

CAHIER DU PARTICIPANT

ORIENTATION THÉORIQUE SPÉCIALISÉE EN CHIRURGIE

Titre	Cahier du participant pour l'orientation spécialisée en chirurgie
En vigueur	2020-12-21
Mise à jour	2021-03-04
Application et personnes concernées	CEPI, CEPIA, infirmières et infirmières auxiliaires
Préparer par	Direction des soins infirmiers Direction adjointe aux pratiques professionnelles

ANESTHÉSIE ET ANALGÉSIE

Types d'anesthésies

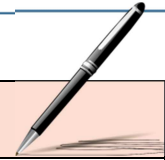
1	Anesthésie - Sédation	<ul style="list-style-type: none"> Des médicaments sont injectés, habituellement par voie intraveineuse Le but est de favoriser la détente et que l'utilisateur soit confortable pendant la procédure La dose des médicaments est adaptée au degré de nervosité, à la condition médicale et à la nature de la chirurgie L'utilisateur se sent somnolent
2	Anesthésie générale	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs médicaments sont administrés par voie intraveineuse pour provoquer un état d'inconscience L'utilisateur est intubé L'anesthésiologiste reste auprès de l'utilisateur afin de contrôler les signes vitaux
3	Anesthésie locale	<ul style="list-style-type: none"> But: enlever la sensibilité au site de l'intervention par l'injection d'une substance anesthésique près de ce site L'utilisateur reste conscient sans ressentir de douleur ou presque Une sensation de picotement et d'engourdissement peut se faire ressentir lorsque la sensibilité revient Peut être combinée à une sédation
4	Anesthésie régionale	<ul style="list-style-type: none"> Une injection près d'un groupe de nerfs ou dans le dos permet d'enlever la sensibilité d'une partie du corps seulement Exemple: épidurale, bloc, rachianesthésie, anesthésie neuraxiale Peut être combinée à une sédation



Dès que l'utilisateur arrive sur votre unité en postopératoire, vous devez regarder quelle anesthésie il a reçue et s'il a reçu d'autres médicaments au bloc opératoire ou à l'USPA.

Cela vous dictera quand vous pourrez administrer un médicament en cas de douleur ou d'un autre

Notes personnelles



Analgesie multimodale

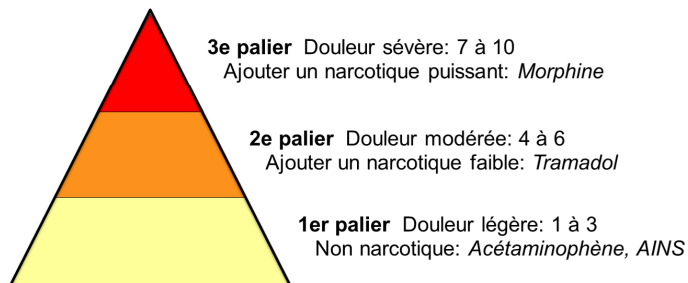
Médicaments associés

- Anti-inflammatoire non stéroïdien
- Analgésique à action central
- Opiode

Analgesie multimodale

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Approche multimodale (OMS, 1996)



16

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Étapes de l'analgesie multimodale

1. Analyser les facteurs de risque afin de savoir quel algorithme sera utilisé
2. Déterminer la dose à administrer en fonction du poids et de la taille
3. Choisir le bon algorithme

Analgesie contrôlée par le patient (ACP)

- Consiste à injecter par une pompe à perfusion un opioïde par voie intraveineuse
- L'utilisateur contrôle lui-même l'administration par un bouton poussoir
- Paramètres de limites préprogrammés selon une ordonnance
 - Dosage du bolus
 - Dose limite en 4 heures
 - Intervalle entre les doses



MÉTHODES
DE SOINS

Consulter la MSI utilisation d'une pompe ACP

Notes personnelles



Quels sont les éléments de surveillance et d'évaluation?

1	Médicament contenu dans la seringue
2	Programmation de la pompe ACP
3	L'intégrité et la perméabilité du système de perfusion
4	Paramètres fondamentaux de l'utilisateur
5	Niveau de sédation de l'utilisateur
6	Douleur de l'utilisateur

7	Présence d'effets indésirables
8	Compréhension de l'utilisateur sur l'ACP

Types de blocs

1	Bloc fémoral	
2	Bloc interscalénique	

Quels sont les signes de toxicité reliés aux anesthésiques locaux?

Acouphènes	Nausées
Engourdissements de la langue et des lèvres	Agitation, confusion
Prurit	Contractures musculaires
Hématurie	Hypoglycémie
Goût métallique dans la bouche	Coma

Effets secondaires des blocs

- Perte de mobilité
- Extension excessive du bloc
- Risque de chute augmenté
- Rétention urinaire
- Hypotension

Quels sont les éléments d'évaluation et de surveillance reliés aux blocs?

1. _____
2. Présence d'un DAV en tout temps
3. _____
4. Bloc moteur
5. _____
6. Signes de toxicité et autres effets secondaires
7. _____

Épidurale et rachianesthésie

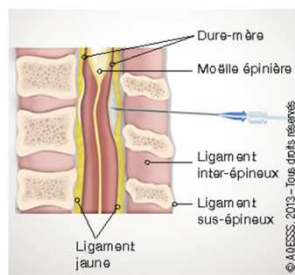
Épidurale et rachianesthésie

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Épidurale

Définition

- Synonyme: périurale
- Introduction d'une substance médicamenteuse dans l'espace épidurale
- C'est une anesthésie régionale



Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

31

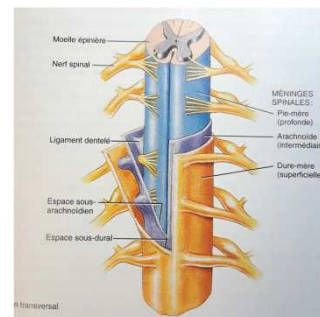
Épidurale et rachianesthésie

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Rachianesthésie

Définition

- Synonyme: Périmédullaire, rachis, intratécral, sous-durale
- Injection avec une aiguille dans l'espace sous-arachnoïdienne. Effet immédiat puis décroissant
- C'est une anesthésie régionale



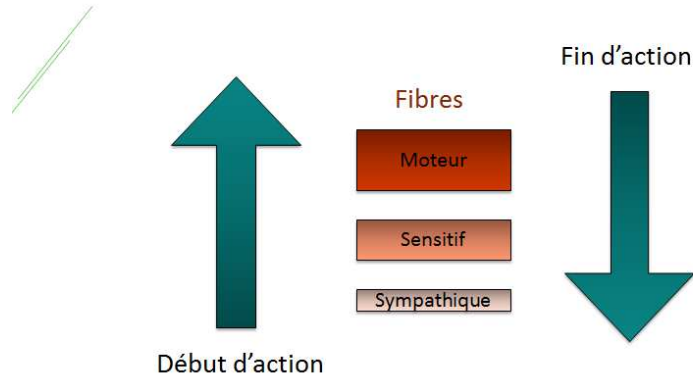
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

32

Classes médicamenteuses

- Anesthésiques locaux
 - Bupivacaïne (Marcaïne^{MC})
- Opiacés
 - Fentanyl^{MD}
 - Épimorphe (Morphine^{MD})
 - Action directe sur les récepteurs opiacés de la moelle épinière

Effets des anesthésiques locaux



34

Effets secondaires des anesthésiques locaux et des opiacés

Dépression respiratoire	
Nausées et vomissements	
Prurit	
Rétention urinaire	
Perte de mobilité	

Rachianesthésie **avec** Épimorphe (Morphine^{MD})

- Aura des ordonnances associées
- Évaluation et de surveillance clinique selon le formulaire
- Ordonnance valide pour 24 heures
- Congé de la salle de réveil selon les critères de votre établissement
- S'assurer d'avoir une voie intraveineuse ouverte pendant 24 heures à l'étage

Rachianesthésie sans Épiporphe (Morphine^{MD})

- Congé de la salle de réveil selon critères de votre établissement
- Évaluation et de surveillance clinique selon le formulaire

Épidurale



Porter une attention particulière, lorsque l'utilisateur reçoit un anticoagulant, le cathéter doit être retiré à un moment précis

- Aura OIS
- Remplir le formulaire d'évaluation et de surveillance clinique
- S'assurer d'augmenter la surveillance en cas d'administration de bolus (selon OIS)
- Ordonnance valide jusqu'à la cessation de l'épidurale
- S'assurer d'avoir une voie intraveineuse en tout temps

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Mise en situation

Monsieur Bigras est de retour de salle d'opération pour une cure d'occlusion intestinale. Il a un soluté qui perfuse bien, un TNG en succion moyenne intermittente, un cathéter urinaire en drainage libre, une épidurale et un pansement abdominal qui est propre.



Source : <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

49

L'ordonnance pour l'épidural est la suivante:

PERFUSION

Bupivacaïne (Marcaïne) 0,8 % sans préservatif

Fentanyl 2,5 µg/mL

Dans NaCl 0,9 %

Débit 10 mL/h

Si douleur ≥ 4/10, donner bolus de 5 mL en 5 min et ↑ perfusion de 1 mL/h q. 30 min pour un maximum de 14 mL/h

Si douleur = 0/10, à la mobilisation, ↓ perfusion de 1 mL/h q. 2 h(s) pour un minimum de 7 mL/h

En lien avec cette ordonnance, quelles seront les surveillances que vous effectuerez chez l'utilisateur ayant une épidurale?

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Mise en situation

Madame Ming a été opérée pour une ROFI de la cheville droite suite à une chute à vélo.

Elle a un soluté qui perfuse bien, un pansement au poignet droit qui est propre et une demi attelle plâtrée au MID avec un bandage élastique qui est propre.



Source : <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Vous regardez son dossier et il est indiqué qu'elle a eu une rachianesthésie avec de la bupivacaïne, sans Épiporphe.

48

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

En lien avec cette anesthésie, quelles seront les surveillances que vous effectuerez?

Notes personnelles



Complications à surveiller


- Analgésie unilatérale
- Infection (méningite, abcès péri-dural) (rare)
- Céphalées post ponction de la dure-mère(1%)
- Hématome au site (rare)
- Signes d'infections au site
- Extension ou régression du bloc
- Déconnexion
- Retrait accidentel
- Bris du cathéter

1. Arrêter la perfusion
2. Ne pas rebrancher
3. Vérifier l'intégrité du cathéter
4. Faire un pansement stérile sur le bout
5. Aviser l'anesthésiste

♥ MÉTHODES DE SOINS

Pansement d'un cathéter épidural temporaire

Retrait d'un cathéter épidural

Notes personnelles 

POSTOPÉRATOIRE : GÉNÉRALITÉS

Qui suis-je?

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

1

Évaluation,
monitorage et
critères de congé

2

Enseignement,
dépistage et
préparation

3

Enseignement,
surveillance et
évaluation

5

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Préparation opératoire

- Analyse de laboratoire à jour
 - Selon ordonnance
- Médication préopératoire
 - Sera prescrit par le chirurgien ou l'anesthésiologiste, des listes sont présentes afin de savoir quels médicaments on peut ou pas administrer
- Préparation de l'usager
- Rasage
 - Selon les hôpitaux, des cahiers de délimitation de rasage sont disponibles
 - MSI : Préparation de la peau de l'usager en période préopératoire
 - Manuel de préparation de la peau CISSS (à venir)
 - Par les travailleurs de la santé
 - Le plus proche de l'opération, en général, le matin même

Votre rôle en postopératoire : Lewis, L.S., Ruff Dirksen, S., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2016).

« Prise en charge des usagers en postopératoire en assurant, dans un processus continu, la prévention et la surveillance des complications pouvant survenir et toucher plusieurs systèmes; soit le système cardiovasculaire, le système respiratoire, le système neuropsychologique, le système tégumentaire, le système urinaire et l'équilibre liquidien et électrolytique »

Surveillance postopératoire

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Surveillance postopératoire

Mise en situation



Mme Lavigne arrive sur votre unité en postopératoire, vous savez qu'elle a été opérée pour une appendicectomie, suite à une perforation.

Qu'allez-vous regarder dès son arrivée?

Réponses

12

Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

À quelle fréquence ferez-vous la surveillance de l'état de conscience, des signes vitaux et de la douleur?

- À chaque _____
- À chaque _____
- À chaque _____
- À chaque _____
- À chaque _____

Oxygène

- L'utilisateur peut arriver avec de l'O₂ selon une ordonnance individuelle (OI, OIS)
- Ajuster afin de favoriser le sevrage
- OC disponible si nécessité d'en mettre


Pansement

- Visualiser aux 4 h minimum le 1er 24 h
- Retrait du 1er pansement par le chirurgien ou selon l'ordonnance
- Fréquence de changement selon ordonnance
- Bien documenter (exsudat, qualité de la plaie, grandeur, peau environnante, etc.)
- Lorsque souillé dans le 24 à 48 heures postopératoire
 - Évaluer l'état de l'utilisateur
 - Délimiter
 - Renforcer une fois au besoin
 - Aviser ensuite

Drains et cathéters

- Connaître l'emplacement d'insertion du drain ou du cathéter
- Connaître la surveillance qui y est associée (quantité, qualité de l'écoulement, pansement)
- Connaître la fréquence des soins
- Connaître le moment du retrait
- Connaître les signes de complications
- Planifier et prodiguer l'enseignement

Notes personnelles



Dosage ingesta / excreta

- 1re miction toujours la plus importante
 - Maximum 6 à 8h postopératoire
 - Attention au risque de rétention urinaire, globe vésical
- Excréta
 - Mesurer la quantité
 - Décrire la qualité (couleur, texture, dépôt, caillot)
 - Drains et cathéters
- Ingesta
 - Perfusion
 - Alimentation / Hydratation
 - Gavage
 - Noter ce qu'il prend par la bouche même si nil per os

Mobilisation

Premier levé

- Selon l'ordonnance
- Nécessite l'évaluation de l'infirmière avant de procéder
- Le 1er lever se fait toujours à deux personnes incluant l'infirmière
- S'effectue de 3 à 6 heures postopératoire lorsque l'usager est hémodynamiquement stable
 - Niveau de sédation à 1 ou moins (selon l'échelle de Pasero)
 - Niveau de bloc moteur à 0 (flexion complète genoux/pieds)

Jour 1

- Minimalement au fauteuil trois fois par jour
- Circuler selon sa tolérance ou l'ordonnance
- Retour progressif à l'autonomie de ses AVQ selon l'état de l'usager avant la chirurgie

Diète

- Progressive
- Au goût
- Selon l'ordonnance

Complications

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Complications



Nous sommes le lendemain de l'opération et Mme Lavigne se plaint de céphalée et de douleur augmentée au site opératoire. Elle est en diaphorèse et présente des frissons.

Qu'allez-vous regarder pour compléter votre évaluation?

Réponses

29

Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Quelles sont les complications possibles en postopératoires?

Quels sont les éléments gagnants d'une prévention des complications?

1. Mobilisation et exercices de mobilisation
2. Inspirométrie et autres exercices respiratoires
3. Soulagement de la douleur
4. Alimentation et hydratation

Thromboprophylaxie

Indication

- Prévention de la thrombo-embolie veineuse en période postopératoire pouvant se poursuivre jusqu'à 28 jours après la sortie de l'hôpital
- Elle est prescrite en fonction du risque associé à la chirurgie

Traitements préventifs :

- Mobilisation rapide
- Compression pneumatique intermittente
- Bas élastiques de compression
- Anticoagulants

Symptômes à surveiller en lien avec la thromboprophylaxie prolongée et en nécessitant l'arrêt et une évaluation médicale :

- Présences d'ecchymoses ou de petits hématomes aux points d'injection des HFPM
- Signe de saignement ou hémorragie de la plaie opératoire
- Hématurie
- Méléna
- Rectorragie
- Hémoptysie

Précaution pour l'anesthésie rachidienne ou épidurale

- L'administration de l'héparine de bas poids moléculaire doit se faire [] après la technique neuraxiale
- L'administration de l'héparine doit se faire [] avant le retrait de l'épidurale.
- Bien suivre les ordonnances, car seuls certains anticoagulants sont autorisés.

Enseignement

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Nom : *Sylvie Lavigne* N° Dossier : 60606060
 Date : 19-03-19 Heure : 11h30
Tylénol 650 mg PO QID x 48 h puis PRN
Morphine 5 mg PO q 3 H PRN
Cipro 500 mg PO BID
Retirer les agrafes dans 7 jours
D.W.Forget 010203

Enseignement



En prévision du congé, quels sujets devront être abordés avec madame Lavigne?

38


Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides Québec

Sujets d'enseignement

Mobilisation	
	Douche/bain
Rendez-vous	
	Autosoins

Congé

Notes personnelles	

Vidéo trouvez les erreurs

Réponses

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Chirurgie biliaire

Rappel anatomique

Le foie est l'organe qui sécrète la bile qui est emmagasinée dans la vésicule biliaire. La vésicule verse la bile dans l'intestin grêle lors du processus digestif.

Cholécystectomie

Consiste à enlever la vésicule biliaire et les calculs qui y sont contenus. Cela s'effectue par laparoscopie ou par laparotomie.

Laparoscopie : Consiste à faire plusieurs petites incisions à travers lesquelles chirurgien introduira un laparoscope.

Laparotomie : Consiste à faire une incision verticale sur l'abdomen.

Surveillance :

- Pansement, drains et diète réduite en gras.

Notes personnelles



Chirurgie du sein

Enseignement:
drain, exercices,
prévention des
complications

Rappel anatomique

Le sein est formé d'une glande mammaire et de tissus gras situés par-dessus les muscles pectoraux et les côtes. Les ganglions lymphatiques sont des masses rondes réparties partout dans le corps. Les aisselles en renferment plusieurs.

Mastectomie partielle

Consiste à enlever la tumeur ainsi qu'une partie du tissu sain (marge saine) alentour de celle-ci. L'hospitalisation est d'une durée de 24 à 48 heures.

Mastectomie radicale

Consiste en l'ablation complète du sein ainsi que le retrait d'un certain nombre de ganglions lymphatiques. L'hospitalisation est d'une durée de 24 à 48 heures.

Dissection de l'aisselle

Consiste à retirer les ganglions du côté opéré.

Mastectomie radicale modifiée

Consiste en l'ablation complète du sein et à retirer un certain nombre de ganglions au niveau de l'aisselle. Consiste à retirer les ganglions du côté opéré.

Notes personnelles



Quelle est la principale complication de la chirurgie du sein?

Comment bien surveiller cette complication?

Quel est l'enseignement?

Pas de douche avec les drains

Dosage du drain

Feuillet d'enseignement

Hernie

Rappel anatomique

Une hernie se produit lorsqu'un organe sort de la cavité abdominale. Elle apparaît en raison d'une faiblesse dans la paroi musculaire de l'abdomen.

Types

- Inguinale
- Fémorale
- Ombilicale
- Incisionnelle
- Hiatale

Éléments de surveillance

- Pansements
- Douleur

Chirurgies intestinales

Résection intestinale

Consiste à enlever la partie malade de l'intestin et créer une anastomose des deux extrémités ensemble.

Types	
Hémi-colectomie droite, transverse ou gauche	
Colectomie totale	
Résection antérieure et antérieure basse et abdo-périnéale	
Anastomose colorectale	

- Durée d'hospitalisation
 - 3 à 5 jours si par laparoscopie
 - 5 à 7 jours si par laparotomie
- Préparation intestinale la veille
- Surveillances
 - Pansements et plaies
 - Péristaltisme
 - Diurèse

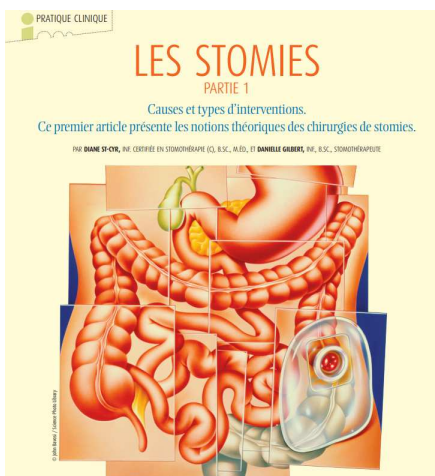
Aucune manœuvre intrarectale

Résection intestinale avec stomie

Consiste à enlever un bout d'intestin et d'emmener l'intestin à la peau en créant une ouverture sur l'abdomen.

- Durée d'hospitalisation d'environ 7 jours
- Préparation intestinale la veille
- Surveillance
 - Pansements et plaies
 - Stomie
 - Péristaltisme
 - Diurèse
 - Enseignement de stomie avec remise de la trousse de départ

Lecture :



https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2011_vol08_no5/08Stomie_s1.pdf

Stomie

The image is a screenshot of a clinical portal website. At the top, there is a breadcrumb trail: 'accueil / Incontournables / Portail clinique / Documentation clinique / Soins infirmiers'. Below this, on the left, is a sidebar menu under 'Grands dossiers' with 'Documentation clinique' selected. The main content area is titled 'Documentation clinique - Soins infirmiers' and includes the text 'Section en développement.' Below this, there are several large, rounded rectangular buttons: 'Soins de plaies et stomies' (highlighted with a red border), 'Prescriptions infirmières', 'Ordonnances protocoles', and 'Médicaments'.

Quand on parle d'une personne stomisée, quels seront vos objectifs de soins??

Comment prévenir les complications?

- Vidange du sac quand 1/3 plein
- Changer l'appareil dès qu'une fuite apparaît
- Bien nettoyer la peau à chaque changement
- Couper les poils à l'aide d'une tondeuse ou d'un petit ciseau
- Ne pas coller d'adhésif directement sur la peau irritée
- Bien ajuster l'appareil collecteur

Quelles sont les caractéristiques qui nous permettent de reconnaître une stomie saine?



Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Réponses

Éléments de surveillance :

- Type de stomie
- Apparence de la stomie
- Forme et dimensions
- Extériorisation (Protusion)
- Peau péristomiale
- Jonction muco-cutanée
- Effluent, excréta (qualité et quantité lorsque quantifiable)
- Dispositifs
- Peau environnante, contour abdominal
- Étanchéité de l'appareillage
- Présence de tige de soutien (lorsque stomie en boucle)

Types de stomie	Caractéristiques des selles
Iléostomie	Semi-liquides à pâteuses 800 ml à 1 L, intermittent particulièrement après les repas
Colostomie ascendante	Semi-liquides à pâteuses, évacuation irrégulière
Colostomie transverse	Pâteuses, évacuation irrégulière
Colostomie descendante ou sigmoïdienne	Semi-formées à formées, fréquence similaire à préopératoire



Notes personnelles

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Types d'interventions chirurgicales

Hystérectomie abdominale totale (H.A.T.) et vaginale (H.V.V.)

Consiste à enlever l'utérus par voie abdominale ou vaginale.

Salpingo-ovariectomie (SOB)

Retrait d'une trompe et d'un ovaire, peut être bilatérale.

Dilatation et curetage

Consiste à dilater le col et à nettoyer l'intérieur de l'utérus à l'aide d'une curette

Fait pour des saignements utérins anormaux, une interruption de grossesse, une biopsie, une rétention placentaire.

Éléments de surveillance

**Moins d'une
serviette à l'heure**

- Saignements vaginaux
- Pansement
- Sonde urinaire
- Dosage ingesta/excréta
- Premier lever
- Résultat d'hémoglobine
- Mèche vaginale
 - MSI : Application et retrait d'une mèche dans une plaie
- Tube rectal
 - MSI: Insertion d'un tube rectal

Normalité:

- **Pertes vaginales rougeâtres à brunâtres**
- **Douleur aux côtes ou à l'épaule**
- **Urine bleue verte**
- **Teint grisâtre**

Complications:

- **Hémorragie**
- **Infection**
- **Douleur abdominale non soulagée**
- **Toutes autres complications postopératoires**

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Définition	Terminologie
Inflammation des tissus osseux et de la moelle	
Arthrose à la hanche	
Replacer les os	
Résection partielle d'un os pour remédier à une difformité	
Replacer les os en effectuant une chirurgie	
Arthrose touchant la partie interne ou externe du genou et s'associant parfois à une arthrose de la rotule	
Fragilité de l'os due à une diminution de la densité et à un amincissement des os	
Arthrose de l'épaule	
Intervention ayant pour but de réunir mécaniquement les fragments osseux à l'aide de plaques ou de vis	

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Pourquoi faire une chirurgie orthopédique?

- Arthrite: maladie inflammatoire des articulations
- Arthrose: usure et détérioration du cartilage situé entre deux os
- Malformation
- Traumatisme : chutes, fractures, torsion
- Complication : syndrome du compartiment
- Maladies : ostéoporose, cancer

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Dans quels buts effectuer une intervention chirurgicale lors de fracture?

1.

2.


Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Chirurgie de l'épaule

Approche chirurgicale

- Arthroscopie
- Acromioplastie
- Réparation de la coiffe des rotateurs
- Prothèse totale de l'épaule

Notes personnelles



Soins particuliers


- Attelle stevenson si nécessaire
- Coussin en place si nécessaire
- Pansement
- CCMSPRO
- Bloc sensitif et moteur selon l'analgésie/anesthésie
- Suivi en physiothérapie

Chirurgie du genou

Approches chirurgicales

- Arthroplastie du genou
- Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou (LCA)
- Prothèse totale du genou (PTG)
- Prothèse unicompartmentale (PUG)

Notes personnelles



Soins particuliers


- Surveiller le pansement
- CCMSPRO
- Dorsiflexion
- Mise en charge selon le chirurgien
- Attelle en place (zimmer, orthèse articulée)
- Bloc sensitif et moteur selon l'analgésie/anesthésie
- CPM selon l'ordonnance médicale ou la physio

Chirurgie de la hanche

Approches chirurgicales

- Prothèse totale de la hanche (PTH)
- Endoprothèse
- Fracture de la hanche

Notes personnelles



LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Chirurgie de la hanche

Soins particuliers

- Pansements
- CCMSPRO
- Vérifier le positionnement du pied afin de déceler un pied tombant
- Éviter les mouvements pouvant provoquer une luxation pour les endoprothèses ou les PTH
- Coussin abducteur/ oreiller en place (PTH)
- Bloc sensitif et moteur selon l'analgésie/anesthésie
- Suivi en physiothérapie

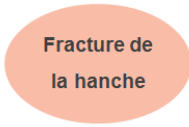


Prothèse
totale de la
hanche

Chirurgie de la hanche

Soins particuliers

- Repos au lit pour 24h (sauf avis contraire de l'orthopédiste)
Pour l'hôpital Saint-Eustache: levé précoce
- Pied du lit à plat en tout temps
- Si endoprothèse, coussins abducteurs en permanence au lit x 24h, par la suite lorsque couché
- Mobiliser chaque 2 h avec oreiller entre les jambes
- Physiothérapie dès le postop 1
- Mise en charge selon l'orthopédiste




Fracture de
la hanche

Réduction ouvertes avec fixation interne (ROFI)

L'orthopédiste devra faire une incision pour opérer et remettre en place le ou les os à l'aide de clous, plaques, vis ou fils.

Notes personnelles



Soins particuliers

- Pansements
- Plâtre ou demi-attelle plâtrée
- CCMSPRO
- Élever le membre afin de diminuer l'oedème
- Ne pas mouiller le plâtre
- Ne pas entrer d'objet à l'intérieur du plâtre

Fracture du Bassin


Approche non chirurgicale

- Repos au lit

Approches chirurgicales

- Fixateur externe
- Réduction ouverte et fixation interne (ROFI) avec plaques ou

Notes personnelles



Soins particuliers

- CCMSPRO
- Vérifier la souplesse de l'abdomen
- Surveiller si présence d'ecchymose au scrotum ou à la fesse
- Vérifier régulièrement les points de pression (talons et siège)



Fracture des membres inférieurs

Approches chirurgicales

- Réduction fermée
- Immobilisation (plâtre, attelle, etc.)
- Ostéosynthèse (plaques, vis, clou et tige)

Notes personnelles

Notes personnelles

Soins particuliers

- 1er lever précoce ou selon l'ordonnance
- Toujours garder le membre opéré élevé au lit
- Bouger très souvent le pied ou les orteils du membre opéré :
 - pour favoriser une bonne circulation
 - pour diminuer l'oedème
 - pour éviter les phlébites
 - pour diminuer la douleur

Traction

Définition

Cadre relié à des poids par un système de poulies qui détermine la direction et la force de la traction prescrite par le médecin. Ce cadre est relié à la partie fracturée à l'aide d'un bandage cutané.


But :

- Soulager les spasmes musculaires
- Réduire et immobiliser les fractures
- Corriger certaines déformations

Principes à respecter :

- Les poids doivent pendre librement
- Le corps du patient doit bien être aligné
- Le patient ne doit pas se tourner sur les côtés
- La traction doit être enlevée 4x par jour pendant 20 minutes
- Vérifier l'intégrité de la peau à tous les quarts de travail

Fracture des membres supérieurs

<p>Approche non-chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immobilisation (plâtre, attelle, etc.) <p>Approches chirurgicales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction fermée • Ostéosynthèse (plaques, vis, 	<p style="text-align: center;">Notes personnelles </p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

Chirurgie du dos

Chirurgie spinale:

- Fusion lombaire

Surveillance particulière

- Signes neurovasculaires
- 1er lever selon l'ordonnance
- Physiothérapie et ergothérapie selon le plan d'intervention
- Port du corset post retrait du drain selon le cheminement clinique
- Mouvements contre-indiqués pour 6 mois ou jusqu'à indication contraire de l'orthopédiste: flexion du dos et torsion du dos

Fasciotomie

- Ouverture du fascia afin de diminuer la pression musculaire
- Traitement du syndrome du compartiment

Soins particuliers

- Changement de pansement selon l'ordonnance
- CCMSPRO
- Surélever le membre
- Risque de nécrose

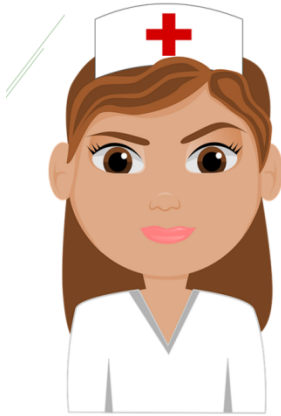
Fixateur externe

Appareillage composé de broches que l'on insère dans les fragments osseux après les avoir bien alignés. Ces broches sont maintenues en place au moyen d'attaches reliées à un cadre fixe.

Soins particuliers

- Pansement et asepsie au pourtour des broches
- CCMSPRO
- Surveiller suintement du pansement et renforcer PRN
- Suivi au CLSC pour les pansements au congé

Mise en situation



Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Monsieur Girard, 32 ans, est hospitalisé pour une fracture du tibia au membre inférieur gauche suite à une chute en ski.

Il est revenu de la salle d'opération hier à 18h30 suite à une ROFI tibia gauche.

Il a eu une rachianesthésie (Bupivacaïne et Épiporph).



Il est 8h00 et vous débutez votre quart de travail.

Quels seront les éléments d'évaluation et de surveillance à prendre en considération en début de quart de travail?

Three empty rectangular boxes for taking notes.

Vous recueillez les données suivantes:

- Bien éveillé, R: 22/minute
- Douleur à 10/10 au MIG malgré l'analgésique sous cut. reçu à 6h45
- Pansement propre
- Demi-attelle plâtrée en place
- Orteils pâles MIG
- Aucune sensibilité aux orteils MIG
- Retour capillaire de 4 secondes

Empty rectangular box with a red border.

Empty rectangular box.

Que soupçonnez-vous?

Et

Quelles seront vos interventions?


Three empty rectangular boxes for taking notes.

Principales complications en orthopédie

- Thrombophlébite
- Infection
- Œdème
- Syndrome du compartiment

Mise en charge

- Mec totale: poids complet sur la jambe opérée
- Mec partielle: 50 % maximum de son poids
- Mec Toe Touch: Pied déposé par terre pour maintenir son équilibre sans mettre de poids (béquille ou marchette)
- Pas de MEC: le pied ne doit pas toucher le sol, donc saut sur la jambe saine

Notes personnelles 

CHIRURGIE UROLOGIQUE

Examens

Cystoscopie:

Examen où un cystoscope est introduit par l'urètre afin de visualiser la vessie et d'y détecter des anomalies.

Urétroscopie:

À l'aide d'un urétroscope, l'urologue peut visualiser l'urètre, la vessie, les uretères et l'entrée des reins ainsi que la prostate chez les hommes.

Double J ou sonde urétéral

Notes personnelles

Surveillances particulières

- Filtrer les urines
- Dosage ingesta/excréta
- Coloration des urines
- Augmenter l'hydratation en l'absence de contre-indication
- S'assurer d'avoir un rendez-vous pour le retrait du double J


Résection transurétrale de tumeur de vessie (RTUTV)

Notes personnelles

Surveillances particulières

- Cathéter urinaire
- Coloration des urines
- Dosage ingesta/excréta
- Irrigation vésicale à ajuster selon la coloration des urines
- Lavage vésical et décaillotage manuel au besoin
- Bonne hydratation en l'absence de contre-indication


Résection transurétrale de la prostate (RTUP)

Notes personnelles 

Surveillances particulières

- Cathéter urinaire
- Traction sur le cathéter (en place pour environ 24 heures)
- Coloration des urines
- Irrigation vésicale selon la coloration des urines
- Dosage ingesta/excréta
- Lavage vésical et décaillotage manuel au besoin
- Bonne hydratation en l'absence de contre-indication

Prostatectomie radicale

Notes personnelles 

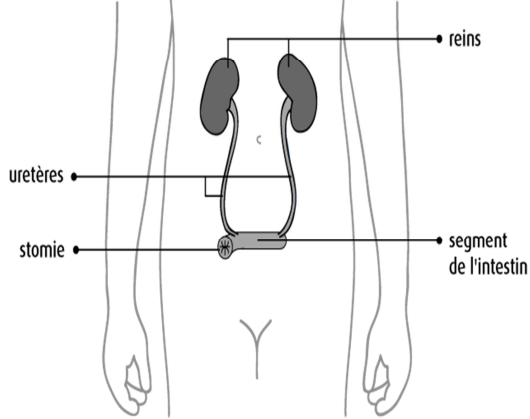
Surveillances particulières

- Dosage ingesta/excréta
- Coloration des urines
- Fixation de la sonde
- Ne jamais cesser la sonde (en place pour 10-14 jours)
- Pansement
- Qualité et quantité du drain au besoin
- Bonne hydratation en l'absence de contre-indication
- Diète riche en fibre (éviter la constipation)

Cystectomie avec création d'un conduit iléal

Conduit iléal

Source : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/bladder/treatment/surgery/?region=on>



Notes personnelles



Surveillances particulières

- Dosage ingesta/excréta
- Qualité de l'urine
- Appareillage de stomie
- Aspect de la stomie et de la peau péristomiale
- Bonne hydratation en l'absence de contre-indication

Néphrectomie

Notes personnelles



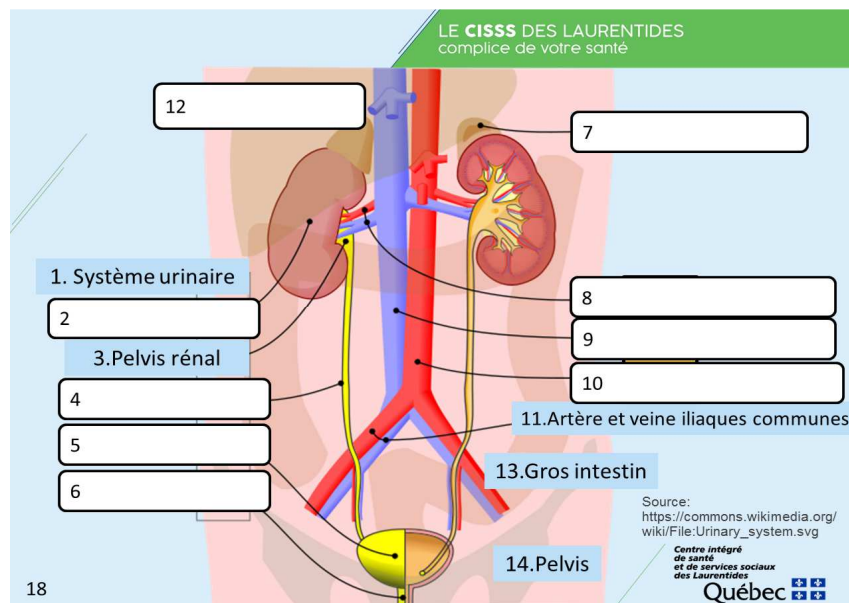
Surveillances particulières

- Pansements
- Dosage ingesta/excréta
- Coloration des urines
- Cathéter urinaire
- Bonne hydratation en l'absence de contre-indication
- Diète riche en fibres

Néphrostomie

Pour quelles raisons installe-t-on une néphrostomie?

Hydronéphrose,
pyélonéphrite et
septicémie



Surveillance des complications

Signes vitaux	Absence ou diminution de l'urine
Signes d'obstruction	Signes d'infection



Notes personnelles

Surveillance du système de drainage

- Intégrité et aspect du pansement (chaque 4 heures)
- Positionnement des marques noires (1 cm)
- Perméabilité du système de drainage
- Positionnement du robinet
- Sac de drainage en dessous du site
- Quantité et qualité de l'urine

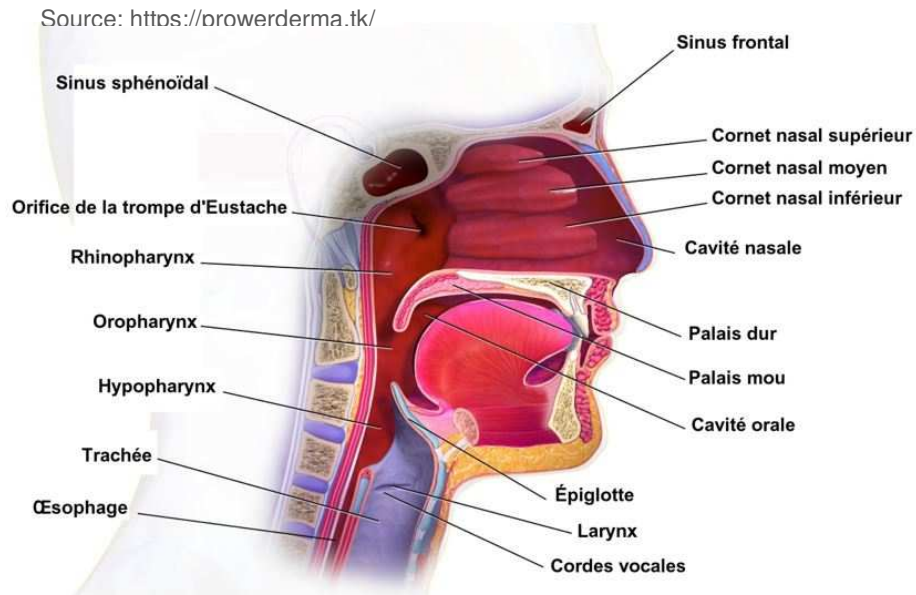
Surveillance systématique à chaque 8 heures

Importance de bien enseigner les autosoins



CHIRURGIE ORL

Rappel anatomique



Chirurgie de la thyroïde

Surveillance particulière	Notes personnelles
Pansement	
Drain	
Tête de lit à 30°	
Signes Trousseau	
Signes Chvostek	
Prélèvement de contrôle du calcium	

Signes de trousseau

- Prendre PA de l'usager
- Ensuite, gonfler le brassard à 20 mm Hg au-delà de la pression systolique
- Garder gonflé de 1 à 3 minutes
- Dégonfler le brassard par la suite

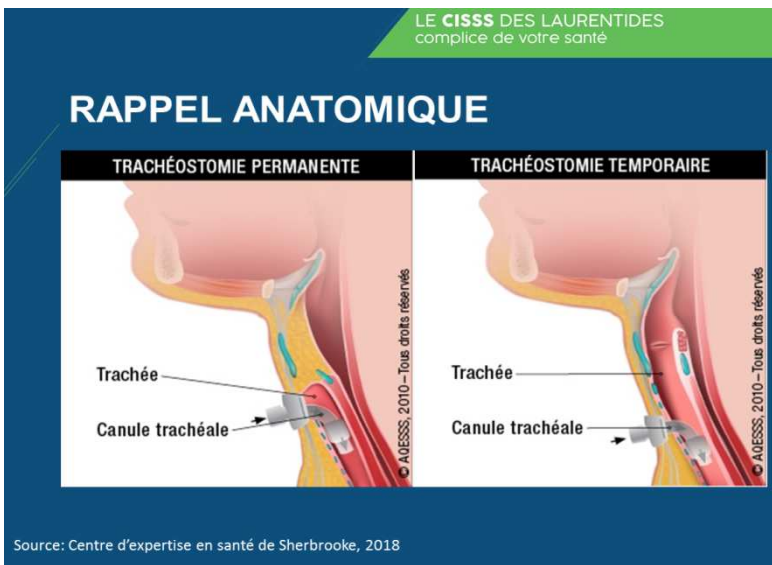
Complication grave de la chirurgie de la thyroïde :

Les soins de trachéostomie

Définition

Les soins de trachéostomie comprennent les éléments suivants :

- Aspiration des sécrétions PRN (trachéobronchiques et buccales)
- Retrait du pansement
- Nettoyage ou changement de la canule interne
- Nettoyage du site (stomie)
- Réfection du pansement
- Changement du système de fixation
- Vérification du ballonnet gonflé/dégonflé
- Effectuer l'hygiène buccodentaire



Notes personnelles

	AUSCULTER	ASPIRER LES SÉCRÉTIONS	NETTOYER LA STOMIE ET LA CANULE	CHANGER LA FIXATION (CORDONS)	EFFECTUER LA SURVEILLANCE	DÉTERMINER / AJUSTER LE PTI
INFIRMIÈRE CEPI						
INFIRMIÈRE AUXILIAIRE						
INHALO-THÉRAPEUTE						

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

À QUELLE FRÉQUENCE EFFECTUER LES SOINS ?

- Usager qui vient de subir une trachéostomie :
 - Chaque 1 à 2 heures et PRN (premières 24 heures)
- Phase inflammatoire (sécrétions augmentées) :
 - Chaque 4 heures
- Phase inflammatoire diminuée :
 - Minimalement TID
- Puis au besoin selon l'état de l'usager, la qualité et la quantité des sécrétions

Québec

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

QUAND EFFECTUER L'ASPIRATION?

- Avant les soins si besoin et entre les soins au besoin seulement
- Chaque 1-2 heure chez l'usager venant de subir une trachéostomie
- Ensuite, au besoin seulement
 - Privilégier l'autodégagement par la toux
 - Si toux inefficace, bruits à l'auscultation, sécrétions visibles ou audibles, agitation, dyspnée, tachypnée, tachycardie,...
- Auscultation nécessaire avant et après

Québec

Notes personnelles

Installation et retrait du pansement de trachéostomie
Procédure consistant à installer ou retirer le pansement d'une trachéostomie
Révisé le: 2019/03/01
Thématiques: Système respiratoire, Soins de plaies, Soins spécialisés

Cadre de référence sur les soins et la surveillance de la trachéostomie
Ensemble des paramètres encadrant les soins et la surveillance de la trachéostomie
Révisé le: 2018/12/10
Thématiques: Système respiratoire, Soins de plaies, Soins spécialisés

Cadre de référence sur la trachéostomie
Ensemble des paramètres encadrant la trachéostomie
Révisé le: 2018/12/18
Thématiques: Système respiratoire

Cadre de référence sur les soins de trachéostomie (n-p)
Ensemble des paramètres encadrant les soins à l'usager trachéostomisé
Révisé le: 2011/09/14
Thématiques: Non-professionnels

Sevrage de trachéostomie : bouchon de décanulation
Rééduquer l'usager à respirer par les voies respiratoires supérieures en obturant la canule trachéale à l'aide d'un bouchon de décanulation.
Révisé le: 2012/09/11
Thématiques: Système respiratoire

MÉTHODES DE SOINS

Notes personnelles



ALERTES ! URGENCES !

- Obstruction de la canule
- Décanulation partielle
- Décanulation complète

Avoir en tout temps au chevet

- Canule interne propre
- Canule de rechange de même calibre
- Canule de rechange de calibre plus petit
- Mandrin stérile
- Pince hémostatique / écarteur
- Nécessaire à aspiration
- Seringue 10 ml
- « Ambu » avec masque
- Débitmètre d'oxygène
- Lubrifiant stérile à base d'eau

Laryngectomie totale

- Premier 24 heures aux soins intensifs
- NPO pour 10 jours afin de s'assurer de la guérison et éviter les complications
- Premier changement de canule externe par l'ORL
- Soins de la canule externe à faire QID
- Avoir toujours 2 canules au chevet (une en place et une propre et prête pour le prochain changement)
- Solution pour le nettoyage de la canule externe: NaCl 0,9%
- Utiliser du lubrifiant seulement si la canule est difficile à remettre
- L'instillation doit être faite de manière régulière le premier et deuxième mois
- Principale complication : fistule
- L'enseignement à l'usager doit comprendre les soins, l'instillation et l'inspection quotidienne

Notes personnelles



CHIRURGIE VASCULAIRE

Artériopathie oblitérante chronique des membres inférieurs

Signes et symptômes:

- Pâleur lorsque le membre est levé lors d'ischémie importante
- Peau luisante et tendue et perte de poils
- Diminution ou absence de pouls distaux
- Paresthésie (peut être trompeur si usager DB)

Ischémie aigue des membres inférieurs

Signes et symptômes:

- Membre douloureux, froid et pâle
- Membre insensible au touché
- Diminution ou absence de mobilité

Types d'interventions

Interventions	Surveillance	Complications
Angioplastie		
Thrombectomie		
Cure d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) ou résection anévrisme de l'aorte abdominale (RAAA)		
Endartériectomie carotidienne		
Pontage		
Amputation		

Examens diagnostiques

Pléthysmographie (EVP) :

Cet examen consiste à prendre des pressions à différents niveaux sur les bras et les jambes. Cela permet d'évaluer la circulation sanguine, de localiser un blocage et d'en estimer la sévérité.

Angiographie:

Examen radiologique qui permet de visualiser la lumière d'un vaisseau sanguin rendu opaque grâce à l'injection d'un produit de contraste.

Examens diagnostiques

Écho-doppler:

Cet examen permet de visualiser les parois et l'intérieur d'un vaisseau spécifique, de connaître le sens du courant et la vitesse du flot sanguin afin de déterminer s'il y a présence ou non d'une obstruction.

Angioscan:

Technique d'imagerie des vaisseaux utilisant un scanner à rayons X et une injection de produit de contraste iodé.

26

Québec  27

Québec 

Notes personnelles

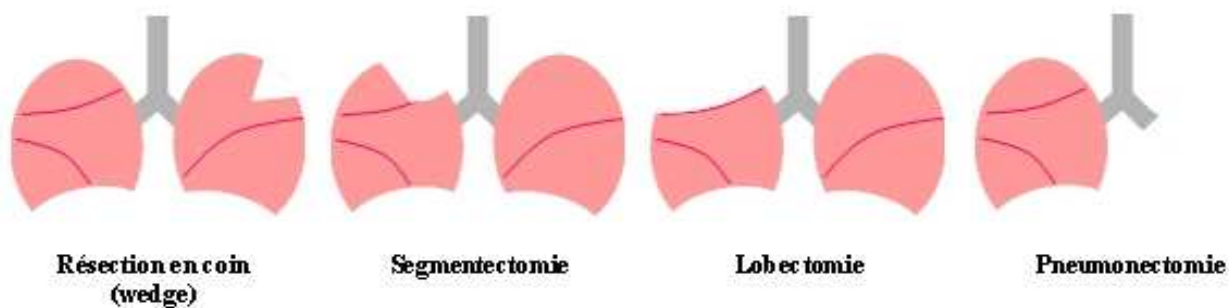


CHIRURGIE THORACIQUE

Examens diagnostiques	Notes personnelles
Radiographie pulmonaire	
Scan thoracique	
Ponction pleurale	
Broncoscopie	
Médiatinoscopie	
Thoracoscopie	

Types d'interventions chirurgicales

Source: <http://www.uclmontgodinne.be/files/ccvt5.html>



Soins et surveillance

Ces interventions demandent une évaluation respiratoire complète.

- État respiratoire
- Douleur
- Pansement
- Symétrie du thorax
- Mobilisation
- Drain

Complications postopératoires

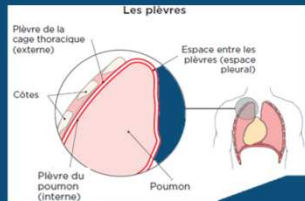
Drain thoracique

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Drain thoracique



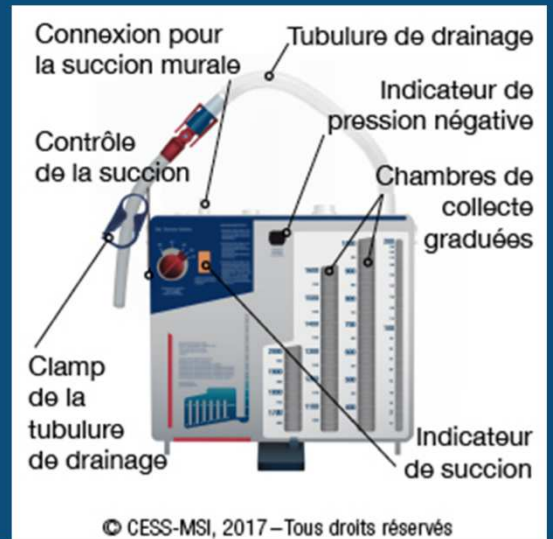
- Est inséré dans l'espace pleural
- Évacue l'air (ou le liquide)
- Rétablit la pression négative intrapleurale
- Assure la réexpansion du poumon affaissé



Diapositive récupérée de la formation OTS volet respiratoire automne 2019



Drain thoracique Pleur-Evac



Indications



Notes personnelles



Objectifs de soins

- Évacuer l'air de la cavité thoracique
- Évacuer du liquide (sang, pus, sérosités, liquide lymphatique)
- Rétablir une pression négative dans l'espace pleural
- Favoriser la réexpansion des poumons après une intervention chirurgicale
- Prévenir l'accumulation de liquide dans l'espace pleural ou médiastinal
- Restaurer une dynamique respiratoire dans les limites de la normale

Pansement du drain thoracique


- À changer aux 3 jours et au besoin
- Selon les recommandations du médecin
- Selon les pratiques de votre établissement
- Un pansement sec, stérile et occlusif est à privilégier
- Voir la MSI : cadre de référence sur le drainage thoracique

Complications du drain thoracique

Complications	Causes
<ul style="list-style-type: none"> • Oxygénation inadéquate • Augmentation de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Altération du fonctionnement du système de drainage
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumothorax 	<ul style="list-style-type: none"> • Déconnection accidentelle • Tube clampé
<ul style="list-style-type: none"> • Accumulation excessive de liquide • OU reflux des liquides vers la cavité thoracique 	<ul style="list-style-type: none"> • Drainage inefficace
<ul style="list-style-type: none"> • Infection 	<ul style="list-style-type: none"> • Bris dans l'intégrité/étanchéité du circuit fermé

- Retrait accidentel
- Circuit coudé ou coincé
- Emphysème sous-cutané

Notes personnelles



Autres diagnostics

Hernie hiatale : correspond au passage d'une partie de l'estomac dans l'orifice œsophagien du diaphragme.

Achalasie : est une affection neurologique de l'œsophage caractérisée par une altération du péristaltisme œsophagien.

Soins et surveillances postopératoires

- Spirométrie le plus vite possible en postopératoire
- Aviser si le drainage est plus grand ou égal à 300 ml/h
- En présence d'un drain thoracique, une radiographie pulmonaire doit être faite DIE avant 10h
- Vérifier le système de drainage et la succion aux 4 à 8h
 - Risque d'emphysème sous cutanée
 - Risque de pneumothorax si le système est bloqué
 - La succion doit être au niveau prescrit

CHIRURGIE MAXILLOFACIALE

Physiopathologie de la chirurgie de LeFort

L'ostéotomie maxillaire de LeFort permet de corriger des anomalies du squelette de la face liées à la mâchoire supérieure. Elle s'effectue sous anesthésie générale.

Surveillance et soins particuliers

Soulagement de la douleur

Appliquer glace sur œdème pendant 30 minutes à chaque heure. Diminuera sensiblement dans les 24 à 48 h postopératoire, mais peut persister jusqu'à 7 à 10 jours. Administrer des analgésiques au besoin.



Alimentation

- Selon l'ordonnance médicale
- Éviter les liquides chauds (favorise le saignement)
- Éviter succion dans la bouche (paille ou crachat) qui favorise le saignement
- Seringue 60 ml avec embout peut être utilisée

Source: <https://pixabay.com/>
<https://publicdomainvectors.org>

Confort

- Tête de lit plus grande que 30 °
- Soins de bouche à chaque 4 h et PRN
- Succion intra-orale via cathéter aspiration PRN

Saignements

- Faire mordre des tampons si saignements

Complications

- Infection
- Complications nerveuses
- Complications osseuses
- Complications dentaires
- Complications articulaires


Oxygène

- Saturométrie en permanence pour 24 h

Nausées et vomissements


- Enseigner à l'usager de se tourner sur le côté
- Garder des ciseaux au chevet en tout temps

Notes personnelles

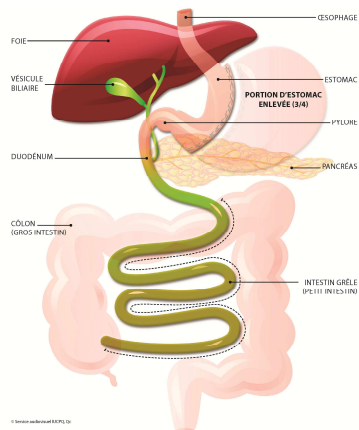


CHIRURGIE BARIATRIQUE

Notes personnelles



Aucune reproduction ou adaptation de l'illustration n'est permise sans autorisation (IUCPQ 2020).



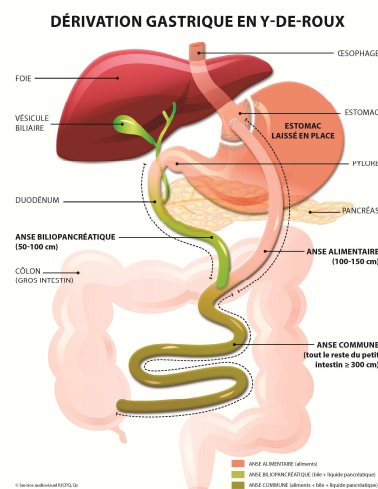
Gastrectomie verticale « Sleeve »

Le chirurgien fabrique un petit estomac en forme de manchon, environ la taille d'une banane. Une grande partie de l'estomac est excisée. Contiens moins de nourriture. Induis un sentiment de satiété.

Dérivation en Y-de-Roux

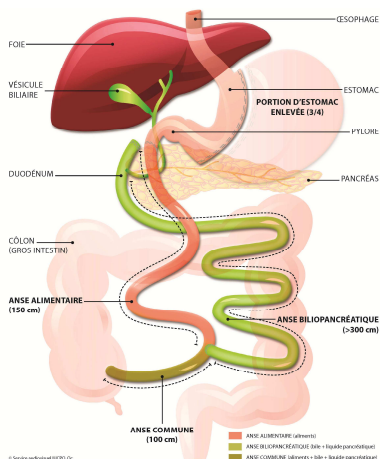
Consiste à créer un petit réservoir d'environ 30-50 mL avec l'estomac. Ce qui reste de l'estomac est séparé du nouveau

réservoir gastrique. Cette chirurgie diminue la capacité de manger (principe de restriction) et diminue l'absorption des aliments (principe de malabsorption). Le trajet de l'intestin grêle est modifié afin de diriger les aliments vers l'anse alimentaire qui transporte les aliments. Les sécrétions provenant du foie et du pancréas passent par une nouvelle voie, l'anse biliopancréatique, qui transporte la bile et les liquides pancréatiques là où il ne passe pas d'aliments. L'absorption du gras et de certains minéraux et vitamines a lieu dans l'anse commune (seule partie de l'intestin où les aliments et les liquides biliopancréatiques entrent en contact).



Aucune reproduction ou adaptation de l'illustration n'est permise sans autorisation (IUCPQ 2020).

DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE



Dérivation biliopancréatique (DBP)

L'estomac est réduit des deux tiers (reste en place environ 100 à 250 mL) et une grande partie du petit intestin sera court-circuitée. Le trajet de l'intestin grêle est modifié afin de diriger les aliments vers l'anse alimentaire qui transporte les aliments. Les sécrétions provenant du foie et du pancréas passent par une nouvelle voie, l'anse biliopancréatique, qui transporte la bile et les liquides pancréatiques là où il ne passe pas d'aliments. L'absorption du gras et de certains minéraux et vitamines a lieu dans l'anse commune (seule partie de l'intestin où les aliments et les liquides biliopancréatiques entrent en contact). Elle mesure en général 100 cm, ce qui diminue l'absorption des aliments. C'est la plus efficace en perte de poids.

Aucune reproduction ou adaptation de l'illustration n'est permise sans autorisation (IUCPQ 2020).

Complications

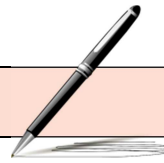
- Fuite au niveau de la ligne d'agrafes
 - Nécessite une hospitalisation prolongée et possiblement une ou plusieurs autres interventions chirurgicales (moins de 1%)
- Saignement au niveau de la ligne d'agrafes (1%)
- Reflux gastro-œsophagien
- Dysphagie
- Occlusion (dérivation)
- Nausées
- Douleur
- Hypoglycémie et hypotension



Médecin à aviser si chute de PA et tachycardie

Phase préopératoire

Notes personnelles



Phase peropératoire

Sleeve:

- Hospitalisation jusqu'à 24h
- L'utilisateur doit apporter son C-Pap si apnée du sommeil
- Soins intensifs au besoin seulement
- Mobilisation et reprise de diète rapide pour favoriser le congé
- Prise des signes vitaux selon le postopératoire régulier
- Surveillance et évaluation de l'abdomen (chirurgie par laparoscopie)
- Importance de suivre la diète indiquée
- Consultation en nutrition avant le congé

2. La phase peropératoire

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Aspect nutritionnel

Garder la tête de lit à 90° lorsque s'alimente pour 30 minutes

Jour 0 – liquides clairs:	Jour 1 – introduction des produits laitiers:
Liquides clairs seulement	Les usagers ont très faim, donc introduction de protéines
Petite gorgée de maximum 30 mL chaque 30 à 60 minutes Ne pas retirer tout le plateau, <u>laisser des liquides à disposition en tout temps</u> Éviter les aliments trop chauds ou trop froid qui pourrait causer des malaises à l'estomac	

3. La phase postopératoire

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

- Retour au travail après 4 semaines

Rendez-vous de suivi	
QUAND	AVEC QUI
48 - 72 h post-op	Suivi téléphonique avec l'infirmière clinicienne de la clinique de chirurgie bariatrique
4 à 6 semaines post-op	R-V médecin + nutritionniste
3 ^e mois post-op	R-V nutritionniste
6 ^e mois post-op	R-V infirmière et nutritionniste
12 ^e mois post-op	R-V médecin

Phase postopératoire


Aspect nutritionnel:

- Diète progressive sur 1 mois:
 - 1er jour : alimentation avec liquides clairs
 - du 2e au 14e jour : alimentation avec liquides nutritifs
 - du 15e au 28e jour : alimentation avec texture purée lisse
 - Ensuite : alimentation molle quelques jours et ensuite normale
 - Alimentation normale basée sur le guide alimentaire canadien, mais adaptée à la chirurgie pratiquée avec l'ajout d'un supplément de vitamines et minéraux

Recommandation nutritionnelle postopératoire

- L'utilisateur doit:
 - Manger lentement, bien mastiquer et prendre de petites gorgées/ bouchées
 - Prendre plusieurs petits repas/collations par jour (idéalement 5-6)
 - Écouter ses signaux de satiété
 - Boire une demi-heure avant le repas ou une heure après
 - Éviter les aliments irritants pouvant causer les brûlements d'estomac
 - Ne pas boire avec une paille
 - Ne pas manger 1 à 2 heures avant le coucher
 - Avoir une alimentation riche en protéines

Notes personnelles



RENCONTRE VIRTUELLE - QUIZ ET MISE EN SITUATION

1. Quelle est la fréquence usuelle des signes vitaux?
2. Quand effectuer le premier lever postopératoire?
3. Quels sont les éléments à prioriser en postopératoire, afin de prévenir les complications?
4. Que doit-il être fait lorsque le pansement opératoire est souillé dans le premier 24 heures?
5. Quels sont les signes de toxicité reliés aux anesthésiques locaux?
6. Quels sont les éléments de surveillance en lien avec l'épidurale?
7. Quelle est la principale complication de la chirurgie du sein?
8. Quelles sont les surveillances à faire afin de déceler cette complication?

Qui suis-je?

Une injection près d'un groupe de nerfs ou dans le dos permettant d'enlever la sensibilité d'une partie du corps.	
Anesthésie pendant laquelle des médicaments sont administrés par voie intraveineuse pour provoquer un état d'inconscience.	
Association de médicaments analgésiques dont les mécanismes d'actions sont différents qui permet le maintien d'un seuil de douleur inférieur ou égale à 4/10.	
Injection d'une substance anesthésique près du site de l'intervention.	

Vrai ou faux

Questions	Vrai	Faux
Le bloc fémoral permet d'anesthésier la partie avant et la partie arrière du genou.		
Lors d'une rachianesthésie, il n'y a aucun risque de dépression respiratoire.		
La perte de mobilité est un effet secondaire possible des anesthésiques locaux.		
Le premier lever se fait à deux personnes seulement si c'est nécessaire.		
La traction est utilisée pour soulager les spasmes musculaires, réduire et immobiliser les fractures ou corriger certaines déformations lors de fracture du fémur ou de la hanche.		
Le syndrome du compartiment ne doit pas perdurer plus de 12 heures, car il peut se produire une nécrose des tissus, des muscles ou des nerfs ainsi qu'une perte définitive de la fonction du muscle.		
Lors d'une prostatectomie, il est important de bien maintenir le cathéter vésical en place de 10 à 14 jours.		
Le rasage préopératoire peut être fait par l'usager à domicile.		
Le retrait du premier pansement opératoire se fait par l'infirmière 24 heures postopératoire.		

Mise en situation

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Monsieur Tanguay a été opéré hier pour une fermeture de stomie. Il est sous épidurale pour encore 48 heures.

Il est âgé de 68 ans et a les antécédents suivants: diabète, HTA et il a fait un infarctus en 2018.



Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

Vous débutez votre quart de travail et effectuez les surveillances suivantes:

- Signes vitaux
- État respiratoire
- Niveau de sédation
- Évaluation de la douleur
- Pompe et circuit
- Pansement
- Bloc moteur

12



Quelles sont les surveillances que vous avez oubliées?

Vous regardez le site de l'épidurale et vous remarquez un léger écoulement sérosanguin. Que faites-vous?

Puisque M. Tanguay est bien soulagé et que l'écoulement est resté à l'intérieur du pansement, l'anesthésiologiste décide de conserver l'épidural tel que déjà prescrit.

M. Tanguay présente une douleur thoracique à 5/10 à l'effort sous forme de serrement. Ses signes vitaux sont les suivants:

- TA: 155/79
- FC: 122 irrégulier
- SaO2: 92% à l'air ambiant
- FR: 22/minute

Vous appelez le médecin traitant afin de l'aviser et il vous fait l'ordonnance suivante:

- ECG stat
 - CKMB, troponine stat et dans 6 heures
 - Nitro sub-lingual, 1 vap. Chaque 5 minutes x 3 si DRS, répétable à chaque heure
 - Héparine IV selon OIS
 - Transféré en cardiologie sous télémétrie
- A. Gingras

Quelles seront vos priorités (interventions et vérifications) en lien avec cette ordonnance?

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Madame Blondin a été opérée pour une HAT-SOB, suite à un cancer de l'utérus. Elle a eu une anesthésie générale. Elle est revenue à 13h30. Elle est âgée de 72 ans. Elle a les antécédents suivants: dyslipidémie et ostéoporose.



Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>

19

Québec 

Il est 16h00 et vous débutez votre quart de travail. Vous prenez connaissance de l'ordonnance suivante:

- S.V. routine
 - Diète progressive
 - Dextrose 5% NaCl 0,9 % à 80 ml/h pour 24 heures
 - Dosage de la sonde chaque 4 heures
 - 1^{er} lever dans 8 heures
 - Morphine 5 mg sous cutanée chaque 4 heures PRN
 - Morphine 5 à 7,5 mg PO chaque 4 heures PRN
 - Tylenol 650 mg PO chaque 6 heures
- P.P. Dumoulin

Vous débutez votre tournée, quel est votre planification des soins en lien avec Madame Blondin?

Le lendemain, la chirurgienne vient effectuer le retrait du pansement et laisse les agrafes à l'air.

Quelles sont les caractéristiques normales d'une plaie opératoire?

Deux jours après la chirurgie, madame Blondin présente les signes et les symptômes suivants: nausées, vomissements et inconfort abdominal.

Quels éléments allez-vous recueillir afin de compléter votre évaluation?

L'inspection montre une distension abdominale et une plaie normale. La douleur est augmentée à la palpation et il y a une absence de péristaltisme à l'auscultation.

Que suspectez-vous et quelles sont les interventions permettant d'éviter cette complication?

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Monsieur Pagé, 80 ans, est hospitalisé suite cystectomie avec création d'un conduit iléal suite à un cancer de la vessie. Il est de retour de salle d'opération à 14h30. Il a un soluté qui perfuse à 100 ml/h et il a eu une anesthésie générale.

Source: <http://insertmedia.office.microsoft.com>



Québec

Quelle seront les éléments de surveillance spécifique à faire chez monsieur Pagé suite à cette chirurgie?

Quelles sont les caractéristiques d'une stomie saine?

**Vous faites la vidange de l'urostomie.
À quelles caractéristiques vous attendez-vous en postopératoire reliées à l'urine?**

Il est 16h30 et Monsieur Pagé vous demande, car il a de la douleur. Son ordonnance est la suivante :

- NaCl 0,9 % à 100 ml/h pour 24 heures
 - Dosage chaque 4 heures
 - 1er lever précoce
 - Morphine 5 à 7,5 mg sous cutanée chaque 3 heures PRN
 - Morphine 5 à 7,5 mg PO chaque 3 heures PRN
 - Tylenol 650 mg PO chaque 6 heures
- D. Uro

Avant de lui administrer un analgésique qu'aller vous faire?

Vers 19h00 la P.A.B. vient vous aviser que Monsieur Pagé a des difficultés respiratoires. À votre arrivée à la chambre, celui est en tachypnée à 32 par minute. Vous prenez ses signes vitaux:

- TA : 72/52
- Pouls : 112
- SaO2 : 90 % avec une lunette nasale à 1 L

L'utilisateur vous répond bien, mais il a un teint pâle.

Que soupçonnez-vous et quelles seront vos interventions prioritaires?

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Madame Rose, 75 ans, est hospitalisée pour coxarthrose gauche, elle a eu à une chirurgie de prothèse de la hanche gauche.

Elle a eu une rachianesthésie sans épimorphe. Elle est revenue de la salle de réveil à 11h00.



Source: <https://pixabay.com/fr/vectors/vieux-femmes-femme-visage-personne-304805/>



34



Considérant l'ordonnance suivante: « Fragmin 5000 unités sous cutanée 12 heures post rachi ». Quand allez-vous administrer le Fragmin ?

<u>Informations sur l'opération</u>		
Date de l'opération :	2020/03/04	Salle : 04
Entrée en salle :	8:25	Début intervention : 8:50
Sortie de salle :	10:05	Fin intervention : 9:55
		Type d'anesthésie : Rachianesthésie
		Début anesthésie : 8:45
		Fin anesthésie : 9:50

C'est le moment de mobiliser madame Rose et vous souhaitez lui faire l'enseignement concernant les mouvements à éviter. Qu'allez-vous lui dire?

C'est l'heure du premier lever de Madame Rose. L'orthopédiste a prescrit : « MEC ToeTouch», qu'est-ce que cela signifie?

--

Nous sommes à 48 heures postopératoires. Madame Rose se mobilise avec aide x 2 personnes au fauteuil TID. Elle reçoit des analgésiques régulièrement et sa douleur se maintient en bas de 4/10.

Vous débutez votre première tournée et Madame Rose se plaint d'une douleur à 8/10 au membre inférieur droit. Vous comparez les deux membres et remarquez que le droit est œdématié et chaud.

Quels autres éléments aller vous surveiller afin de compléter votre évaluation?

Que suspectez-vous?

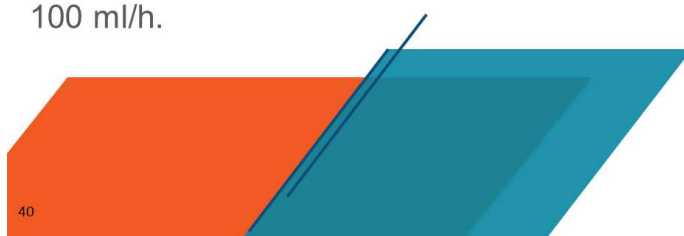
--

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Monsieur Bastien, 46 ans, est hospitalisé pour une cholécystite. Il sera opéré demain pour une cholécystectomie. Il est déjà à jeun depuis hier. Il a un soluté qui perfuse à 100 ml/h.



Source : <http://insertmedia.office.microsoft.com>



Quels sont les trois éléments à vérifier afin de s'assurer que l'utilisateur est prêt pour la chirurgie?

Le lendemain matin, la chirurgie est prévue dans 2 heures, nommer 4 éléments de préparation opératoire devant être faits?

L'unité de soins postanesthésiques vous appelle afin de vous donner un rapport pour Monsieur Bastien. Pratiquez-vous à remplir le formulaire prévu à cet effet.

Qui dois-je aviser si...

<p>Mme Bedon, postop jour 1, a une épidurale à 10 ml/h en cours, son HB est à 76 ce matin.</p>	
<p>Monsieur Épaule, postop jour 2, a un bloc interscalénique à 8 ml/h présente une douleur augmentant malgré le bloc au site de la chirurgie.</p>	
<p>Madame Rein, postop jour 3, a eu une anesthésie générale, n'est pas soulagée par sa morphine 5 mg PO aux 3 heures.</p>	
<p>Monsieur Genou, postop 0, a eu une rachianesthésie, a une ordonnance de clopidogrel (Plavix^{MD}) 75 mg DIE a débuter jour 0 postopératoire.</p>	