

COURS DE SOINS EN CHIRURGIE

Pour aides-soignants de sante publique

Semestre : 3^{ème} Semestre

volume horaire : 22H30

Coefficient : 01

Nombre d'évaluation : 01

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES : Les élèves aides-soignants(es) seront capables au terme de cet enseignement de dispenser en collaboration et sous contrôle de l'infirmier des soins de qualité, de nature technique, relationnelle et éducative, lors de la préparation préopératoire, la période per opératoire et postopératoire, à tout patient hospitalisé pour une intervention chirurgicale.

Sommaire

CHAPITRE I	PETITE CHIRURGIE	3
LES ABCES		4
Furoncle		6
PANARIS		8
CHAPITRE II	RÔLE DE L'AIDE SOIGNANT EN CHIRURGIE	9
Période préopératoire :		10
Pendant que le patient est au bloc opératoire (per opératoire)		11
En post opératoire :		11
CHAPITRE III	GENERALITES SUR LES URGENCES CHIRURGICALES	15
APPENDICITES.		16
PÉRITONITES.		17
OCCLUSIONS INTESTINALES.		18
PANCRÉATITE AIGUË		20
CHAPITRE IV	SOINS INFIRMIERS	21
la surveillance d'un malade stomisé et changement des poches		22
la surveillance des drainages et méchages.		23
Réaliser les pansements simples		24
Procéder au lever précoce d'un malade opéré.		25
BIBLIOGRAPHIE		26



CHAPITRE I

PETITE CHIRURGIE

LES ABCES

1) L'Abcès Chaud

a) Définition:

C'est une collection de pus bien limitée, développée dans une cavité tissulaire néoformée, aux dépens des tissus de voisinage qui sont détruits ou refoulés;



b) **Physiopathologie** : Les nécroses tissulaires. Le développement des vaisseaux avec afflux de polynucléaires et constitution de pus.

c) **Etiologies:**

- Inoculation directe par piqûre septique ex : Clou, épine, corps étranger)
- Injection médicamenteuse irritante
- une adénopathie secondaire à une inoculation à distance.
- Les abcès d'origine profonde de l'ostéomyélite

d) **Signes cliniques:** La clinique dans l'abcès chaud évolue en deux phases qui sont:

1. **Phase Pré suppurative:** c'est une phase inflammatoire avec tuméfaction, rouge douloureuse et chaude, mal limitée, dure en son centre, entourée d'œdème, avec Malaise général; fièvre ; pouls augmenté, insomnie et céphalées. Adénopathies régionales.

2. **Phase Suppurative:** collection ou abcédation 2 à 3 jours après la 1^{ère} phase. Signes généraux : fièvre oscillante, douleurs à type torsion et Tuméfaction fluctuante majorée au centre.

e) **Signes Para cliniques:**

- Augmentation GB (hyperleucocytose)
- Vitesse de Sédimentation (VS) accélérée.

f) **Évolution:**

Traitée à temps l'évolution est marquée par la régression des signes généraux et la cicatrisation après incision.

L'évolution spontanée se fait:

- Vers la fistulisation de la peau
- Vers la septicémie

g) **Traitement**

Drainage chirurgical + antibiotique

h) **Conduite à Tenir de l'A/S**

- ♦ Accueillir le malade et l'installer confortablement
- ♦ Application des compresses humides et chaudes
- ♦ Physiothérapie.
- ♦ Faire le traitement prescrit (commencer l'antibiothérapie)
- ♦ Surveiller les paramètres vitaux du malade
- ♦ Préparer le malade pour subir une incision si le médecin le décide
- ♦ Préparer le matériel de drainage
- ♦ Réaliser un prélèvement de pus pour antibiogramme si nécessaire

- ♦ Faire les pansements selon la prescription médicale
- ♦ Eduquer le malade pour prévenir d'éventuels traumatismes
- ♦ L'inciter à l'hygiène de ses mains avant et après toute manipulation suspecte
- ♦ Eviter la manipulation des objets métalliques souillés ; surtout pour le personnel soignants cas des aiguilles
- ♦ Les soins de toilette quotidienne à l'eau et au savon ordinaire: le savonnage décolle les bactéries, le rinçage les élimine.

2) Abcès froid

a) Définition:

C'est une collection formée lentement et en absence des signes cardinaux de l'inflammation, Sa nature est le plus souvent tuberculeuse.

b) Etiologie: Le germe le plus souvent en cause est le bacille de Koch (BK)

- ♦ Nécrose caséuse sous cutanée liquéfiée ou ramollie
- ♦ Adénopathie tuberculeuse ramollie
- ♦ Ostéite tuberculeuse
- ♦ Arthrite tuberculeuse
- ♦ Les abcès froid non tuberculeux sont causés par des infections melitococcique ou les mycoses.

c) Signes cliniques et Para cliniques : La clinique est très pauvre:

- ♦ Ni de rougeur : les téguments ont conservé leur couleur normale
- ♦ Ni de chaleur locale
- ♦ Ni de douleur, spontanée ou au palper
- ♦ La fluctuation est très nette

Les signes Généraux sont: négatifs, hormis les signes de la tuberculose qui sont asthénie et amaigrissement

Le pus est grisâtre, séreux, présentant des débris caséeux.

- ♦ Il ne renferme pas de germe, ce caractère amicrobien n'en est que plus suspect.
- ♦ Pas de leucocytose.

d) Evolution :

En l'absence de traitement, la peau rougit, s'infiltré, s'ulcère livrant passage au pus d'où; fistule spontanée avec écoulement intarissable de pus et de Caséum d'ou contamination.

e) Traitement

- Spécifique (anti bacillaire)
- drainage chirurgical: c'est une excision en masse, emportant la paroi tuberculeuse.

f) Rôle de l'aide soignant:

- Accueillir le malade et le l'installer confortablement
- Surveiller l'état général du malade
- Peser le malade à son hospitalisation pour surveiller la courbe du poids
- Commencer le traitement antituberculeux prescrit par le médecin traitant
- Respecter les règles d'asepsies pour prévenir toute contamination
- Réaliser les examens biologiques et radiologiques demandés
- Préparer le malade en vue de subir une incision de l'abcès
- Préparer le matériel pour incision
- Faire l'aide au médecin lors de l'incision de l'abcès
- Faire les pansements selon la prescription médicale

Furoncle



a) définition

Le furoncle est une inflammation cutanée circonscrite débutant au niveau d'un appareil pilo-sébacé.

b) cliniquement

- ♦ Début : Apparaissent des signes fonctionnels :
 - picotement,
 - prurit,
 - sensation de cuisson localisée au point où va se développer le furoncle.
- ♦ Phase d'état
 - En quelques heures apparaît une papule rouge (épaississement mixte de l'épiderme et du derme)
 - Acuminée (présentant une pointe), centrée par un poil. Elle se transforme en une tuméfaction conique, rouge, chaude, douloureuse, indurée et tendue. La douleur devient vive et lancinante.

c) Evolution :

- En quatre à cinq jours, le sommet de la tuméfaction se coiffe d'une pustule jaunâtre. Celle-ci s'ouvre et laisse s'écouler du pus. Dans le fond de la plaie on peut voir le bourbillon, masse jaune verdâtre.
- Deux à trois jours plus tard, le bourbillon s'élimine et le furoncle guérit au prix d'une cicatrice étoilée, blanchâtre, indélébile.

d) Traitement:

- 1-Antibiothérapie.
- 2-Soins locaux classiques : pulvérisation, désinfectant,
- 3- s'abstenir de toute manipulation ou pression.

Anthrax

a) DEFINITION :

C'est une forme grave d'infection Staphylococcique du follicule pilo-sébacé, il est réalisé par l'évolution simultanée et contiguë de plusieurs furoncles et qui s'étend au tissu sous-cutané.



b) ETIOLOGIE :

- L'irritation de la peau par frottement du col et des fesses
- L'humidité de la peau et la malpropreté
- Les cachexies (tuberculose)
- Les asthénies par l'âge (vieillesse)
- Prédisposition particulière chez les diabétiques

c) SIGNES CLINIQUES :

- Une tuméfaction rouge.
- Chaleur local.
- Douleur local.
- S'accompagne de fièvre.
- Adénopathie local
- En mûrissant, il libère un pus sanguinolent

d) COMPLICATIONS :

Peut se compliquer :

- Au plan local (abcès profond).
- Voire général (septicémie).

e) TRAITEMENT :

- ♦ Des pansements chauds et humides
- ♦ une bonne désinfection locale, suivis de
- ♦ l'élimination du bourbillon (amas blanchâtre constitué de pus et de fragments dermiques nécrosés, situé au centre du furoncle), par incision et drainage associés à
- ♦ une antibiothérapie (anti staphylococcique (après un antibiogramme) par voie générale, sont le meilleur traitement.

Après guérison, les anthrax laissent toujours une cicatrice.

PANARIS

a) DEFINITION :

Un panaris, couramment appelé **mal blanc**, est une affection fréquente, découlant de l'inoculation dans le doigt d'un germe, le plus souvent **un staphylocoque**, par une piqûre ou une plaie, même minime.



b) Signes cliniques :

- Le stade inflammatoire: Il s'agit d'une simple rougeur avec douleur à la pression.
- Augmentation de volume du doigt
- Le panaris collecté est caractérisé par une **tuméfaction fluctuante** : La douleur est **intense, insomnante et pulsatile** ("ça tape dans le doigt")
- Un état fébrile peut être également associé

c) DIFFÉRENTS TYPES DE PANARIS :

Deux types de panaris sont à distinguer, selon l'importance des tissus altérés.

1. Le panaris superficiel, le plus commun, siège au pourtour de l'ongle. Il se traduit par une inflammation évoluant en quelques heures ou en quelques jours, entraînant une augmentation de volume du doigt, une rougeur, une douleur généralement lancinante et responsable d'insomnie ainsi qu'une fièvre.

2. Le panaris profond : Survient, après inoculation directe du germe dans la gaine des fléchisseurs des doigts, ou constitue la complication d'un panaris superficiel. L'infection peut atteindre :

- L'os d'une phalange (**ostéite**), Une articulation entre deux phalanges (**arthrite**), Un ou plusieurs tendons des doigts), ou encore toute la main (**phlegmon**). qui entraîne une déformation douloureuse du doigt, en crochet.

d) TRAITEMENT :

1. **Au stade inflammatoire:**

- ♦ Prescrire des bains de doigts biquotidiens dans des solutions antiseptiques (Bétadine ou hexamidine transcutanée) associé à des antibiotiques
- ♦ Une surveillance et le patient doit être revu 24 à 48 h plus tard. En l'absence d'amélioration franche il faut poser l'indication chirurgicale.

2. **Au stade collecté:**

Le traitement est chirurgical et doit être effectué au bloc opératoire et sous anesthésie générale car les anesthésiques locaux ne diffusent pas dans les zones inflammatoires ou infectées.

Le principe du traitement chirurgical repose sur l'excision complète de tous les tissus nécrosés et non pas une simple incision.

CHAPITRE II

RÔLE DE L'AIDE SOIGNANT

EN CHIRURGIE

Période préopératoire :

1) Vérifications

- Se présenté.
- Vérifier la propreté corporelle du patient ainsi que l'état de sa bouche, de ses oreilles et de son nez.
- Vérifier s'il a pris sa douche (avec un produit antiseptique).
- Demander si le patient est bien à jeun depuis minuit en lui posant la question.
- Vérifier qu'il n'a pas absorbé d'aliments, de boisson, qu'il n'a pas fumé
- Dans le cas contraire, prévenir le médecin et l'infirmier.
- Vérifier que le patient ne porte pas de bijoux (boucles d'oreilles, chaîne ou bracelet). L'alliance peut être conservée au doigt
- Enlever ou faire enlever par le patient les prothèses, les lentilles,
- S'assurer de l'absence de vernis à ongle ou de maquillage. La surveillance de la coloration des extrémités, reflet d'une oxygénation correcte, est ainsi possible pendant l'intervention et au réveil. De plus, l'oxymétrie de pouls ne peut capter aucun signal s'il y a du vernis à ongle.

2) Préparation psychologique :

- Écouter les craintes du patient. Le laisser s'exprimer.
- Sécuriser le patient le plus possible.
- Engager le patient à maîtriser son angoisse.
- Préciser au patient l'heure de l'intervention.
- Créer un environnement calme pour permettre au patient de se détendre.
- Bien recommander au patient de ne pas se lever après la prémédication.
- Si besoin, mettre les barrières (car risque de chutes).
- Mettre la sonnette à portée de main.
- Transmissions orales et écrites à l'infirmier : les craintes, les angoisses du patient.

3) Préparation physique du patient

- Tout ce qui entre dans le bloc doit être propre.
- Les cheveux doivent être attachés.
- Faire revêtir au patient la tenue opératoire (chemise, bonnet, bottes).
- Demander au patient d'aller uriner avant toute prémédication.
- Prendre les constantes : pouls, température. Les noter.
- Réaliser les soins cutanés préopératoires : dépilation, préparation de la peau.
- Veiller à ce que le patient ait bien compris qu'il ne doit rien absorber, ni fumer.

4) Préparation de la chambre

En prévision de l'intervention :

- refaire le lit et mettre une literie propre ;
- faire recoucher le patient ;
- mettre selon les habitudes du service, une étiquette préinscrite (nom, prénom, service) soit sur le pied du lit, soit sur un bracelet attaché au pied du patient.

B. Pendant que le patient est au bloc opératoire (per opératoire)

1) Préparatifs :

- Aérer la chambre.
 - Effectuer le ménage pour éviter tout risque infectieux.
 - Désinfecter le pistolet ou le bassin et les mettre à proximité du lit.
 - Préparer le lit :
- installer un matelas anti-escarres (matelas à eau ou fluidisé) ;
 - refaire le lit ;
 - refermer le lit avec le drap et une ou plusieurs couvertures qui serviront à réchauffer le malade

a. Matériel à prévoir systématiquement

- Les barrières de sécurité.
- Une potence.
- Un arceau, pour éviter le poids des couvertures.
- Des crochets pour recevoir la poche à urines, les drains, etc.
- Un plateau avec des compresses non stériles,
- un atomiseur d'eau, des abaisse- langues pour humidifier la bouche du patient et un haricot.
- Installer un ou plusieurs pieds à sérum suivant le type d'intervention.
- Placer un haricot à la tête du lit en cas de vomissements.
- Préparer le nécessaire à la prise des paramètres (thermomètre, appareil à pression artérielle, stéthoscope).
- Préparer une feuille de surveillance du patient.
- Préparer le matériel à oxygène.

b. Matériel à prévoir selon l'intervention :

Il dépend du type d'intervention et se fait en accord avec l'infirmier

- Matériel à aspiration bronchique. Faire la vérification du vide.
- Matériel à aspiration digestive. Faire la vérification du vide.
Supports de Redon, de drains, de poches.
- Bocal à urines avec couvercle étiqueté au nom et au prénom du patient pour la surveillance de la diurèse.

Avant de quitter la chambre

- Veiller à ce que la température soit entre 18 et 20 °C. Si ce n'est pas le cas, réchauffer la pièce avec un radiateur électrique,
- Faire une demi-pénombre pour favoriser le repos du patient à son retour.
- Vérifier le fonctionnement et l'emplacement de la sonnette.

B. En post opératoire :

Lorsque le patient revient de la salle de réveil

1) Installer le malade dans son lit

- Installer le malade en douceur.
- Le faire glisser du chariot sur le lit, si possible la tête de côté.
- Ne retirer aucune des canules présentes,
- Bien recouvrir le patient.
- Si l'opéré est légèrement agité, rester près du patient jusqu'à ce qu'il soit calme.
- Dans le cas où l'agitation est intense, mettre les barrières, attacher les membres et prévenir l'infirmier.

- Vérifier que les drains sont bien reliés aux bouches et qu'ils ne sont pas coudés.
- S'il y a une perfusion, installer la poche sur le pied à sérum. Vérifier l'installation et le débit de la perfusion. Faire attention au point de perfusion.
- Ne pas dépiquer le malade.
- Prévenir l'infirmier au moindre doute.
- Avec l'aide de l'infirmière, et si nécessaire (enfants, malades agités ou séniles), mettre le membre perfusé dans une gouttière.

2) Surveiller immédiatement

- Observer l'aspect du malade (visage et extrémités),
 - la couleur des téguments à la recherche d'une cyanose,
 - la chaleur ou le refroidissement des extrémités,
 - la présence ou non d'une sudation, signaler toute anomalie à l'infirmier.
- Surveiller l'attitude du malade (calme, agité, délirant ou réveillé).
- Vérifier dans tous les cas que le malade ne touche pas à son pansement, au(x) drain(s), à la perfusion ou à la sonde.

3) Surveiller les constantes

- En cas d'encombrement bronchique, prévenir l'infirmier.
- En cas d'inondation des voies respiratoires due aux vomissements, mettre en position latérale de sécurité et en position déclive. Prévenir l'infirmière immédiatement.
- La respiration doit être calme, régulière.
- Le pouls doit être bien frappé et régulier. Ne pas hésiter à reconstrôler en cas de doute.
- Vérifier les drains : la quantité, l'aspect et le bon écoulement.
- Vérifier le pansement : l'absence d'hémorragie, la bonne fermeture.
- Vérifier que le malade n'a pas touché au pansement.
- Surveiller la perfusion.

L'aide-soignante doit impérativement prévenir l'infirmier quel que soit le problème :

- si le malade souffre ;
- si le patient a envie d'uriner et n'y arrive pas ;
- en cas d'écoulement anormal des pansements ;
- en cas d'anomalies du liquide d'aspiration ;
- si les drains ne sont pas sous-vides.

4) Surveiller le patient

- Installer l'opéré en position demi-assise. Bien caler le patient avec un oreiller (sauf contre-indication).
- Vérifier que l'opéré est bien réveillé et qu'il comprend ce qu'on lui demande.
- Effectuer un soin de bouche en veillant à ce que le malade n'avale pas l'eau ou les produits utilisés.
- Faire une toilette du visage pour rafraîchir le malade.
- Si l'état du malade est satisfaisant
 - Faire une prévention d'escarre avec friction du siège et des talons.
- Habiller ou aider à l'habillage du patient.
- Demander au patient s'il veut uriner.
- Si le malade est sous perfusion
 - Garder les urines et faire une diurèse pour un bilan entrées/sorties.
 - Noter l'heure des premières urines.
- Surveiller les paramètres et les accessoires

Les constantes : température, pulsations, pression artérielle, Les pansements.

La perfusion, Le drain et le témoin de vide de la tubulure.

- Vérifier que le flacon d'aspiration se remplit doucement. Noter la quantité, la qualité du liquide aspiré (sang, sérosités). Le flacon ne doit jamais être situé au-dessus du niveau de la plaie, ni par terre. Le vide doit toujours être présent pour que le drainage soit efficace. S'il n'y est pas, soit le drain s'est déplacé hors de la paroi, soit il existe une fuite au niveau des raccords. Quelle que soit la cause, ne toucher à rien. Prévenir l'infirmier immédiatement.
- Le lendemain de l'intervention
 - Surveillance des 2 jours se fait essentiellement sur la reprise du transit.
 - Retour des gaz, des selles.
 - L'abdomen ne doit être ni douloureux ni ballonné.
 - Attendre la reprise du transit avant de réintroduire une alimentation normale. Elle est différente selon le type d'intervention pratiquée.
- Les jours suivant l'intervention
 - Toutes les actions visent à prévenir les complications postopératoires.

❖Prévenir les complications infectieuses

- Surveiller la température et le pouls, matin et soir. Une hyperthermie et une tachycardie orientent vers un processus infectieux sous-jacent.
- Noter les plaintes du patient.
- Surveiller le pli cutané (risque de déshydratation).

❖Prévenir les complications pulmonaires

- Favoriser le lever précoce. Si le malade ne peut pas ou ne doit pas se lever
- faire des changements de position fréquents.
- Solliciter le patient à cracher et à tousser.
- Apprendre au patient à comprimer la plaie avec sa main afin de réduire la douleur au moment de l'effort de l'expectoration.

❖Prévenir les complications cardiovasculaires

- Surveiller les pulsations. Des troubles du rythme sont possibles.
- Surveiller les pansements, les flacons, les drains à la recherche d'hémorragies, une modification du faciès du patient, un état d'agitation, un état de choc dans le cas d'une hémorragie interne.

❖Prévenir les complications thromboemboliques

- Lever et mobiliser le patient le plus précocement possible.
- Inciter le patient à choisir la position assise dans le lit.
- Veiller à ce qu'aucun oreiller ne soit mis sous les creux poplités.
- Surélever les pieds du lit.
- Surveiller la température. ❖Prévenir

les complications digestives

- Surveiller la possibilité d'une constipation, de diarrhées.
- Vérifier le suivi du régime.
- Proposer la boisson en quantité suffisante.
- Favoriser le lever précoce.
- Aider à la mobilisation.
- Bien noter les selles, l'aspect, la qualité, la quantité, l'odeur.

❖Prévenir les complications urinaires

1. Si une sonde urinaire a été posée
 - Faire boire le patient.
 - Vérifier si l'écoulement est correct.

- Veiller à ce qu'il n'y ait pas de coudure ou d'obstruction entre la sonde et la poche de recueil. Dans le cas contraire, ne pas y toucher, mais prévenir l'infirmier.
 - Surveiller la présence d'urines dans la poche, la quantité, la vitesse de remplissage (temps).
2. Si aucune sonde urinaire n'a été posée
- Donner la sonnette afin de prévenir en cas de besoin.
 - Proposer des boissons en quantité suffisante.
 - Noter la quantité, la qualité, la couleur, l'odeur des urines et continuer de noter la diurèse.

❖Prévenir les risques d'escarres

- Mobiliser le patient avec un changement de position toutes les 3 heures.
- Installer, si ce n'est déjà fait, un matelas anti-escarres.
- Favoriser le lever précoce.
- Stimuler l'équipe pour qu'elle participe à la lutte anti-escarres.
- Vérifier que la boisson est donnée en quantité suffisante et l'alimentation est équilibrée.

❖Prévenir un syndrome de glissement

Observer et surveiller : désintérêt total, personne alitée, agitation, installation d'une inappétence (Manque de besoin, de désir) voire même anorexie totale.

❖Prévenir les complications de décubitus : Le premier lever

❖Réalisation :

- se munir d'un fauteuil placé près du lit, des coussins ou oreillers pour le soutien et confort, des pantoufles de préférence fermées, d'une robe de chambre ;
- rassurer le patient ;
- faire asseoir le patient ;
- prendre le pouls et la tension du patient ;
- vérifier l'état général du patient (sueurs, faciès) ;
- se placer de chaque côté du malade ;
- glisser le patient hors du lit afin que ses pieds touchent le sol ;
- dire au patient de respirer lentement, de ne pas se raidir, le rassurer en l'informant qu'on est là pour le soutenir ;
- Le faire pivoter sur le fauteuil, l'installer confortablement avec les coussins oreillers ;
- vérifier le pouls.

CHAPITRE III

GENERALITES SUR LES

URGENCES

CHIRURGICALES

APPENDICITES.

1. définition : L'appendicite désigne une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. L'appendicite est l'urgence chirurgicale la plus fréquente, non traitée, elle peut être mortelle.

2. Facteurs favorisants

- L'âge : enfants et jeunes adultes plus concernés mais possible à tout âge.
- Le sexe : plus fréquent chez les hommes.

3. Mécanisme physiopathologique

L'appendicite est liée à une obstruction de la lumière de l'appendice, diverticule naturel qui prolonge le caecum.

4. Conséquences physiopathologiques

L'obstruction entraîne une distension de l'appendice, favorise la prolifération de bactéries provoque une ischémie (interruption de la circulation sanguine) qui produit une inflammation

5. Signes cliniques

Douleur spontanée de la fosse iliaque droite, associée ou non à des nausées, vomissements, des troubles du transit et une hyperthermie.

6. Signes paracliniques

❖ Biologie

- La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires
- La vitesse de sédimentation est accélérée.

❖ Examens radiologiques

Ils sont généralement inutiles. L'échographie donne souvent des images typiques La radiographie de l'abdomen sans préparation est normale une fois sur deux. Dans 10% des cas elle montre un stercolithe (calcification opaque). Elle sert surtout à éliminer un autre diagnostic chirurgical.

7. Complications :

- Abscess appendiculaire
- La péritonite appendiculaire
- La péritonite généralisée

8. Traitement :

Le traitement est chirurgical. Appendicectomie soit par :

- laparotomie : méthode chirurgicale par ouverture de la paroi abdominale par incision ;
- coelioscopie : méthode chirurgicale qui consiste à l'introduction d'instruments optiques et interventionnels au travers de la paroi abdominale après insufflation de dioxyde de carbone.

PÉRITONITES.

1-Définition

Une péritonite est une inflammation ou une infection aiguë ou chronique du péritoine, membrane qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient (les viscères) elle peut être primitive ou secondaire

2-les étiologies

- 1-Péritonite appendiculaire
- 2-Perforation d'ulcère gastroduodénal
- 3-Péritonites biliaires ; par perforation vésiculaire
- 4-Perforation sigmoïdienne
- 5- péritonite bactérienne

3. Signes cliniques

- Une douleur abdominale brutale, intense, continue et exacerbée par tous les mouvements. Son siège est en fonction de la cause
- Des vomissements fréquents.
- Arrêt du transit intestinal
- La Fièvre de 38,5 à 40°C, en fonction de la cause
- Tachycardie, pression artérielle normale ou basse.
- Altération de l'état général.
- abolition (suppression) des gargouillements (des bruits intestinaux normaux).
- la contracture abdominale « ventre en bois »
- matité (absence de résonance) ou tympanisme (augmentation de la sonorité)

4- le traitement

A-Péritonite primaire (Péritonite bactérienne spontanée)

- Une antibiothérapie doit être instaurée le plus rapidement possible

B-Péritonite secondaire.

Elle nécessite un traitement chirurgical urgent et elle obéit à quatre principes

Fondamentaux

1. réparation
2. toilette
3. drainage
4. prévention

OCCLUSIONS INTESTINALES.

1. Définition

L'occlusion intestinale est un arrêt du transit intestinal et Peut survenir aussi bien sur l'intestin grêle que le gros intestin

2. Facteurs favorisants

- Interventions chirurgicales au niveau abdominal ou pelvien favorisant l'apparition de brides et qui elles-mêmes peuvent créer un volvulus
- Diverticules intestinaux.
- Tumeurs intestinales (par obstruction) ou autres tumeurs abdominales (par compression)
- Hernies au niveau abdominal.
- Maladie de Cohn.
- Constipation et ses facteurs de risques.

3. Mécanisme physiopathologique

L'apparition d'une occlusion intestinale peut être mécanique ou fonctionnelle.

- Occlusion mécanique : elle est due à l'obstruction, la compression, l'étranglement ou l'invagination de l'intestin. La présence d'un obstacle, quel qu'il soit, empêche la progression des matières fécales dans l'intestin.
- Occlusion fonctionnelle : elle est due au ralentissement du péristaltisme intestinal en cas de constipation, d'infection. Le péristaltisme étant stoppé, les matières fécales ne peuvent progresser dans l'intestin.

5. Conséquences physiopathologiques

La progression des selles vers le rectum étant interrompue, il se crée alors ;

- Une dilatation de l'intestin en amont de l'obstacle pouvant aller parfois jusqu'à la rupture intestinale et la péritonite ;
- un désordre électrolytique ;
- une possible infection ;
- une ischémie intestinale avec apparition de nécrose.

6. Signes cliniques

- Douleurs abdominales intenses à type de coliques.
- Vomissements qui peuvent être alimentaires, biliaires ou fécaloïdes.
- Arrêt des matières fécales et des gaz.
- Ballonnements et météorisme abdominal.
- Distension abdominale.
- Puis déshydratation.

7. Signes paracliniques

- Abdomen sans préparation (ASP) : c'est une radiographie simple qui peut montrer les distensions digestives et les niveaux hydro-aériques abdominaux.
- Scanner abdominopelvien (TDM) : c'est l'examen de première intention. Il permet de déterminer le caractère mécanique ou fonctionnel de l'occlusion, de localiser le siège, la gravité et parfois l'étiologie.
- Endoscopie digestive : la rectosigmoïdoscopie est utilisée en cas d'image douteuse au TDM dans la région rectocolite.
- Échographie abdominale : elle peut être pratiquée sans risque chez la femme enceinte et l'enfant et permet de voir la distension des anses intestinales, le péristaltisme et la vascularisation de l'intestin.
- Biologie :
 - l'ionogramme montre les troubles ioniques et les désordres électrolytiques ;
 - la numération formule sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose en cas d'infection.

8. Diagnostic

Le diagnostic est mis en évidence par les examens complémentaires qui permettent de déterminer la nature, le siège et la gravité de l'occlusion.

9. traitement :

En premier lieu il faut :

- réaliser une vidange digestive haute en amont de l'obstacle : la pose d'une sonde naso-gastrique avec plus ou moins une aspiration douce associée permet de vider le contenu de l'estomac et de réduire la distension créée par les liquides. Elle soulage également les vomissements ;
- résoudre les désordres hydro électrolytiques avec la pose d'une perfusion intraveineuse ;
- pour les occlusions fonctionnelles : utilisation de laxatifs ou de lavement évacuateur ;
- pour les occlusions mécaniques : intervention chirurgicale pour éliminer l'obstacle (tumeur, diverticules, volvulus...). L'intervention peut être suivie d'une résection intestinale avec réalisation d'une colostomie plus ou moins temporaire ou avec rétablissement de la continuité immédiate.

10. Rôle de l'AS :

- quantifier le liquide de la sonde nasogastrique ;
- vérifier les paramètres vitaux du patient pour déceler une éventuelle infection, une hémorragie postopératoire... ;
- évaluer la douleur du patient ;
- noter tout vomissement (nature, quantité, odeurs...) qui peut aider au diagnostic ;
- s'assurer de la reprise des gaz et des selles (quantité, couleurs, consistances...).
- Le cas échéant, surveiller la colostomie les jours suivant le retour de bloc (présence de selles, de gaz dans la poche).
- Informer le patient et lui donner des conseils hygiéno-diététiques, notamment sur l'intérêt d'adopter une alimentation riche en fibres et d'effectuer une activité physique régulière pour favoriser l'élimination intestinale.

PANCRÉATITE AIGÜE

1. définition :

C'est l'inflammation aiguë du pancréas

On distingue principalement deux types de pancréatite aiguë:

♦ **Pancréatite aiguë œdémateuse:** elle n'affecte que la glande elle-même, a une évolution généralement bénigne.

♦ **Pancréatite nécrotico-hémorragique :** destruction importante de la glande pancréatique par autodigestion avec irruption des enzymes pancréatiques dans la cavité péritonéale, qui peut toucher les organes voisins.

2. les étiologies : Deux étiologies principales:

→ **L'alcoolisme** (l'alcool est toxique et détruit le parenchyme pancréatique)

→ L'obstruction du canal de Wirsung par **un calcul biliaire**

Étiologies rares:

→ La chirurgie biliaire (pancréatite postopératoire)

→ Hyperlipidémie

→ Hyperparathyroïdie (entraîne une augmentation du taux de calcium dans le sang)

→ infections virales (oreillons,)

→ Anomalies (malformations) congénitales

3. signes clinique :

- douleur abdominale aiguë épigastrique transfixiante (qui traverse de part en part)

- défense abdominale

- iléus intestinal réflexe (paralysie passagère de l'intestin grêle)

- état de choc

- position antalgique en chien de fusil

4. signes biologiques :

- augmentation amylasémie, amylasurie, lyasémie et LDL (le mauvais cholestérol)

- l'hyper leucocytose

5. les examens radiologiques :

Pour déterminer s'il existe un épanchement pleural: (ASP), thorax de face

Pour déterminer s'il existe un œdème pancréatique et/ou péri-pancréatique, ou des coulées de nécrose inflammatoire: échographie, Scanner (examen de référence)

6. les complications :

- **la nécrose pancréatique:** dans une zone de parenchyme pancréatique focalisée

- Infection secondaire à la nécrose

- abcès de pancréas

VI. LE TRAITEMENT :

A. Préventif.

Informé des risques liés à l'alcoolisme

B. Médical.

• Mise au repos du tube digestif par aspiration gastrique

• Réanimation :

- assurer une hémodynamique stable et prévenir l'insuffisance rénale par remplissage

- Antibiothérapie, antipyrétique

- Ventilation assistée en cas d'insuffisance respiratoire.

C. Chirurgical.

• laparotomie exploratrice.

• Traitement des lésions biliaires si elles existent (cholécystectomie)

• Traitement des lésions pancréatiques (drainage d'abcès, nécrosectomie)

CHAPITRE IV

SOINS INFIRMIERS

la surveillance d'un malade stomisé et changement des poches

I-Objectifs :

- éliminer les selles à l'aide d'un appareillage adapté.
- réduire les irritations cutanées.
- changer l'appareillage et assurer les soins de la peau.
- apprendre au patient à poser, changer, vider la poche de colostomie et à conserver l'intégrité de la peau péri-stomiale.

II-matériel :

- chariot à 2 étages
- 2 cuvettes, eau tiède
- appareillage choisi (poche de colostomie)
- tambour contenant des compresses non stériles
- 1flacon de savon doux liquide
- une alèse
- sac poubelle
- paire de gant à usage unique
- un haricot
- 1 drap
- un plateau
- une boîte d'instruments propres contenant une paire de ciseaux courbée et pince serveuse



-la technique :

- expliquer la technique de change d'appareillage de stomie au malade.
- installer le malade en position de décubitus dorsal, le faire glisser un peu au bord du lit.
- choisir un appareillage adapté (selon la position de la stomie).
- mettre une alèse au dessous du patient, et une cuvette en bas pour recueillir l'eau sale.
- demander au patient de nous suivre tout en lui expliquant les différentes étapes de soins.
- procéder si besoin à la découpe de la poche à l'aide d'une paire de ciseau courbée qui doit correspondre au diamètre de la stomie plus 4 millimètres.
- effectuer un lavage simple des mains et mettre les gants à usage unique.
- déchirer la poche de haut en bas, tout en maintenant la peau avec les doigts, replier la partie supérieure de la poche de colostomie à fin d'obturer son orifice et l'éliminer dans un sac à déchets.
- nettoyer la stomie et son pourtour en se servant de compresses imbibées de l'eau tiède avec du savon doux liquide et jeter les compresses souillées dans l'haricot puis le tout sera déverser dans le sac à déchets.
- rincer soigneusement la stomie.
- sécher à l'aide des compresses sans frotter en tamponnant
- en cas de pilosité importante, couper les poils avec des ciseaux pour ne pas irriter la peau en utilisant le rasoir.
- ôter les gants.
- s'assurer par le doigt que la région péri-stomiale est sèche.
- poser la nouvelle poche en commençant du bas vers le haut, en s'aidant si besoin d'un miroir pour que le patient puisse suivre les étapes des soins.
- enlever l'alèse, mettre la cuvette de l'eau sale dans l'étage inférieure du chariot, et faire la réfection du lit si nécessaire.
- effectuer un lavage simple des mains.
- transcrire tout acte fait sur le dossier de soins infirmiers.

la surveillance des drainages et méchages.

Définition :

Le drainage consiste à placer dans les cavités naturelles ou opératoires un système destiné à favoriser l'écoulement vers l'extérieur des liquides pathologiques ou de rétention.

- Sang
- Lymphes
- Pus.

Indications :

On utilise des drains dans différents types d'interventions chirurgicales :

- Gastrectomie totale ou partielle
- Cholécystectomie : ablation de la vésicule biliaire

Ils sont placés lors de l'intervention par le chirurgien.

Le choix du système de drainage utilisé et le type de drain mis en place dépendent du liquide à recueillir et de la cavité à drainer :

- Si cette cavité est profonde, le chirurgien mettra un drain rond
- Si elle est superficielle, il utilisera plutôt une lame

Lorsque les liquides sont hémorragiques ou qu'il y a une perte de substance, on utilise plutôt une mèche.

Un drainage est mis en place chaque fois que l'on craint :

- Une rétention septique ou aseptique
- Une possibilité ou une certitude d'infection
- Une fuite viscérale.

Les qualités d'un bon drainage : Il doit être :

*Déclive, posé à la partie où se collectent les liquides sous l'effet de la pesanteur

*Direct : il doit effectuer le plus court trajet entre le lieu à drainer et l'extérieur, sans couture

*Effectif :

- De calibre suffisant
 - Perméable
 - Non collabé : écrasé contre la paroi ou coupé par une suture cutanée
- L'évacuation des liquides doit pouvoir se faire sans gêne.

Les poches de récupération des produits d'écoulement doivent être stériles.

Il peut être aspiratif (drain de Redon) ou non.

Surveillance des drains :

Vérifier au retour du malade :

- L'efficacité du système de drainage
- Que la poche est bien collée à la peau
- La quantité de liquide régulièrement dans les premières heures (la noter)

Noter systématiquement :

- La quantité quotidienne recueillie
- L'aspect du produit : couleur, odeur...

Vérifier la perméabilité.

Les poches ne s'appliquent que sur une peau sèche.

Apprendre au malade à bouger avec son drain.

Vérifier qu'il n'est pas couché dessus.

Mobilisation des drains : La mobilisation des drains dépend :

- Des chirurgiens : certains demandent de raccourcir le drain au bout de 3 jours
- Du produit drainé

Si le liquide est douteux, on le donne à analyser.



Réaliser les pansements simples .

Définition

- Pansement adhésif permettant la protection d'une plaie superficielle.

Indication : plaie chirurgicale ou traumatique non infectée.

Contre-indications:

Aucune.

Matériel:

- Solution désinfectante et lingette pour nettoyage du plan de travail.
- Sac poubelle et sparadrap.
- Carré de protection.
- Solution hydro-alcoolique.
- Compresses stériles.
- Pansement stérile adapté à la plaie.
- Antiseptique dermique.
- Un gant de vilain.
- Gants non stériles à usage unique.

Surveillance A/S

- Température.
- Douleur, odeur.
- Aspect de la plaie : écoulement, adhérence, évolution...
- Le pansement simple se réalise après les pansements aseptiques et avant les pansements septiques.

Technique

- Lavage simple des mains.
- Allumer la présence et tirer le rideau.
- Installer le patient pour le soin. Mettre une protection si besoin.
- Se laver les mains avec la solution hydro-alcoolique.
- Mettre les gants non stériles.
- Enlever l'ancien pansement à l'aide du gant de vilain.
- Ouvrir le sachet de compresses et les imbiber d'antiseptique.
- Tenir la compresse par ses quatre coins de façon à réaliser un petit baluchon.
- Procéder à la désinfection du pourtour de la plaie en réalisant des cercles concentriques.
- La partie centrale de la plaie est la dernière à être désinfectée à l'aide d'une nouvelle compresse stérile imbibée d'antiseptique.
- Après avoir respecté le temps de contact de l'antiseptique, appliquer sur la plaie un petit pansement de taille adaptée.
- Retirer les gants.
- Réinstaller le patient et son environnement.
- Évacuer le matériel et les déchets.
- Se laver les mains.
- Renseigner le dossier de soins du patient.

Procéder au lever précoce d'un malade opéré.

Définition:

Aider un patient, après une intervention chirurgicale, à se lever, à se tenir debout et à marcher avec une aide.

Le premier lever se fait sur prescription médicale.

Objectif :

- Renforcer la stabilité
- Verticaliser le patient
- Prévenir les complications de décubitus

Matériel :

- Fauteuil
- Appareil à tension artérielle
- Linge pour la réfection de lit et pour couvrir le malade

Déroulement du soin: (avec l'aide d'une seule personne soignant) :

-immobiliser le lit avec les freins.

-mettre en confiance le malade par des paroles rassurantes et encourageantes.

-préparer le fauteuil en le plaçant près du lit, dans le cas du fauteuil roulant serrer les freins

-mesurer la TA les pulsations et comparer avec les mesures antérieures.

-poser un genou sur le bord du lit et caler l'autre genou contre le lit afin de prendre appui.

-installer le malade en position demi-assise dans le lit.

-passer un bras sous la nuque du malade et glisser la main sur les cuisses du malade au niveau des genoux.

-faire pivoter le malade sur ses fesses d'un seul mouvement afin de l'amener en position assise, jambes hors du lit.

-demander au malade de poser les mains à plat sur le lit et de respirer calmement

-observer le faciès du malade et lui demander de signaler toute sensation inhabituelle afin de détecter un malaise.

-vérifier le port des semelles antidérapantes

-s'installer face au malade, genoux et pieds parallèles et faire contre poids en basculant le malade vers soi.

-maintenir le malade contre soi, les bras serrés autour du corps, les mains croisées au niveau du bas du dos du malade, les jambes enserrant celles du malade.

-pivoter sur place avec le malade pour l'amener dos au fauteuil, freins serrés.

-glisser les mains derrière le dos du malade, basculer le tronc en arrière, faire contre poids et faire asseoir le malade.

-Lui demander de respirer calmement et profondément et lui demander de faire part de son ressenti...

-Féliciter le malade des efforts réalisés, même minimes

-mesurer la pression artérielle.

-installer le repose-pieds, l'accoudoir et un oreiller au niveau des cervicales et des Lombaires.

NB : si on ne peut réaliser ce soin seul procéder en deux soignants