

Surveillance d'un post-opéré

Bibliothèque Chalet
Copy Service

INTRODUCTION

L'opéré digestif doit bénéficier, en salle de réveil, de réanimation et dans son lit d'hospitalisation, d'une surveillance clinique et para-clinique.

Cette surveillance sera faite par l'ensemble de l'équipe médicale : chirurgien, résident, interne et le personnel paramédical, sur une durée qui s'étale de la fin de l'opération jusqu'à le retour de l'équilibre physique et psychique du patient.

- Buts :
- diminuer la durée d'hospitalisation.
 - éviter la survenue de complications majeures.
 - diminuer le coût de la prise en charge.

→ *clinge*
 • S. Loco...
 • S. G...
 → *bidu...*

On distingue 03 périodes :

- 1) **Période post-interventionnelle** :
 - juste après l'opération
 - en salle de réveil
 - on surveille les effets des anesthésiques (rôle de l'équipe d'anesthésie réanimation).
- 2) **Période post-op immédiate** ¹
 - dans les premières 24h
 - retour du malade dans sa chambre
 - surveillance des grandes fonctions (cardiaque, respiratoire, thermique, hydro-électrolytique, nerveuse) ²
 - surveillance locale (pansement, drainage, sondes, ...)
- 3) **Surveillance dans les jours qui suivent** :
 - dépistage des complications ³

ELEMENTS DE SURVEILLANCE ET COMPLICATIONS

La surveillance d'un opéré doit être clinique et para clinique.

A - SURVEILLANCE CLINIQUE : doit être locale et générale :

A1 - SURVEILLANCE LOCALE

1/ LE PANSEMENT :

- le meilleur pansement et celui mis au bloc opératoire (asepsie)
- sera changé à j5 post opératoire sous stricte asepsie.
- les fils sont retirés à partir du 7 - 10^{ème} jour
- doit être vérifié à la recherche des complications : suppuration - éviscération - fistule

La suppuration pariétale : (sepsis de paroi) se manifeste par :

- une rougeur avec infiltration des berges avec ou sans issue de pus.
- chaleur locale
- une hyperleucocytose

} *signe ingl.*

=> Faire un prélèvement du pus en milieu aérobie et anaérobie avec antibiogramme
Ablation des fils, laisser le plan cutané ouvert.

Traitement local : antiseptique- antifongique (Betadine) et eau oxygénée- Eosine 2%

Prescrire les antibiotiques

Au manche signs de collection - pratiquer l'union cutanée, évacuant un hématome infecté suivi de soins locaux : pansement, mèches antiseptiques.

- => Buts :
- éviter les éviscérations.
 - éviter les éventrations.

L'éviscération : déhiscence musculo-aponévrotique qui met à nue les viscères abdominaux. il existe 3 types :

- libre : viscères chassés hors du ventre d'une façon brutale
- couverte : lorsque la brèche pariétale respecte la peau
- fixée : lorsque les viscères restent accolés

Manifestation clinique :

- cicatrice plane ou concave, — — —
- brûlures à l'application des baumes
- écoulement séreux ou séro-sanglant

L'éviscération survient souvent au dans les 3 premières semaines qui suivent l'opération et sont les incisions médianes et paramédianes qui sont concernées.

Les facteurs favorisants sont :

- dénutrition, corticothérapie, diabète, 3 gêne cicatrisation
- suppuration pariétale
- tension sur la cavité abdominale (BPCO, ...)

Les fistules

- péritonéales : qui se traduit par une péritonite localisée ou généralisée
- non péritonéales : entre viscère et la peau (=> aspiration, irrigation) ?
entre organe (=> nature du liquide)

Examens demandés :

- test au bleu de méthylène
- opacification aux hydro-solubles } PC
- fistulographie

Gestes à proscrire :

- pansement aveugle
- intubation de la fistule
- tentative de la fermeture

2/ LES SONDES :

a- Sonde nasogastrique S.N.G :

- doit être fixée à la narine par un sparadrap après contrôle de sa situation à la radiologie.
- aspiration continue ou par siphonage.
- ablation sur décision médicale.

Intérêt :

- prévenir le Syndrome de Mendelson, = mortel.
- les encombrements broncho-pulmonaires.
- quantifier le liquide aspiré en ml/24heure et prévoir une éventuelle perte hydro électrolytique (K^+ , H^+)
- Noter l'aspect : sanglant, bilieux, fécaloïde...

b-Sonde urinaire :

- quantifier la diurèse /horaire.(cc/h)
- Aspect des urines.

3/ LES DRAINS :

a- But: élimination vers l'extérieur de la partie proche de la paroi de liquide ou de la matière digérée (bile...) présent pouvant apparaître au cours de l'intervention (Drainée), de collection hémorragique ou suppurée.

b- Siège : Dans les zones déclives habituelles :

- loges sous phréniques,
- région sous hépatique,
- Gouttières parieto-coliques,
- Culs de sac de Douglas, → I
- proche ou en regard d'une anastomose.

c- Choix : n'est pas codifié selon l'opérateur, on distingue :

- * les lames : ondulée ou non exp : (lame de DELBET) fixées par du fil cutané.
- * les tubes : calibre N°8 à 70, de longueur (20 à 25cm)
exp : drains de Redon est maintenu en dépression permanente, retiré entre le 2^{ème} et le 7^{ème} jour post opératoire.
- * les mèches : agissant par capillarité tout en ayant un rôle hémostatique.
- * le sac de MICKULICZ : sac de gaze placé dans une cavité (pelvis, pré du sacrum) comblé de mèches, retiré au 10^{ème} jour voir 15^{ème} jour parfois sous AG/ à cause des adhérences à la paroi.

d- Surveillance :

- quantitative : pour chaque drain cc/24 heure.
- qualitative : sérosité, bile, sang, matière,
- analyse sur les recueils :
 - Amylase
 - Bilirubine,
 - Bactériologie...

e- Ablation : se fait sur prescription médicale et surveiller pendant 03 Jours la plaie (orifice du drain : écoulement ...). Un drain inefficace, inutile, ou dangereux doit être retiré.

4/ ACCIDENTS THROMBO-EMBOLIQUES :

- L'incidence des thromboses profondes latentes Jambières ou pelviennes, en pré et post opératoire immédiat, détectée par le fibrinogène marqué est de l'ordre de 40 à 70 %.
- La prévention doit débuter avant et après l'intervention elle comprend :
 - le lever précoce du malade : dès le lendemain de l'acte opératoire : au minimum une heure le matin et une heure le soir.
 - la mobilisation des membres inférieurs : actives et passives.
- Les anticoagulants : à dose préventive 0,4 ml d'héparinate de Ca⁺⁺: 01 inj SC / jour.
- Surveillance clinique : rechercher un hématome, ecchymose, hématurie.
- Surveillance biologique : TP, TCK TP^{RA} signe TP bas
- Sélectionner les malades à risque thrombogène. → olives
↳ Pré-Partir
↳ Post-Partir

5/ SURVEILLANCE D'UNE STOMIE :

- Surveiller l'état de la peau
- Sténose
- Prolapsus
- Eventration
- Fonctionnelle ou pas

En cas de constipation (faire des attouchements ou dilatations au doigt ganté)

12- SURVEILLANCE GENERALE

1/ ETAT DE CONSCIENCE : présence ou non de troubles neurologiques.

2/ TEMPERATURE : en cas de fièvre (hyperthermie) chez un post- opéré :

- Courbe thermique, prise de la température chaque 03 heures.
- Demander une FNS et des hémocultures (03 en moins en 24 heures) en cas de frissons, si la $T^{\circ} > 39^{\circ}C$ ou hypothermie au dessous de $36^{\circ}C$.
- La crainte d'un choc septique

La cause doit être recherché :

- 1) Abcès de la paroi : pansement biquotidien, débrider la plaie.
- 2) Des bras (lymphangite) : ablation des perfusions, pansement alcoolisés.
- 3) Des poumons (encombrement) : auscultation, radio, kinésithérapie, ATB.
- 4) Des urines (infection urinaires : ablation d'une éventuelle sonde urinaire ECU, et antiseptique).
- 5) Phlébite des membres inférieurs : le lever précoce et anticoagulants.
- 6) Sans oublier des Troubles métaboliques : DHA, diabète ?
- 7) Désunion anastomotique : c'est la complication la plus redoutable de la chirurgie digestive, elle se manifeste : par une fistule digestive, abcès profond, péritonite généralisée.

3/ ETAT HEMODYNAMIQUE :

- Surveillance des constantes hémodynamiques : pouls., TA, diurèse.

4/ TRANSIT INTESTINAL :

L'iléus post opératoire est une évolution tout a fait Normale :

Au décours d'une intervention chirurgicale portant sur le tube digestif ouvrant l'abdomen, il existe une désorganisation de la motricité et de la fonction d'absorption dont l'importance et la durée varient selon le segment intestinal considéré :

- brève ou inexistante sur le grêle.
- 24 à 48 heure sur l'estomac.
- 48 heure voir, 3, 4,5 jour pour le colon : l'inertie colique se comporte comme un obstacle fonctionnel au transit conservé du grêle.

L'iléus ne cède qu'à l'émission des premiers gaz, cet état peut être écourté par le lever précoce qui facilite la vidange gastrique et la reprise alimentaire légère vers les 24 à 48 h

En cas d'iléus prolongé et importante distension abdominale faisant évoquer une occlusion intestinale post opératoire. S'agit-il d'une occlusion mécanique ou fonctionnelle ?

L'occlusion mécanique est suspectée devant :

- douleurs paroxystiques anormales par sa date de survenue et intense.
- arrêt des matières et des gaz après repris du transit
- vomissements ou aspiration gastrique $> 1000cc/24h$ 12
- ballonnement abdominal ou non repris du transit

CAT : - ASP debout à la recherche des NHA
- Ionogramme pour éliminer une hypokaliémie
- transit gastro-intestinal si nécessaire

Causes : - hématome rétro-péritonéal } compression
- abcès ou hémopéritoïne
- volvulus ou étranglement
- occlusion par drain de Douglas ?

5/ PERTONITE POST OPERATOIRE : Reconnue devant les signes suivants :

- T : 38 c
- Choc septique, frissons
- Septicémie (hémoculture positive)
- Défense, contracture, météorisme
- Diarrhée ou fausses reprises du transit
- Hypersécrétion gastrique
- Eviscération
- Liquide digestif par un drain ou par incision (épreuve au colorant)
- Oligurie
- Collapsus cardio-vasculaire
- Tachycardie dissociée de la fièvre
- Troubles respiratoires
- Troubles psychiques
- Ictère post-opératoire
- Hémorragie digestive de stress

6/ L'ICTÈRE POST-OPERATOIRE :

L'ictère chirurgical :

- Après chirurgie biliaire (lithiases cholédocienne, péritonite biliaire, pancréatite aiguë, syndrome angio-cholétique)
- Après chirurgie abdominale non biliaire (cholécystite, abcès du foie, abcès sous phrénique)

L'ictère non chirurgical : c'est plus grave

- post transfusionnel, hémolytique, toxique,
- la cholestase post opératoire bénigne apparaît au 2^{ème} - 3^{ème} jour et disparaît au bout de 2 - 3 semaines

7/ AUTRES COMPLICATIONS :

- * *Abcès du Douglas* : devant des signes vésicaux et rectaux, douleur hypogastrique, fièvre, => TR
- * *Abcès sous phrénique* : devant des épreintes thoraciques, épanchement pleural réactionnel, douleur HCD, HCG à l'inspiration
- * *Syndrome du 5^{ème} jour* : complique une appendicectomie, c'est la réapparition de la fièvre avec arrêt de matières et des gaz après reprise du transit, douleur abdominales, vomissement et défense
- * *Syndrome infectieux sévère post-op* : complication redoutable liée à des localisations septiques péritonéales secondaires évoluant vers le choc septique.

B - SURVEILLANCE BIOLOGIQUE :

Faire : FNS, chimie des urines, ... en fonction des signes cliniques

- Hyperleucocytose à PNN
- Hyperazotémie > 0.5 g/l (6mmole/l)
- Acidose métabolique (PH bas)
- Hypochloro-natremie (perte du Cl et Na)

ANNEXE

Eléments de surveillance et complication recherchées en fonction de la chirurgie

Si on reconnaît les complications per et post-opératoires, immédiates et tardives, propres à la chirurgie et inhérente à toute chirurgie abdominale, on peut en effet reconnaître les éléments de surveillance cliniques et para cliniques.

APPENDICITE AIGUE

- complication inhérente de toute chirurgie abdominale
- hémopéritoine : lâchage d'une ligature du méso
- abcès de la paroi
- péritonite post-op localisée ou généralisée
- syndrome du 5^{ème} jour
- occlusion post-op : précoce ou tardive
- fistules
- appendicite sur moignon
- éviscération ou éventration

CHOLECYSTITE AIGUE

a) Les soins postopératoires : prolongent ceux de la préparation du malade :

- ATB, aspiration digestive, rééquilibrage hydroélectrolytique.
- Levée précoce pour prévenir les thrombo-embolies
- Une CPO de contrôle sera pratiquée chaque fois qu'un drain est laissé en place avant s ablation J12

b) Complications postopératoires :

• De décubitus :

- Thrombophlébites des membres inférieurs
- Escarres
- Complications broncho-pulmonaires
- Embolie pulmonaire
- Infection urinaire

• Complications propres à la chirurgie biliaire

• Dues à l'opérateur :

- ⇒ Traumatisme de la VBP.
- ⇒ Péritonite biliaire par lâchage du moignon cystique
- ⇒ Ictère postopératoire
- ⇒ Lâchage de l'artère cystique avec hémorragie
- ⇒ Lithiase résiduelle.

• Dues à l'affection :

⇒ Suppuration :

- * Abscès sous-hépatique
- * Abscès sous-phrénique

⇒ Pancréatite aiguë postopératoire : Prévenue par la procaine en perfusion , novocaïne et atropine en sous-cutané. Aspiration digestive surtout pendant les suites postopératoires.

⇒ Ulcère de stress.

⇒ Syndrome du moignon cystique : traduisant un névrome.

⇒ Eviscération chez un malade dénutri, infecté , prévenue par une réfection pariétale soigneuse et un rééquilibrage protidique.