

PRÉPARATION DU PATIENT À OPÉRER

L'étape de la préparation de l'opéré, qui se situe peu de temps avant l'intervention, se divise en deux parties, physique et psychologique, l'une étant intimement liée à l'autre. Elle a pour but d'assurer une lutte efficace contre le risque infectieux, par une série d'actes à visée hygiénique dont on expliquera l'importance au patient. Elle doit également lever ses dernières appréhensions quant à son intervention. Deux étapes sont également à prendre en compte : la préparation biologique et la constitution du dossier.

Préparation physique

L'infirmière doit s'assurer que le patient est bien à jeun.

La durée fatidique de six heures de jeûne est une condition médico-légale. En cas d'urgence, elle s'informe de l'heure de la prise du dernier repas ou de la dernière boisson.

Rasage

Le rasage, la veille de l'intervention, est déconseillé. Il est plus utile de le faire juste avant l'intervention.

Ce rasage est effectué à l'aide d'un savon ou d'un produit moussant non allergisant en évitant les incompatibilités. Il faut proscrire les dérivés mercuriels si, dans la suite de la préparation, on utilise un produit iodé, en raison de l'interaction entre ces deux substances. On peut aussi se servir de crèmes épilatoires si le malade n'y est pas allergique et notamment pour les zones difficiles à épiler ou d'accès

laborieux. La préparation sera large et faite à l'aide d'un rasoir à usage unique en évitant de créer une lésion de la peau (*voir figures 1, 2 et 3*).

Toilette

La douche suit le rasage si le malade est capable de se déplacer et s'il n'a pas encore reçu sa prémédication.

Le rasage des sujets à pilosité abondante peut s'avérer difficile avec certains produits moussants, cette douche permettra d'éliminer le dépôt des poils ainsi coupés.

On vérifie ensuite l'état des ongles des pieds et des mains. Pour les femmes, on fait enlever toutes traces de maquillage. Il faut retirer tous les bijoux (alliance, bague, médaille et boucles d'oreilles), aider le patient à les ranger ou l'inviter à les déposer au coffre de l'hôpital (ou de la clinique) s'il le souhaite.

Il faut faire retirer impérativement les prothèses dentaires, auditives, oculaires ou capillaires ainsi que les lentilles de contact.

Enfin, il faut demander au malade d'uriner, le départ au bloc se faisant vessie vide.

Préparation du champ opératoire

Elle doit toujours s'effectuer dans un lit propre et après avoir fait enlever tout linge personnel et fait revêtir une chemise d'opéré.

Membre supérieur

La préparation concerne l'épaule, l'avant-bras, le poignet et la main (*voir figure 1*).

Il faut un rasage complet du membre, de l'aisselle et d'une partie du thorax si l'intervention se situe au niveau de l'épaule ou si l'anesthésie est réalisée au moyen d'un bloc axillaire. Si un plâtre a été posé en premier traitement, il faut le scier en bi-valve, dégager le membre et préparer la peau.

Un badigeonnage à l'aide d'un produit iodé (sauf si le sujet y est allergique) doit être entrepris sur toute la surface du membre. Le champ stérile qui recouvre la zone ainsi préparée est maintenu par un jersey tubulaire de bras.

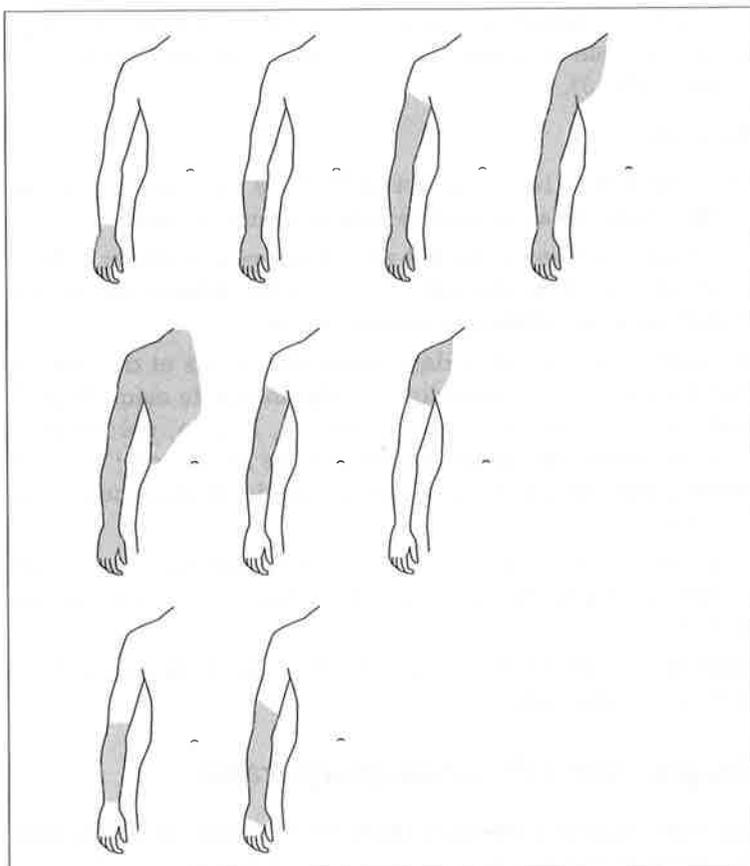


Figure 1. Rasage bras, avant-bras et main

Côte ou clavicule

Le thorax, le bras, l'avant-bras et l'aisselle sont rasés. Il faut relever le plus possible les cheveux et les enfermer dans un bonnet en jersey. Un badigeonnage iodé et la pose d'un champ stérile maintenu par un bandage "velpeau" sont nécessaires (voir figure 2).

Rachis

Cette préparation nécessite :

- le rasage du dos et de la région fessière ;
- un badigeonnage et la pose d'un champ qui enveloppe le patient.

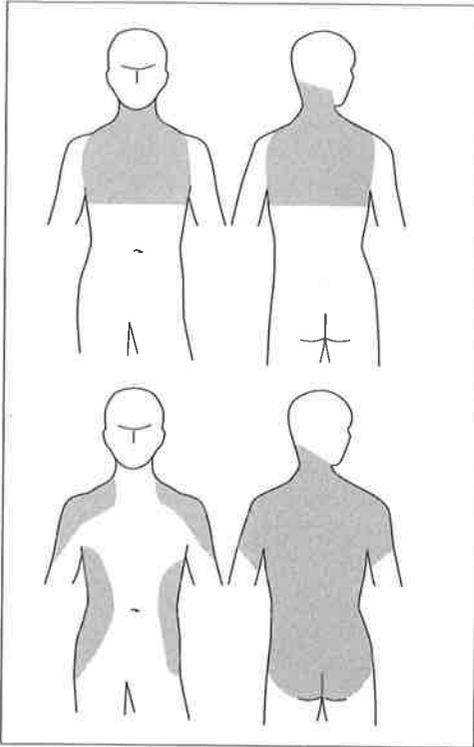


Figure 2.
Rasage du torse et du dos

Hanche et cuisse

Il faut effectuer :

- le rasage complet du pubis, de la vulve ou du scrotum ainsi que de tout le membre inférieur jusqu'aux orteils (voir figure 3) ;
- la vérification de la propreté de l'ombilic et des orifices naturels par une toilette génitale soigneuse ;
- un badigeonnage et la pose d'un champ maintenu par un jersey de cuisse.

Membre inférieur

La préparation concerne le genou, la jambe, la cheville et le pied :

- rasage depuis la racine de la cuisse jusqu'aux orteils ;
- bain de pied, si possible, avec produits antiseptiques habituels ;
- badigeonnage et champ tenu par un jersey de jambe.

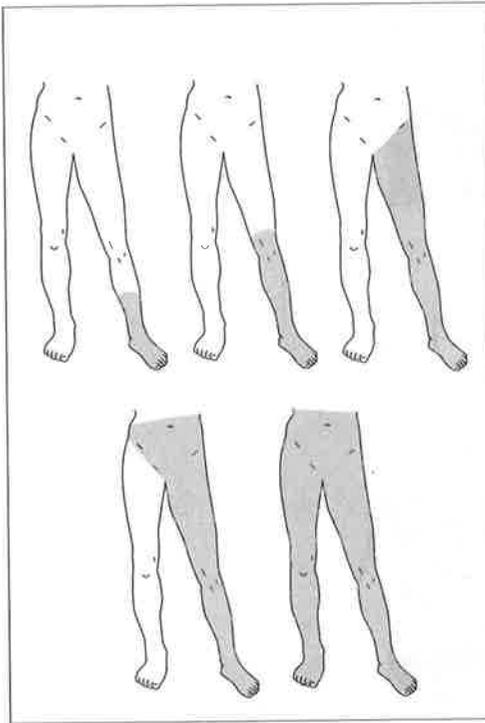


Figure 3. Rasage des jambes et des pieds

Cas particuliers

En cas de présence de plaies, il faut changer le pansement et le rendre le plus occlusif possible, prévenir le bloc de la nature septique ou non de la lésion.

En cas de douleurs importantes ou de plaies très hémorragiques, il ne faut préparer que partiellement le blessé et avertir les panseuses, qui termineront la préparation sous anesthésie, dans une salle attenante à la salle d'opération.

En cas de présence d'appareillage annexe : poche de colostomie ou d'urétérostomie, placer une poche neuve avant le départ pour le bloc ; sonde à demeure, changer le collecteur d'urine juste avant le départ ; protection pour incontinence, la changer au dernier moment et la fixer efficacement.

En cas de départ au bloc avec du matériel de contention (traction, attelles), il faut veiller à ce qu'il soit propre, que les linges de protection soient changés et les parties métalliques décontaminées.

L'infirmière doit également penser à la préparation des zones prévues pour l'administration des anesthésies loco-régionales et doit les laver. Ceci se fait en concertation avec les médecins anesthésistes (après la consultation pré-anesthésique).

Prémédication

Celle-ci revêt une grande importance quant à la préparation psychologique et physique du patient. Elle a en effet pour but de calmer l'anxiété du futur opéré. Elle doit être personnalisée et effectuée dans un délai suffisamment long avant l'intervention pour avoir un effet tranquilisant. Elle est réalisée soit par voie entérale (gouttes, comprimés, suppositoires), évitant ainsi le traumatisme de l'injection (surtout chez les enfants), soit par voie parentérale (IM ou IV) si l'on veut une action rapide ou s'il y a contre-indication.

Elle peut être associée à d'autres médicaments visant à corriger des affections annexes connues ou à prévenir des complications.

Préparation psychologique

Cette préparation est essentielle. Elle est fondée sur l'écoute, le dialogue et la disponibilité. La confiance ainsi établie entre soignant et soigné facilite la verbalisation des angoisses du futur opéré face à son intervention. Le patient peut parfois mieux s'exprimer auprès de l'infirmière qu'auprès de son chirurgien.

Chirurgie réglée

C'est pendant la préparation que l'infirmière pourra rassurer le patient en lui donnant des informations, des réponses claires et simples, propres à calmer ses craintes. Celles-ci vont revêtir deux aspects :

- l'angoisse de l'anesthésie (peur de ne pas se réveiller si c'est une anesthésie générale, peur d'entendre, de souffrir en cas d'anesthésie locorégionale) ;
- l'angoisse de la maladie (peur des suites opératoires, de la rééducation).

L'information du patient et de sa famille portera aussi sur l'heure de l'intervention et sur les modalités de son retour de salle d'opération (passage par la salle de réveil).

En concertation avec le chirurgien, il faut tenter de répondre à ses interrogations sur son devenir (provisoire ou définitif) professionnel, familial ou scolaire, compte tenu du temps approximatif de l'hospitalisation ou de l'invalidité.

Le patient doit savoir que sa famille sera tenue au courant de son état dans les limites qu'il juge utiles.

Suivant le degré d'anxiété, l'infirmière convient avec le médecin anesthésiste d'une dose adaptée de prémédication. Après cela et même si la présence de la famille est rassurante, il faut lui demander de se retirer ou de se faire discrète, ne plus passer de communication téléphonique et demander enfin au malade de ne plus se lever et de rester strictement à jeun.

Chirurgie d'urgence

Les soins infirmiers et médicaux priment et ne laissent que peu de temps à la préparation psychologique. Il est donc nécessaire à l'infirmière d'être très attentive aux besoins du patient et d'essayer de répondre à ses appréhensions plus ou moins formulées. Si les douleurs sont importantes, commencer par y remédier après avis médical.

Si l'arrivée a pu être préparée (lit aménagé, disponibilité de personnel), il ne faut pas trop l'interroger pour des questions administratives, limiter la visite de ses proches et favoriser au maximum le dialogue dans le peu de temps imparti avant l'intervention.

Préparation biologique

Le bilan préopératoire comprend l'ensemble des examens que le malade doit subir avant l'intervention.

En fonction de sa pathologie, de son âge, des différentes affections annexes dont il est porteur et du traitement qu'il est amené à suivre, ce bilan sera plus ou moins lourd. Sachons cependant qu'aucun de ces examens n'est systématique, qu'aucun n'a de valeur ou d'obligation médico-légale.

Examens sanguins

Il sera demandé dans la plupart des cas :

- le groupe sanguin, le rhésus par deux déterminations et les agglutinines irrégulières ;

- une crase sanguine :
 - taux de prothrombine (TP) ;
 - temps de saignement (TS) ;
 - temps de céphaline kaolin (TCK) ;
 - fibrine ;
 - plaquettes.

Ce bilan est fondamental, toute anomalie de la crase pouvant faire reporter l'intervention provisoirement ou définitivement.

Une numération formule sanguine (NFS) peut être utile si une hémodilution a été décidée.

Un ionogramme sanguin et urinaire, une urée, une créatinine et une glycémie peuvent être prescrits surtout chez les sujets âgés ou traités par des diurétiques.

Examens bactériologiques

Lorsqu'une endoprothèse est envisagée, prothèse totale de hanche (PTH) - prothèse totale du genou (PTG), il faut éliminer les risques potentiels d'infection ; d'où la nécessité de faire des prélèvements bactériologiques en préopératoire, afin d'opérer avec une certaine sécurité, ou de repousser l'intervention en attendant l'éradication de l'infection.

Il sera prescrit :

- des examens dentaires et ORL ;
- des examens d'urines ;
- des examens bactériologiques des plaies avec antibiogramme (dans certains cas, il n'est pas possible d'attendre pour intervenir, on aura donc recours à une antibiothérapie adaptée).

Examens radiologiques

Une radio des poumons n'est pas systématique avant l'âge de 40 ans, sauf en cas de troubles respiratoires connus ou d'asthme, il sera alors demandé :

- une radio récente de la zone à opérer avec quelquefois des clichés comparatifs ;
- une scintigraphie, un scanner, une sacroscintigraphie ;
- une échographie, un doppler, une artériographie ou phlébo-graphie.

Examens complémentaires

- un électrocardiogramme (lui aussi non systématique avant l'âge de 40 ans) ;
- un électromyogramme ;
- une EFR (épreuve fonctionnelle respiratoire) ;
- une épreuve d'effort et un écho cardiaque ;
- une sérologie et un dosage des gaz du sang.

Constitution du dossier

Il faut réunir les différents résultats dans le dossier médical en y joignant :

- la feuille d'anesthésie sur laquelle sera mentionné le type d'anesthésie que le patient va recevoir ainsi que la prémédication à lui faire (nature, dose, voie d'administration) ;
- l'autorisation d'opérer pour un enfant mineur ;
- le carnet de santé ou de vaccinations (s'assurer en présence de plaie que le blessé est bien à jour avec la vaccination antitétanique, dans le cas contraire, procéder à une vaccination doublée d'une injection de gammaglobulines).

De plus, il faut adjoindre les résultats des différentes consultations spécialisées (cardio, pneumo ou neuro, etc.), mentionner et mettre en évidence les allergies connues et joindre les anciens dossiers médicaux ou chirurgicaux s'il y a lieu.