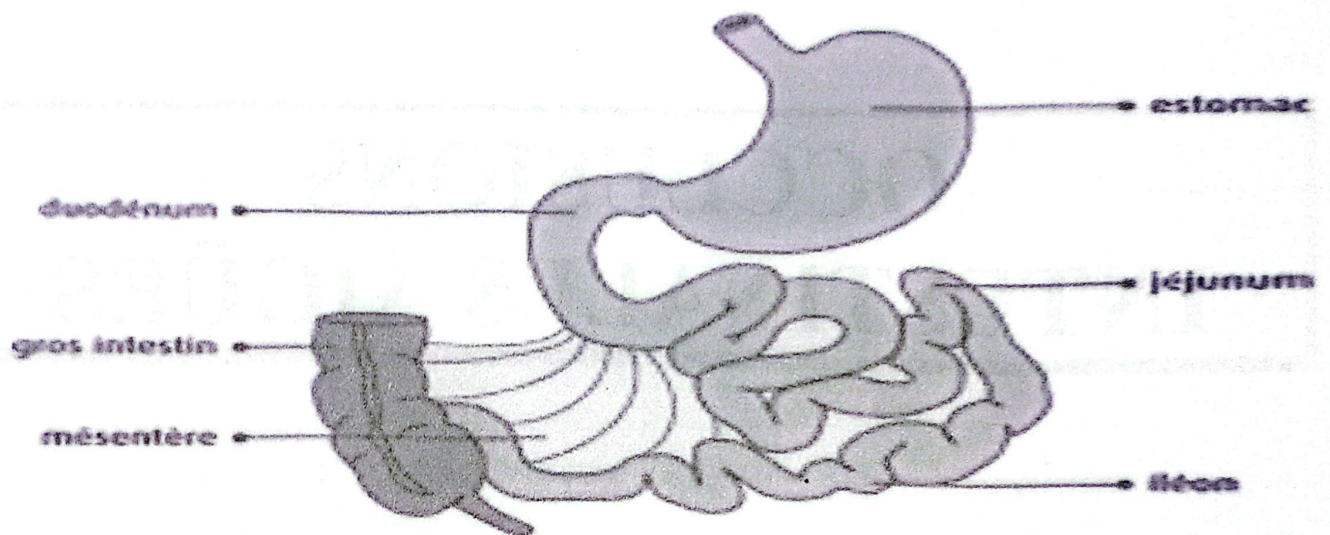
OCCLUSIONS INTESTINALES AIGÜES

I. DÉFINITION

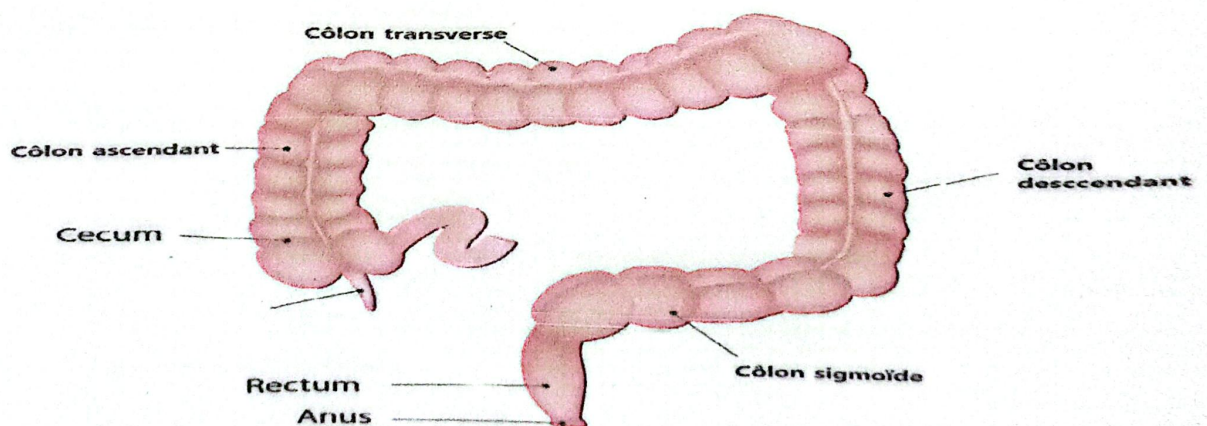
- ❖ L'occlusion intestinale est définie par un arrêt complet et permanent brutal ou progressif du transit des matières et des gaz, dans un segment intestinal situé entre le duodénum et l'anus.
- ❖ Une occlusion intestinale est une obstruction d'un segment de l'intestin - grêle ou côlon - de gravité et d'évolution très diverses.

Elle entraîne le blocage partiel ou complet du transit des matières fécales et des gaz

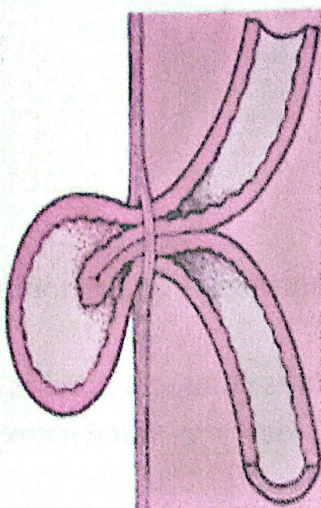
Intestin grêle et organes voisins



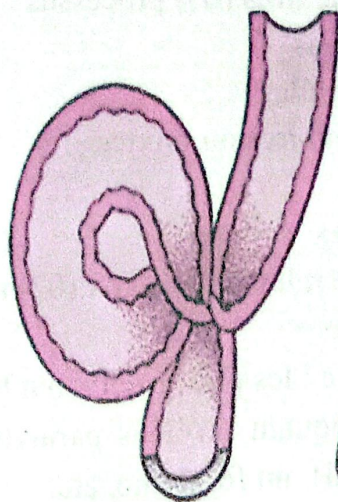
Anatomie du gros intestin



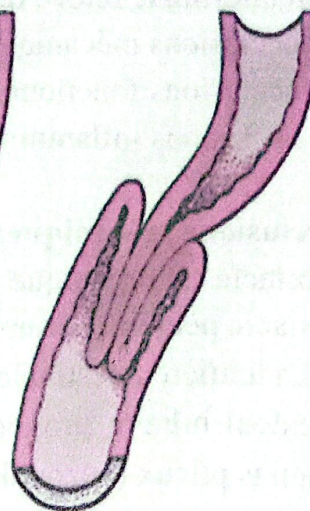
Les causes sont multiples: congénitales ou acquises, fonctionnelles ou organiques



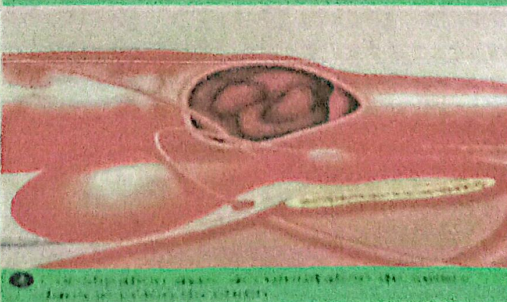
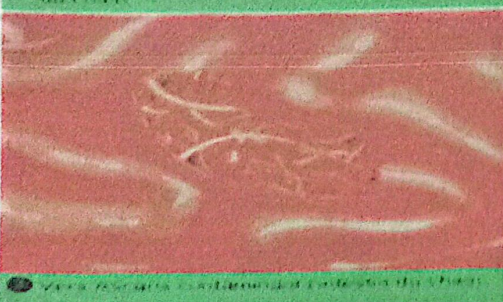
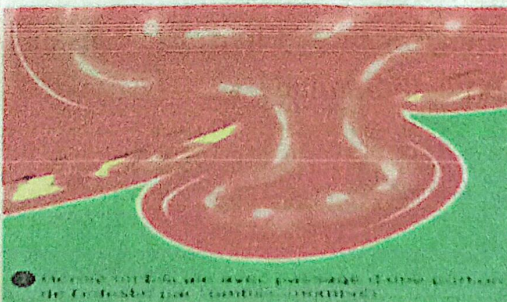
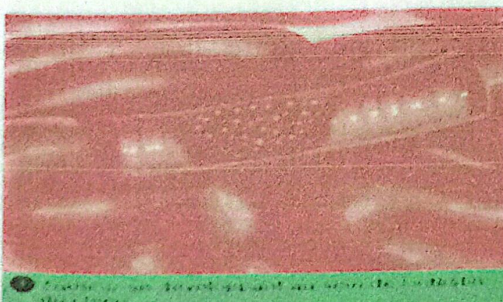
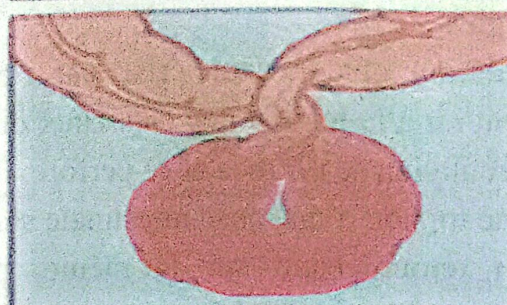
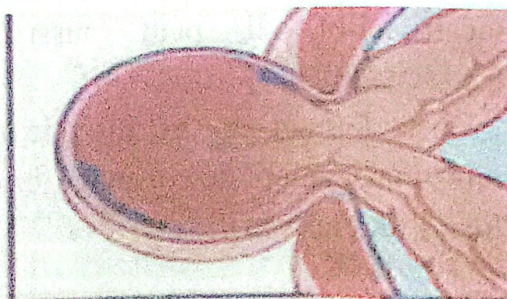
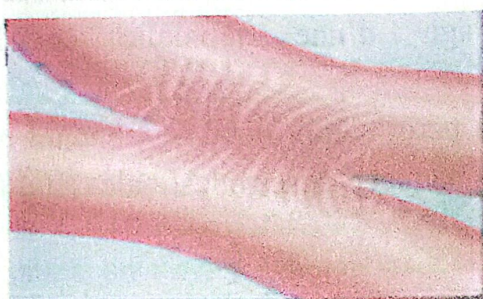
Hernie étranglée



Volvulus



Invagination



II. ÉTIOLOGIES

L'occlusion intestinale relève de trois (03) processus :

- Les occlusions mécaniques
- Les occlusions fonctionnelles
- Les occlusions inflammatoires ou mixtes

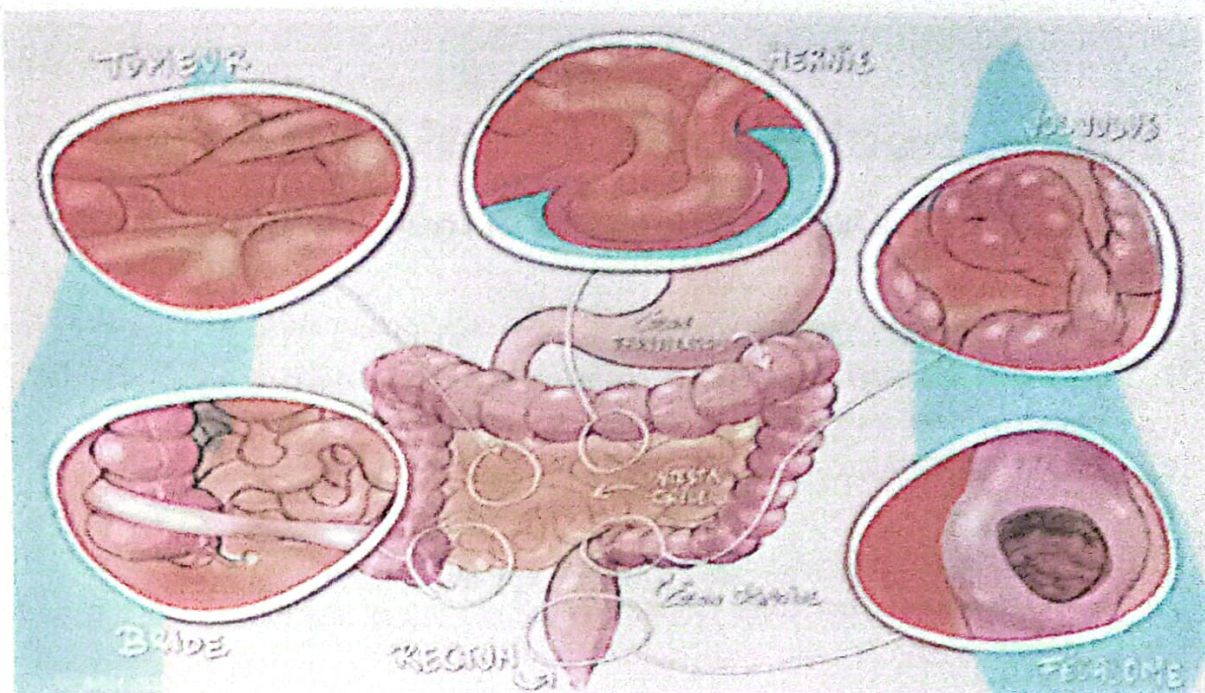
2.1. Les occlusions mécaniques

- L'obstacle est organique relevant de deux (02) mécanismes: l'obturation où l'obstacle peut intéresser
 - La lumière intestinale : les plus usuels sont les corps étrangers réalisés par un calcul biliaire provoquant un iléus paralytique, des vers intestinaux, dans amas pileux (bézoard), un fécalome, etc.
 - La paroi intestinale : celle-ci peut être le siège d'une tumeur maligne ou bénigne devenue sténosante (cancéreuse, tuberculeuse, inflammatoire, cicatricielle). Il peut aussi s'agir d'une anomalie congénitale (rétrécissement).
 - L'obstacle peut être extrinsèque à la paroi comprimant ou coudant le tube intestinal (tumeur de voisinage, bride, paquet d'anses intestinales agglutinées lors d'un plastron).

2.2. Etiologies

La strangulation qui se caractérise par l'existence de lésions vasculaires liées à l'écrasement ou à la torsion des vaisseaux du mésentère ou du méso-côlon. L'intestin privé de circulation se nécrose et se perforé. Il peut s'agir :

- d'une torsion d'une anse intestinale sur elle-même ou volvulus.
- d'un retournement sur lui-même, par télescopage, du tube intestinal ou invagination intestinale ;
- de l'incarcération d'une anse dans un orifice ou une logette située à l'intérieur de la cavité abdominale



Etiologie:

A/Occlusions mécaniques:

sont provoqué par un obstacle anatomique ou organique au niveau de l'intestin.

2.1.1. par obstruction

a. **Obstruction:** de la lumière intestinale par migration ou blocage en un point qui conque de corps étrangers de provenance diverse: calculs biliaire, débris végétaux, parasites

b. **Retrécissement:** de la lumière par épaissement ou rétraction scléreuse

c. **Compression:** de la lumière par une lésion extrinsèque

2.3. Les occlusions fonctionnelles

Le dérèglement du système nerveux intestinal se manifeste tantôt par une paralysie (avec dilatation progressive et inactive des anses) ; tantôt par des spasmes : contracture localisée souvent élective du côlon ou du grêle.

B/ Les occlusions fonctionnelles

Sont liées à un dérèglement de la motricité intestinale

1. Occlusion spasmodique

segment intestinal dur, contracturé, de calibre réduit. le raccordant avec l'intestin distendu d'amont se fait brutalement.

2. Occlusion paralytique: une ou plusieurs anses apparaissent en état d'atonie.

2.4. Les occlusions inflammatoires (ou mixtes)

Mécanismes fonctionnels et mécaniques se conjuguent le plus souvent dans ces cas pour réaliser le syndrome occlusif.

2.5. Signes cliniques

Signes fonctionnels

- Les douleurs abdominales
- Les vomissements
- L'arrêt des matières et des gaz : c'est le signe majeur

Signe physique : C'est le météorisme abdominal

A l'inspection, le météorisme, augmentation du volume de l'abdomen, si non immédiat se voit dès le premier jour.

III. RÔLES DE ASI

Surveillance et soins préopératoires

- Prévenir l'hypovolémie à cause des pertes de liquides dues aux vomissements.
- Vérifier l'exécution des examens préopératoires.
- Contrôler les constantes biologiques.
- Vérifier les appareils vitaux cardio-vasculaires (Pouls, Tension Artérielle).
- Peser le client et noter le poids sur la feuille de température.
- Préparer le champ opératoire (rasage de l'abdomen et du pubis).

Surveillance et soins préopératoires

- Désinfecter la peau au moyen de solution antiseptique et recouvrir d'un champ stérile.

- Signaler la présence d'infections cutanées.
- Mettre le malade à jeun la veille de l'intervention.
- Rassurer le client
- Signaler ou ôter les appareils dentaires.
- Rassembler le dossier complet qui doit accompagner le malade en salle d'opération.

Surveillance et soins peropératoires

- Veiller à la propreté de la chambre
- Préparer la salle et le lit pour le retour du malade.
- Préparer le dispositif pour raccorder les drains ou sondes
- Être à l'écoute du bloc

RÔLES DE L'ASI EN SOINS POSTOPERATOIRES

Elle est basée sur:

- L'hygiène corporelle
- L'état général
- Le faciès
- La courbe thermique
- Le transit
- La prise des constantes
- La souplesse de l'abdomen

Rôles de l'ASI dans les soins postopératoires

- ✓ Installer le patient dans une position confortable
- ✓ Vérifier les constantes
- ✓ Assister le patient pour son réveil
- ✓ Aider à faire les soins
- ✓ Veiller à la prise des médicaments
- ✓ Signaler toute anomalie (saignement, lâchage de fils, etc.)
- ✓ Éduquer le patient

HERNIES

I. DEFINITION

C'est l'extériorisation spontanée, temporaire ou permanente d'un viscère à travers un point de faiblesse de l'abdomen

Elle peut être congénitale ou acquise

Elle est plus fréquente chez l'homme que la femme

Elle peut s'étrangler

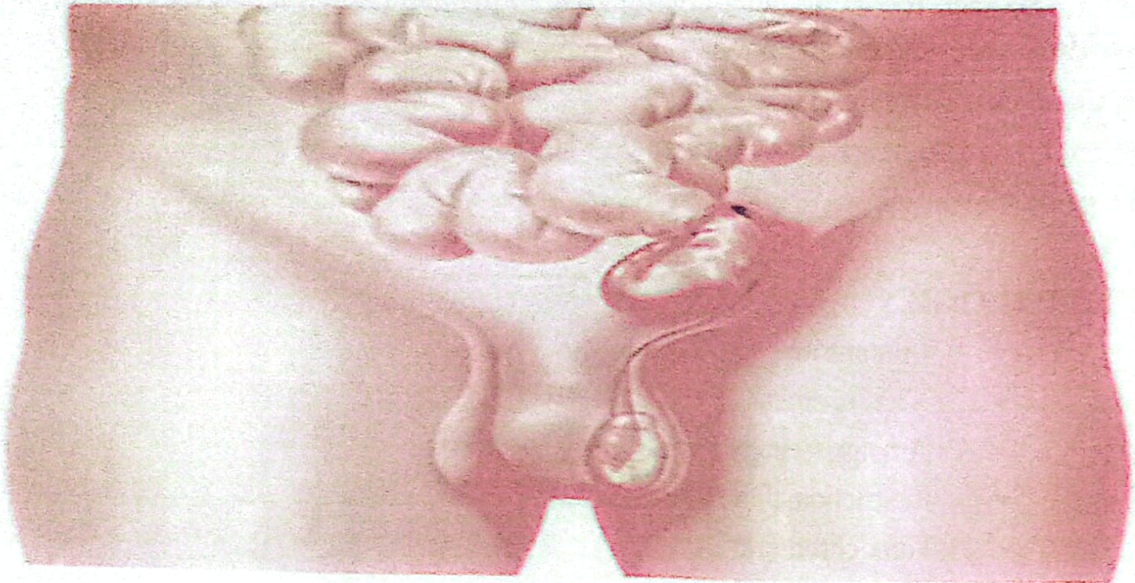
II. ÉTIOLOGIES

- ✓ Immaturité
- ✓ Vieillesse
- ✓ Amaigrissement rapide
- ✓ Restriction alimentaire
- ✓ Toux chronique
- ✓ Maladies aiguës ou chroniques
- ✓ Métiers de force
- ✓ Grossesse
- ✓ Constipation chronique
- ✓ Ascite etc.,

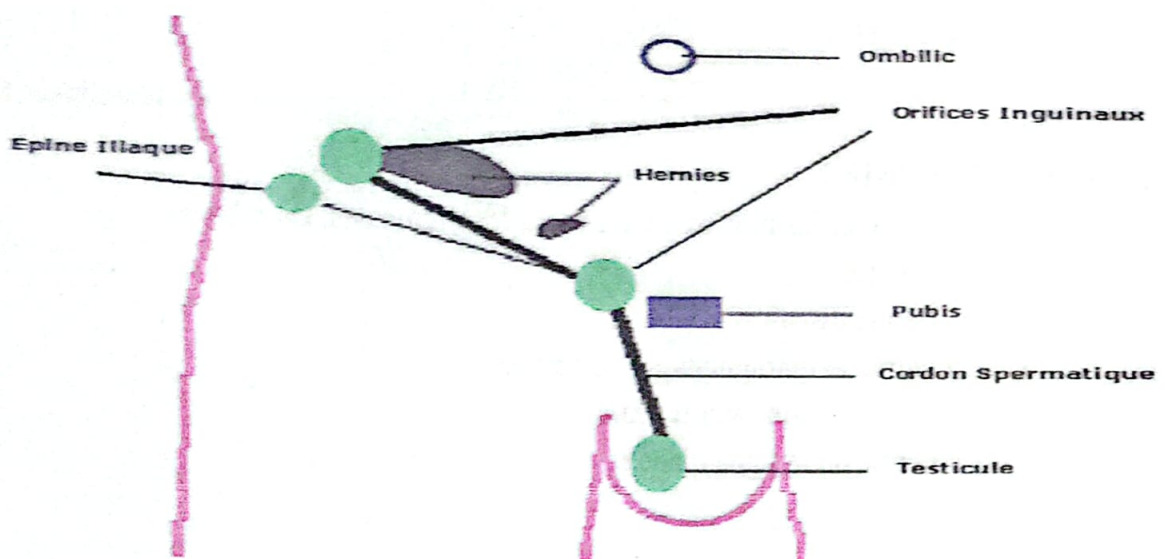
III. TYPES D'HERNIES

- Les hernies les plus fréquentes sont les inguinales, crurales et ombilicales
- La hernie discale
- La hernie diaphragmatique ou hiatale
- La hernie inguino-péritonéale
- La hernie de la ligne blanche
- etc.,

Hernie inguinale



Les hernies ombilico-inguino-scrotales



IV. CARACTERES COMMUNS A TOUTES LES HERNIES

Toute hernie de la paroi abdominale est constituée par trois (03) éléments:

1. **le trajet pariétal ou orifice herniaire ou collet herniaire**

C'est le chemin qu'emprunte le viscère

2. **L'enveloppe**

C'est le sac

3. **le contenu**

Il s'agit le plus souvent de l'intestin grêle, du côlon et l'épiploon

V. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Habituellement la hernie est indolore

On note parfois:

- Une gêne ou un tiraillement à la marche, lors de la station debout prolongée ou à l'effort
- rarement douleur

VI. DIAGNOSTIC

On distingue la hernie non compliquée et la hernie compliquée

6.1. La hernie non compliquée

- tuméfaction indolore ou rarement douleur au niv. du collet
- Parfois gêne ou tiraillement à la marche, lors de la station debout prolongée ou à l'effort
- Réductible par pression lente et progressive
- Impulsion à la toux

6.2. La hernie compliquée

C'est l'étranglement qui se manifeste par une constriction brutale serrée et permanente qui peut conduire rapidement à la mort

On note:

- ✓ douleurs vives et intenses
- ✓ nausées et vomissements plus ou moins précoces
- ✓ les vomissements sont d'abord alimentaires puis bilieux et fécaloïdes à un stade tardif
- ✓ arrêt des matières et des gaz
- ✓ la tuméfaction est luisante et devient dure, tendue, douloureuse, non impulsive et non expansive à la toux

VII. RÔLES DE L'ASI

1. Soins préopératoires

- ❖ Préparation psychologique
 - Accueil et installation du patient
 - Expliquer le soin au patient
 - Le rassurer
 - Prise des constantes

❖ Préparation physique

À l'hôpital:

- Vérifier la réalisation des examens
- Rasage large de la zone d'intervention
- Aseptiser et recouvrir la zone d'intervention
- Le mettre à jeun au moins 12 heures avant l'heure d'intervention

2. Soins préopératoires

- Rassurer la famille
- Être à l'écoute du bloc
- Réfection du lit
- Apprêter les appareils, la potence

3. Soins postopératoires

- accueil et installation du patient ramené du bloc
- prise des constantes
- surveiller le réveil
- vérifier la plaie opératoire pour déceler un lâchage des sutures ou un saignement
- lever précoce du patient dès le 1^{er} jour de l'intervention ou le lendemain
- défendre la prise d'aliments avant le retour des gaz éduquer le patient en fonction des étiologies

LES BRÛLURES

PLAN DU COURS

I. DEFINITION

II. ETIOLOGIE

- 1.1. Les brûlures par contact
- 1.2. Les brûlures par rayonnement

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1.3. Classification des brûlures selon la profondeur
- 1.4. Classification selon l'étendue de la brûlure
- 3.3 Les brûlures graves

I. DÉFINITION

- ☐ La brûlure est une lésion cutanée provoquée par un agent causal (thermique, électrique, physique ou chimique) ou
- ☐ La brûlure est une destruction du revêtement cutané et des structures sous-jacentes

II. ETIOLOGIES

2.1. Les brûlures par contact

Elles sont provoquées par le contact des tissus avec la source de chaleur.

Les agents vulnérants sont : les corps solides portés à haute température, les liquides chauds, les corps gazeux et l'atteinte directe par les flammes.

2.2. Les brûlures par rayonnement

Ce sont des brûlures provoquées par des rayons X et les radiations atomiques.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

3.1. Classification des brûlures selon la profondeur

On en décrit six (06) degrés selon Dypuytren.

Parmi les six degrés définis par Dypuytren, le 4^e (brûlures des aponévroses), le 5^e (atteinte des muscles) et le 6^{ème} (lésion des os) peuvent être regroupés sous le même terme de carbonisation.

On ne peut en aucun cas espérer de cicatrisations spontanées et il faut s'attendre à une mutilation plus ou moins importante

Brûlures du premier degré

C'est une lésion superficielle atteignant ou dépassant à peine la couche cornéenne de l'épiderme

- Pas de désépidermisation

Il guérit seul et très vite avec une légère desquamation et en laissant une teinte bronzée éphémère.

Brûlures du second degré

- ☐ Brûlures du 2^{ème} degré superficiel ou 2^{ème} degré vrai

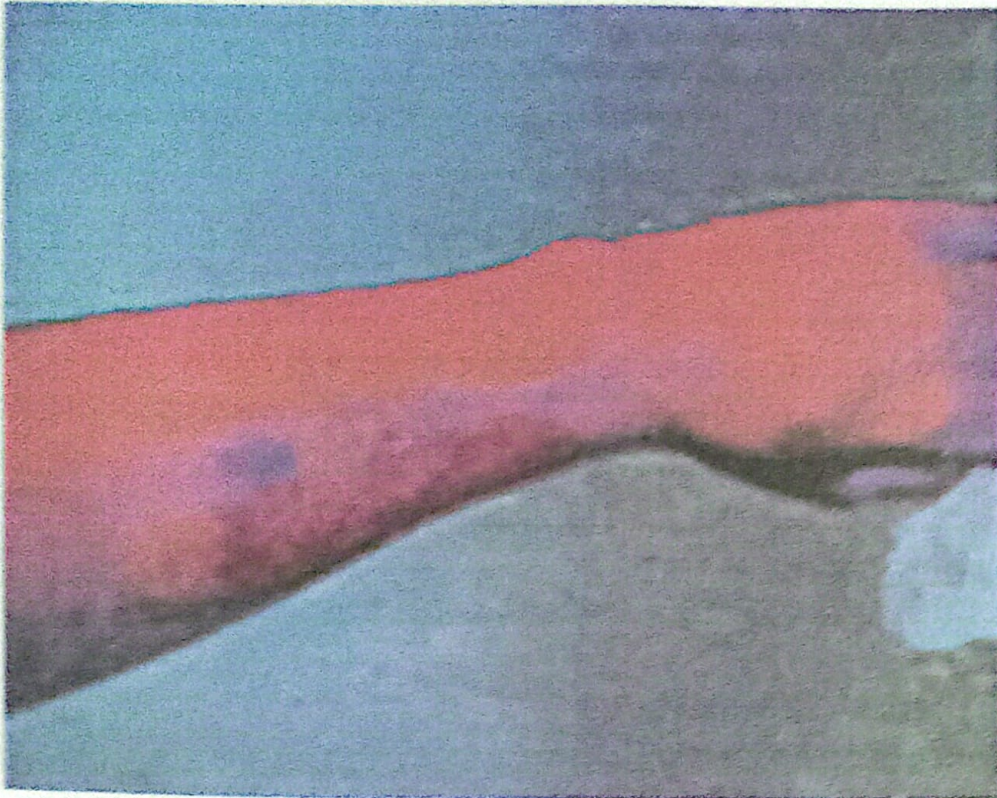
Elle guérit spontanément quel que soit le traitement (parfois même en dépit de lui) en une dizaine de jours

Elle est caractérisée par :

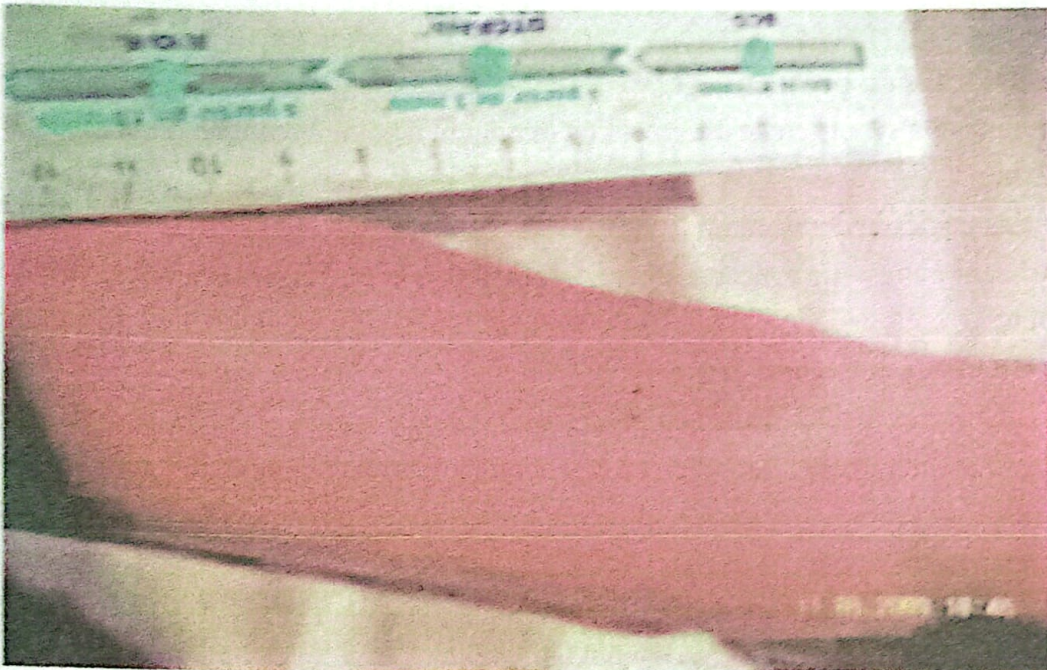
- La destruction de l'épiderme
- N'atteint pas la couche basale de Malpighi
- Apparition de phlyctènes

La cicatrisation est de bonne qualité, souple indolente il existe parfois des troubles de la pigmentation

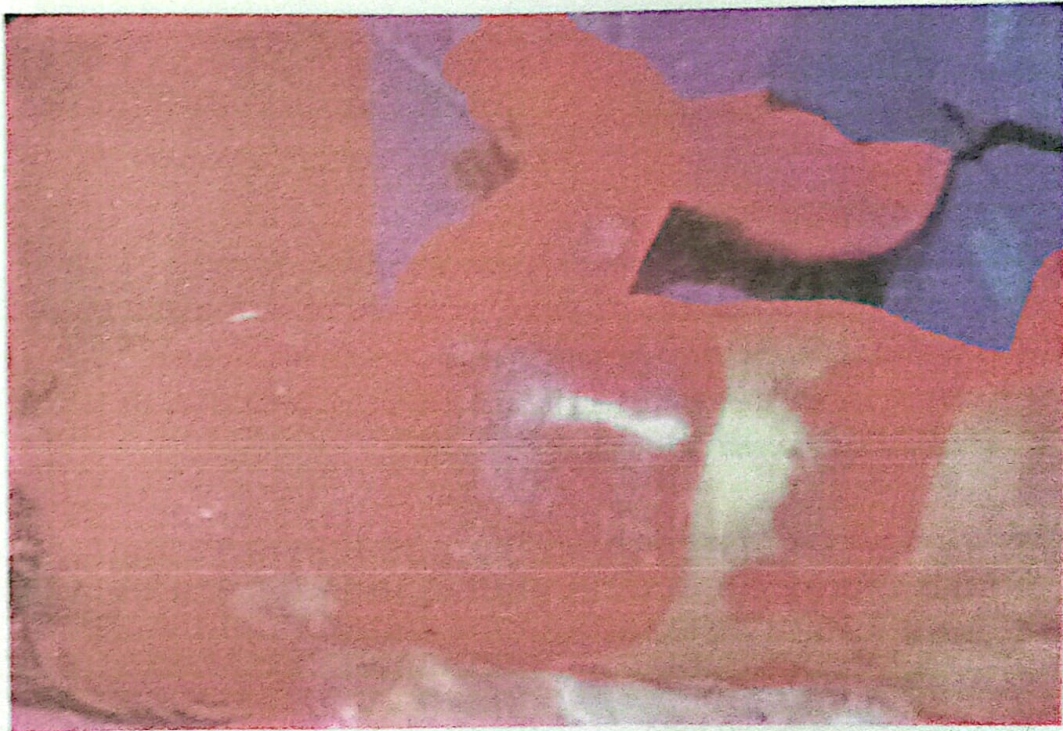
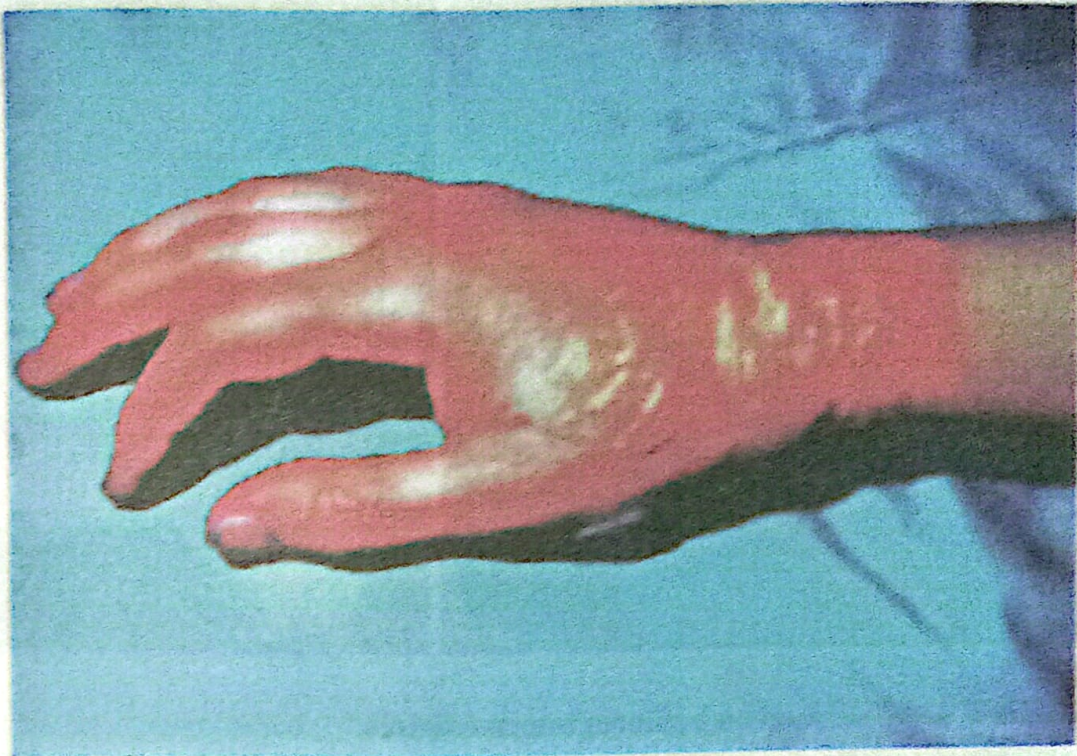
BRÛLURE DE 1^{er} DEGRE



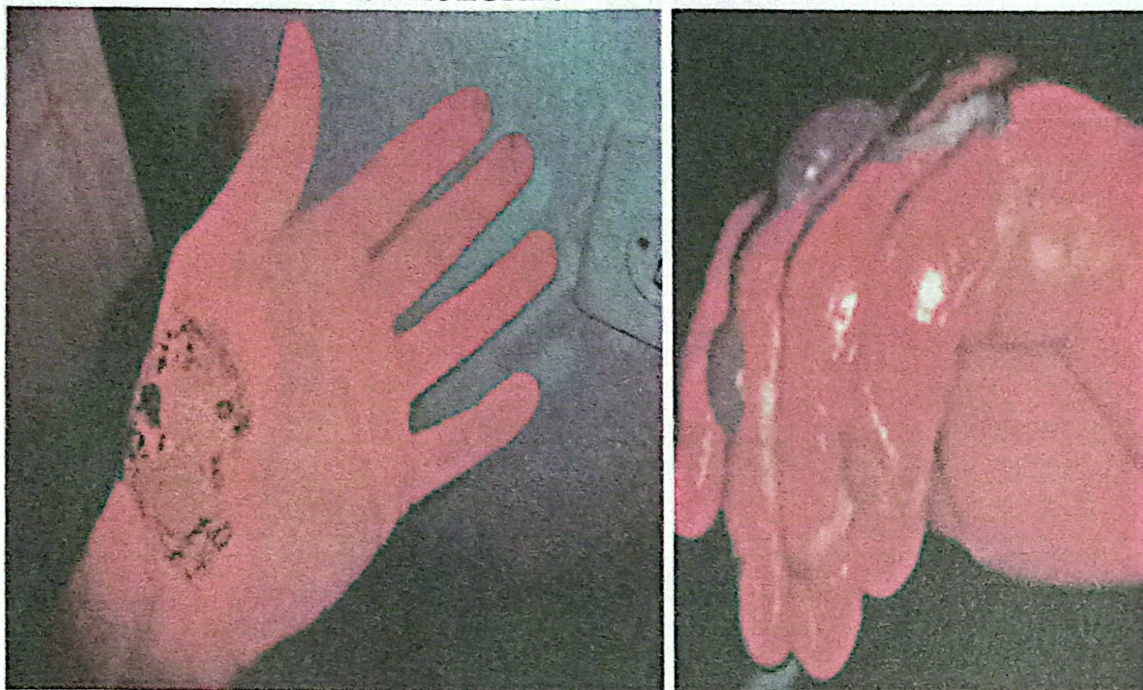
LES BRÛLURES DE 2^{ème} DEGRÉ SUPERFICIEL



LES BRULURES DE 2^{ème} DEGRE PROFOND



LES BRULURES DE 3ème DEGRE



Deuxième degré profond ou brûlures intermédiaires

- Membrane basale partiellement détruite
- Douleur +++
- Rougeur (suintante)
- Cicatrisation en 3 – 4 semaines

Brûlures du troisième degré

- l'atteinte de toutes les couches de la peau (épiderme, derme, hypoderme) détruisant toute la couverture cutanée, membrane basale détruite complète)
- la formation des escarres noirâtres avec une insensibilité locale
- Cicatrisation est impossible sauf théoriquement par contraction de la plaie et épithélialisation centripète à partir des bords

Brûlures très étendues et profondes ($\geq 75\%$)

- ❖ Les brûlures graves

Les facteurs de gravité d'une brûlure sont :

- ✓ la surface corporelle brûlée
- ✓ la localisation des brûlures
- ✓ la profondeur

La surface corporelle brûlée (SCB)

Grave :

- si SCB > 10% chez l'enfant
- si SCB > 15% chez l'adulte

La profondeur

La gravité d'une brûlure vient du fait de l'atteinte des organes profonds

La localisation des brûlures

Grave au niveau:

- La figure
- Les voies respiratoires
- Les articulations
- Les extrémités (mains, pieds)
- Les orifices naturels
- Le périnée

- **Le terrain**

Les brûlures sont graves chez:

- ✓ L'enfant
- ✓ Le vieillard
- ✓ L'alcoolique
- ✓ L'insuffisant rénal
- ✓ Le malade cardiaque
- ✓ Le malade hépatique

III- CRITÈRES DE GRAVITE

- **CIRCONSTANCES DE SURVENUE**
- **LOCALISATION**
- **LÉSIONS ASSOCIÉES**
- **LE TERRAIN**

RÔLES DE L'ASI

- ❖ A l'arrivée du brûlé
 - Veiller à la propreté des lieux (salle, literie, etc.)
 - Le patient doit être entièrement dévêtu et manipulé par des personnes en tenue avec des gants propres voire stériles

PREMIERS SECOURS

- ✓ Enlever les vêtements imbibés de liquides brûlants ou d'agents chimiques acides ou caustiques
- ✓ Refroidissement par eau à 15°C pendant 15 minutes environ
- ✓ Couvrir la victime par des champs stériles ou à défaut par des draps propres
- ✓ Mettre la victime dans une couverture d'isolation thermique

GÉNÉRALITÉS SUR LES FRACTURES

PLAN DU COURS

- I. DEFINITION**
- II. ETIOLOGIE (MECANISME)**
- III. SIGNES CLINIQUES**
- IV. DIFFERENTS TYPES DE FRACTURES**
- V. DIFFERENTES SORTES DE FRACTURES**
- VI. TRAITEMENT COMMUN A TOUTES LES FRACTURES**
- VII. EVOLUTION GENERALE D'UNE FRACTURE**

I. DEFINITION

On appelle fracture, la rupture de la continuité d'un os

Certaines fractures surviennent à la suite d'un traumatisme minime : on parle de fractures pathologiques

II. ETIOLOGIE (MECANISME)

Il s'agit :

- **D'un choc direct** : l'os se rompt au niveau d'un point d'impact
- **D'un choc indirect** par compression, traction-torsion. L'os cède alors en un point faible

III. SIGNES CLINIQUES

- Douleur vive
- Impotence fonctionnelle absolue ou partiel
- Déformation du membre atteint
- Mobilité anormale du segment du membre
- Crépitation osseuse

IV. DIFFERENTS TYPES DE FRACTURE

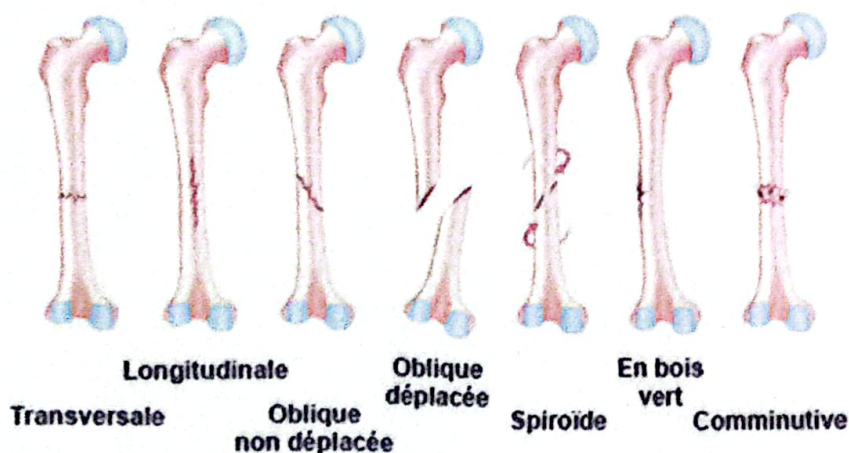
4.1. Fractures complète

- Rupture totale de l'os
- ☐ Si existence de trait double ➡ Fracture à étage
- ☐ Si l'os est fracturé en plusieurs endroits ➡ fracture comminutive

4.2. Fracture incomplète ou partielle

Les fractures incomplètes avec flexion se rencontrent le plus souvent chez l'enfant (elle est dite "fracture en bois vert")

Types de fractures



V. DIFFERENTES SORTES DE FRACTURES

1. Fracture fermée

On parle de fracture fermée lorsque le foyer de fracture ne communique pas avec l'extérieur par une plaie. La peau dans ce cas est intacte

2. Fracture ouverte

C'est une fracture dont le foyer de fracture communique avec l'extérieur par une plaie même minime des parties molles.

Les risques majeurs à redouter en cas de fracture ouverte sont l'infection, le retard à la consolidation

VI. TRAITEMENT COMMUN A TOUTES LES FRACTURES

Il vise deux buts :

- Le rétablissement anatomique de l'os
- Le rétablissement de la fonction en tenant compte des muscles, des articulations, des vaisseaux et des nerfs.

Il existe deux méthodes de traitement:

- Le traitement orthopédique
- Le traitement sanglant ou ostéosynthèse

6.2. Le traitement sanglant ou ostéosynthèse

C'est l'ouverture chirurgicale du foyer de la fracture, suivie d'une réduction des fragments et du maintien de ceux-ci par une prothèse métallique (fil métallique – clous – vis – plaque).

Il est nécessaire d'avoir une alimentation correcte, suffisamment abondante, variée et riche en protide.

MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FRACTURES

En trois (03) TEMPS:

- 1) **REDUCTION:** qui consiste à remettre les fragments osseux dans leur rapport anatomique soit par manipulation manuelle externe ou par traction mécanique
- 2) **CONTENTION/ IMMOBILISATION:** elle se fait à l'aide d'un appareil plâtré et consiste à maintenir les fragments osseux dans leurs rapports normaux jusqu'à la formation d'un cal osseux solide.
- 3) **RÉÉDUCATION:** commence dès la consolidation de la fracture

VII. EVOLUTION GENERALE D'UNE FRACTURE

❖ Membre supérieur

- Clavicule : 4 semaines
- Humérus (diaphyse) : 6 à 8 semaines
- 2 os de l'avant-bras : 8 à 12 semaines.

❖ Membre inférieur

- Fémur (diaphyse) : 3 à 4 mois
- 2 os de la jambe (fermée) : 3 à 4 mois

RÔLES DE L'ASI DANS LA SURVEILLANCE D'UN PLÂTRE

Éléments de surveillance

Recherche de:

- ✓ Inspecter l'aspect du plâtre: couleur, craquelé, quelques endroits mous
- ✓ Douleur sous-plâtre
- ✓ Mauvaise odeur du plâtre
- ✓ Œdème
- ✓ Cyanose
- ✓ Impotence fonctionnelle des doigts qui restent semi-fléchis
- ✓ Insensibilité des extrémités

CCC À FAIRE AU PATIENT PORTEUR DE PLÂTRE

- Ne mouillez pas le plâtre
- Protégez-le avec un sac plastique hermétiquement fermé si vous devez prendre une douche
- Maintenez-le surélevé, loin du jet d'eau
- N'introduisez aucun objet sous le plâtre même en cas de démangeaisons (risque de blessure)
- Ne rien inscrire sur le plâtre