

SOINS ET SURVEILLANCE POSTOPÉRATOIRES

« Finalement, penser c'est poser la question » (Brun)

À la sortie de la salle d'opération, le patient va séjourner de façon brève dans la salle de réveil, où il transite dans la majorité des cas. Mais il peut aussi revenir directement dans sa chambre, si l'anesthésie et la surveillance de ses effets secondaires ne nécessitent pas cette transition (anesthésie locale par exemple).

Retour à la salle de réveil

En principe, les effets de l'anesthésie générale ou loco-régionale sont levés (conscience, mobilité et sensibilité des membres).

Le patient fait l'objet d'une surveillance plus espacée de l'état hémodynamique (tension artérielle, pouls artériel, veineux et capillaire) et respiratoire.

En revanche, une étroite surveillance sera maintenue dès le retour de l'opéré dans son lit.

• **Les saignements**, au niveau des pansements et des drains. L'infirmière doit prévenir le chirurgien si le débit est anormal. Celui-ci appréciera et jugera de la meilleure façon d'y remédier, soit par la confection d'un pansement compressif, soit par le clampage ou par la mise en débit libre momentanément des drains aspiratifs. Si le saignement est très important,

la reprise chirurgicale peut s'avérer indispensable, mais cette décision relève du chirurgien.

Une surveillance biologique (NFS et crase) permet d'évaluer les pertes et de les corriger éventuellement ou de traiter les anomalies de la coagulation.

- **Les perfusions ou transfusions** : l'infirmière doit vérifier le bon fonctionnement de celles-ci et l'application de prescriptions médicamenteuses à mettre en route :

- antibiothérapie (prophylactique, thérapeutique) ;
- antithrombotique ou anticoagulant.

- **La diurèse** : il faut noter et prévenir toutes anomalies. En cas de rachi-anesthésie ou d'intervention sur le rachis, s'inquiéter du risque de globe vésical (très fréquent).

- **Les effets secondaires** de l'anesthésie sont les nausées, les vomissements, l'agitation. L'infirmière sera chargée d'y remédier après avis du médecin réanimateur.

- **Les postures** : l'ensemble de l'équipe soignante devra veiller à ce qu'elles soient conformes aux prescriptions du chirurgien (membre en extension ou en flexion, surélevé ou maintenu dans une attelle).

- **Les contentions plâtrées** : la surveillance porte sur la présence des pouls, la chaleur et la couleur des extrémités du membre immobilisé. Une anomalie doit éveiller l'attention et entraîner la vérification de la bonne position du membre et l'absence de compression, surtout pendant la période de séchage du « plâtre ».

Le temps de ce séchage est variable selon l'importance et la matière de la contention (plâtre ou résine).

Dès son retour dans la chambre, le patient peut avoir besoin de subir une radiographie de contrôle (simple contrôle postopératoire) ou consécutive à une attitude vicieuse à la suite des manœuvres qui sont pratiquées pour replacer le malade dans son lit, ou après le déclenchement d'une douleur.

L'infirmière s'assure que ce cliché est bien fait et le communique au chirurgien.

Enfin, l'opéré est maintenu dans le calme. On lui évitera la présence de nombreuses visites ou au contraire, chez l'enfant, on suscitera la présence rassurante de la mère.

Retour direct dans la chambre

De plus en plus rare pour des raisons de sécurité, ce retour nécessite une surveillance plus rapprochée des constantes biologiques et de la réapparition de la sensibilité en cas d'anesthésie locale ou locorégionale.

Les jours suivants

L'ensemble de l'équipe soignante doit maintenir une bonne hygiène corporelle de l'opéré et des locaux dans lesquels il évolue.

Les pansements

La fréquence de la réfection des pansements sera variable en fonction de l'évolution de la plaie.

Chaque réfection respecte un ordre bien précis, allant du soin le plus propre au plus sale, afin d'éliminer tout risque de contamination.

Les drains aspiratifs

Le drainage a pour but d'évacuer vers l'extérieur les épanchements qui peuvent se constituer au niveau de la région opérée. Il peut s'agir d'épanchements hématisés ou séreux.

Il est réalisé à l'aide d'un drain tubulaire de calibre variable multiperforé à son extrémité interne, communiquant avec l'extérieur au moyen d'un bocal dans lequel le vide a été fait. L'étanchéité du système est primordiale, l'intérieur étant au départ stérile et devant le rester jusqu'à l'ablation du drain.

Le relevé des quantités émises, leur aspect et leur nature fait l'objet d'une étroite surveillance car elle permet le maintien ou le retrait du drain et sa mise en culture bactériologique éventuellement.

Il faut éviter d'enfoncer un drain extériorisé accidentellement et prévenir l'opérateur qui fera procéder à l'ablation.

Le drain doit être clampé lors du changement du bocal de recueil.

Lorsqu'un drain s'arrête brusquement de donner, il faut vérifier avant de l'enlever qu'il n'est pas bouché, à l'aide d'une seringue, en effectuant une aspiration (ne jamais pousser vers l'intérieur).

Si un drain aspiratif recueille une quantité supérieure à 400 ml/jour, soit 20 ml/heure de sang ou d'exsudat, voir avec le chirurgien s'il faut le clamper (cela peut aller de quelques minutes à plusieurs heures).

Les perfusions

Elles sont généralement supprimées le lendemain. Si elles sont maintenues longtemps, la surveillance porte sur le point de ponction et le trajet veineux.

Si la pose d'une voie centrale a été nécessaire, des soins spécifiques adaptés sont à prévoir :

- réfection des pansements et changement des tubulures chaque jour ;
- contrôle de la température et, si la moindre élévation apparaît, procéder à son ablation et à sa mise en culture ;
- vérification du reflux sanguin au moins deux fois par jour.

Les sondes vésicales

Il est souhaitable de les retirer le plus tôt possible. Dans le cas contraire, il faut procéder à une hygiène génitale rigoureuse, le changement des collecteurs doit avoir lieu chaque jour. De plus, il faut une bonne réhydratation afin d'éviter les risques de surinfection.

Si le maintien se révèle nécessaire (incontinence ou rétention), on relève quotidiennement les quantités d'urines. Si la courbe thermique s'élève, on prévoit de procéder à un examen cytot bactériologique des urines (ECBU).

Les traitements médicamenteux

L'infirmière veille à la stricte application des traitements et en surveille l'efficacité. Elle veille à faire reprendre les traitements antérieurs sur prescription qui ont pu être interrompus en raison de l'anesthésie.

Les postures

La soignante devra lutter contre les attitudes vicieuses, elle sera chargée du maintien en état des contentions plâtrées ou du matériel de contention.

La prévention des complications de l'alitement

Thrombo-emboliques :

- lever précoce avec ou sans appui ;

- application stricte des traitements anticoagulants ou antithrombotiques ;
- surélévation des membres ;
- pose de bas ou de bandes à varices, mobilisation active ou passive des membres.

Trophiques (escarres ou lésions cutanées) :

- préventions efficaces et fréquentes par des massages ;
- changements de positions réguliers ;
- mise en place de matelas anti-escarres, d'arceau ;
- lever rapide si cela est possible ;
- apport alimentaire suffisant adapté (surtout chez les personnes âgées) ;
- pose d'une sonde à demeure si l'on est en présence d'une incontinence.

Surinfections cicatricielles : maintien des pansements propres et hermétiques.

- *Pulmonaires* : kinésithérapie respiratoire et aérosols. Lever précoce.
- *Urinaires* : ablation des sondes rapidement. Apport hydrique suffisant par voie orale ou parentérale. Il faut savoir qu'un décubitus prolongé à plus de 20 jours entraîne un grand risque de lithiases ; on y remédie par une acidification des urines à l'aide de vitamine C.

Troubles du comportement : s'il s'agit d'une intervention simple, l'image du schéma corporel est très vite reconstituée ; dans le cas contraire, l'acceptation de l'invalidité, même temporaire, est douloureuse. Le patient passe par des phases de rejet, qui se traduisent par une attitude d'agressivité ou de passivité totale allant jusqu'à la dépression. L'équipe entière est alors concernée et doit déployer toutes ses ressources psychiques pour aider le malade à retrouver sa confiance et à surmonter son handicap. Chez les personnes âgées apparaît souvent une désorientation temporo-spatiale préjudiciable aux suites opératoires. Elle se manifeste par une agitation, un délire verbal, une agressivité toujours très mal vécue par l'entourage.

Le plus souvent, tout rentre dans l'ordre quelques jours après l'intervention.