

Soins IDE en traumatologie

UE 2.4 Processus traumatiques

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'ensemble des définitions
- Prévenir et dépister l'ensemble des complications (PTH/PTG, immobilisation plâtrée/fixateurs externes)
- Etre capable de mettre en place des actions qui sont de votre rôle propre infirmier et sur prescription afin de répondre aux besoins des patients
- Etre capable d'évaluer vos actions mises en place auprès des patients
- Etre capable de conseiller, éduquer les patients au regard des risques potentiels

Sommaire

Traumatologie : définition

Les soins IDE aux patients porteurs d'une PTH/PTG

**Les soins IDE auprès des patients porteurs d'une
immobilisation plâtrée**

**Les soins IDE auprès des patients porteurs de fixateurs
externes**

- **Traumatologie : Définition du Larousse**
« Spécialité médicale et chirurgicale consacrée à l'étude et au traitement des traumatismes physiques ».
- **Traumatisme :**
Ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur; troubles généraux qui en résultent. (Abréviation : trauma.)
- **Action violente provoquant ces lésions locales.**



○ Définition de l'OMS :

Le traumatisme est un dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis, de façon soudaine ou brève, à un niveau d'énergie intolérable. Il peut s'agir d'une lésion corporelle provenant :

- D'une exposition à une quantité d'énergie excédent le seuil de tolérance physiologique,
- Ou d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (air/eau/chaleur), comme dans la noyade, la strangulation ou le gel.

Le temps passé entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est court.

Les soins IDE aux patients porteurs d'une PTH

Anatomie de la hanche (cf UE 2.2)

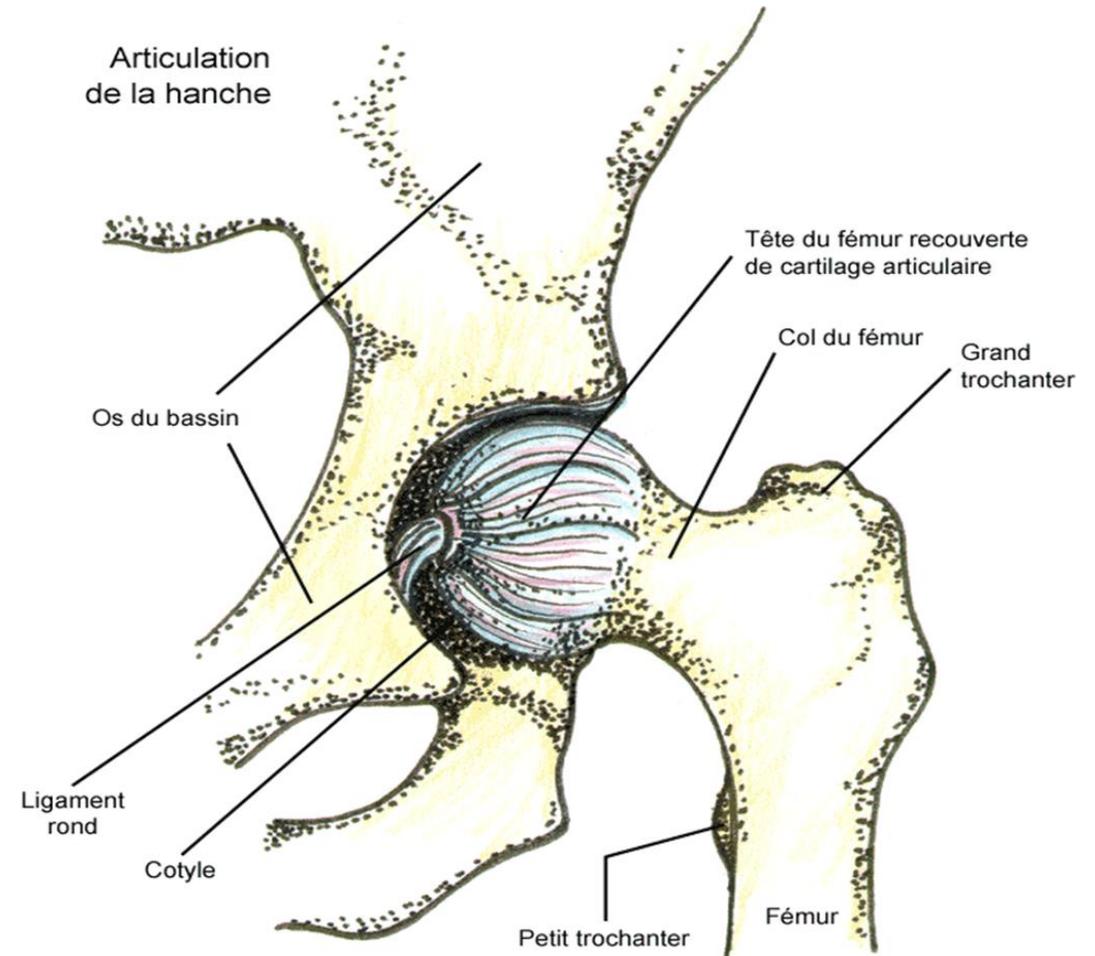
A savoir :

Q'une énarthrose = articulation sphérique à surface mobile.

Elle est située entre la tête fémorale et la cavité cotyloïdienne de l'os iliaque.

Elle est renforcée de puissants ligaments internes en surface.

C'est une articulation qui supporte le poids du corps et joue un rôle dans le maintien de l'équilibre.



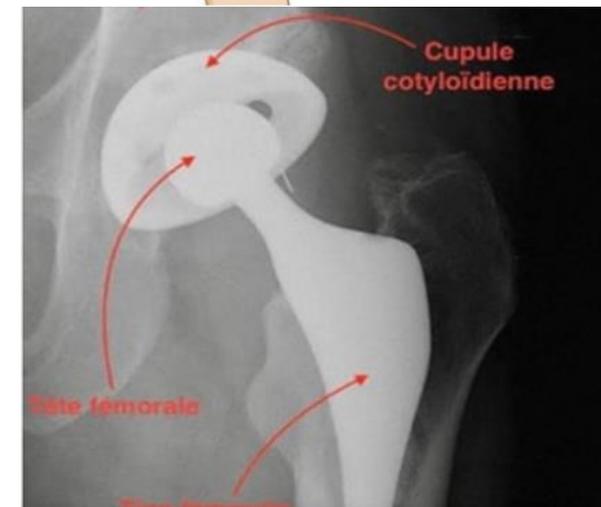
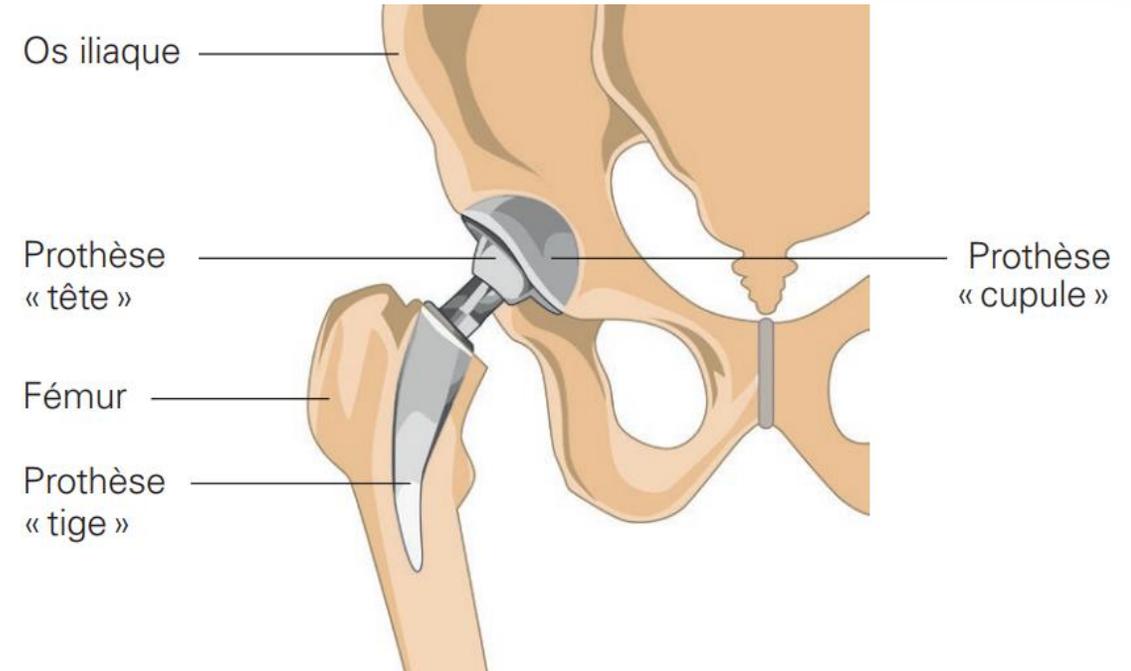
Prothèse de hanche

- À la suite de divers facteurs :
- âge, traumatismes, arthrose, surpoids...,
- les cartilages de l'articulation peuvent s'user, voire se détruire, et les os du bassin et du fémur ne peuvent alors plus coulisser entre eux.
- Une prothèse de la hanche autrement appelée **arthroplastie de la hanche**, permet de **remplacer l'articulation usée** par des pièces artificielles et de restaurer ainsi la mobilité de l'articulation.
- Il existe divers types de prothèses.

Différence PTH/PIH

Prothèse totale de hanche

- Elle est constituée de trois pièces artificielles :
 - la **tige fémorale** qui est insérée dans le fémur,
 - le **cotyle (cupule)** qui est fixé sur la partie iliaque de la hanche et
 - la **tête fémorale** qui assure la liaison entre les deux pièces précédentes.
- Ces pièces sont en céramique ou en métal.



Indications pour une pose de prothèse totale de hanche

- **une arthrose sévère** ou **coxarthrose** : une destruction du cartilage de l'articulation entre le fémur et le bassin ce qui entraîne :
une destruction irréversible des cartilages,
des douleurs vives malgré les antalgiques et
une réduction de la mobilité.
- **une ostéonécrose** : mort d'un segment d'os par manque d'irrigation sanguine
- **certaines maladies inflammatoires**, (polyarthrite rhumatoïde)
- **une fracture du col du fémur déplacée.**
- **Douleurs invalidantes**

Différence PTH/PIH

La prothèse intermédiaire de hanche

- Une prothèse intermédiaire de la hanche remplace la tête fémorale de l'articulation de la hanche tout en conservant le cotyle de la personne.
- Le cotyle est la partie de l'os iliaque de la hanche qui accueille la tête du fémur.
- Il s'agit d'une prothèse partielle.

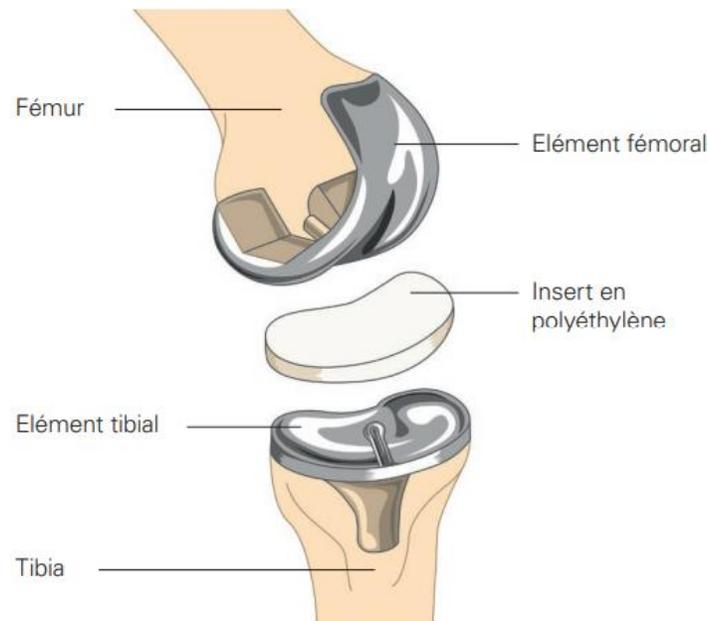


Indications pour une pose de prothèse intermédiaire de hanche

- En cas de fracture du col fémoral déplacée, en particulier chez des patients âgés ou ayant un état général altéré (une indication de pose de PTH serait excessive)
- Patient à faible demande fonctionnelle

Prothèse de genou (PTG ou arthroplastie totale du genou)

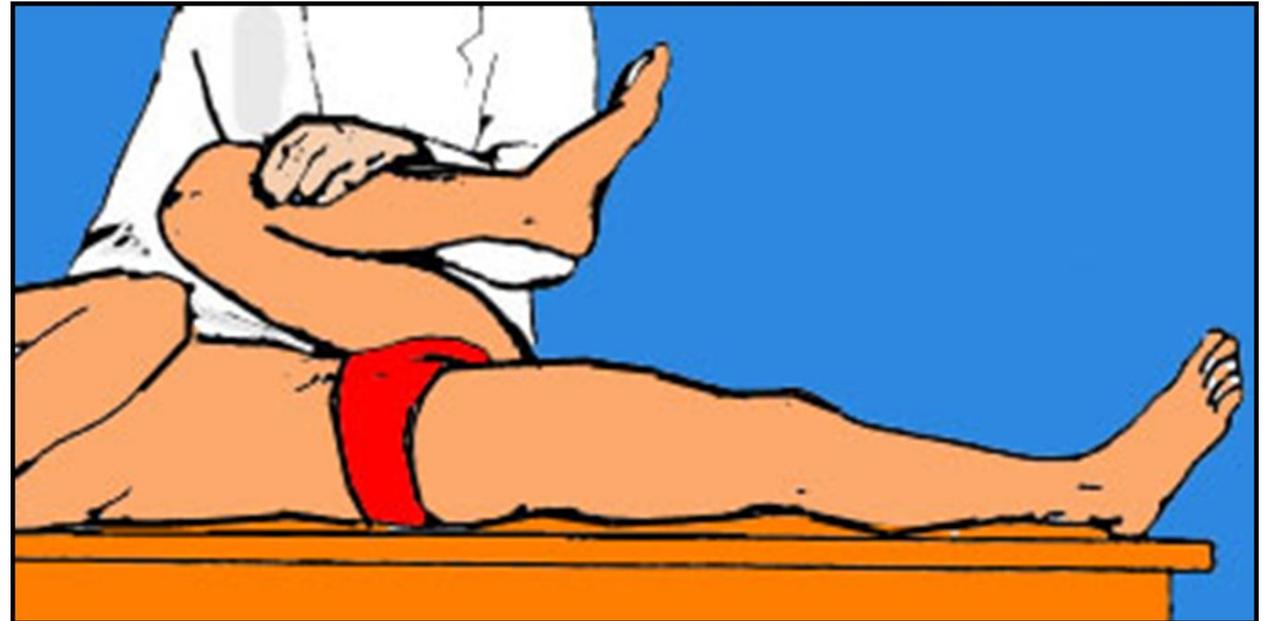
- La pose d'une prothèse totale de genou consiste à remplacer les parties endommagées de l'articulation par des composants artificiels. Les éléments sont réalisés avec des matériaux particulièrement résistants aux contraintes mécaniques et abrasives.



Les soins IDE sont identiques à ceux d'une PTH/PIH.

Les mouvements de l'articulation de la hanche

- **Une Flexion** : c'est un mouvement autour d'une articulation qui diminue l'angle entre les os du bras ou de la jambe au niveau de l'articulation.



Les mouvements de l'articulation de la hanche

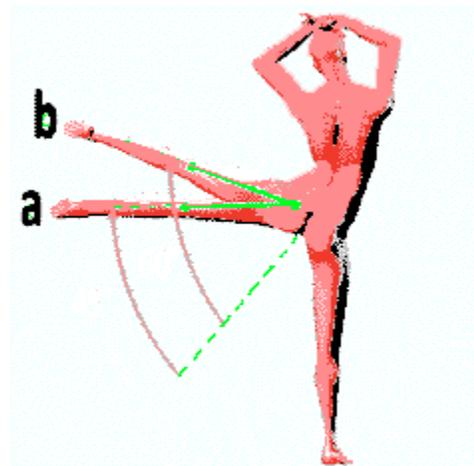
- **Une hyperextension** : C'est une extension excessive qui se traduit par le relâchement d'un nerf, d'un tendon, qui vient, par quelque effort, à s'étendre plus qu'il ne faudrait, de manière excessive.



Les mouvements de l'articulation de la hanche

- **Abduction** : C'est un mouvement qui écarte un membre, un segment de membre du plan médian du corps (opposé à *adduction*).

Abduction de la Hanche



a : sujet normal 45°
b : sujet entraîné 60°

© 2014-2015

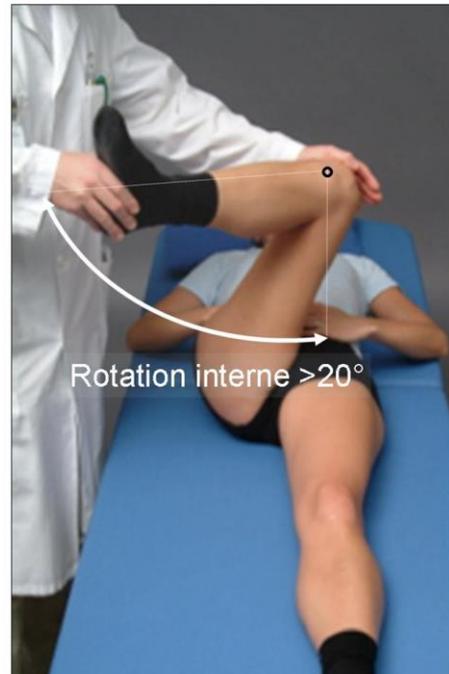
Les mouvements de l'articulation de la hanche

- **Adduction** : C'est un mouvement qui rapproche de l'axe du corps (opposé à *abduction*).



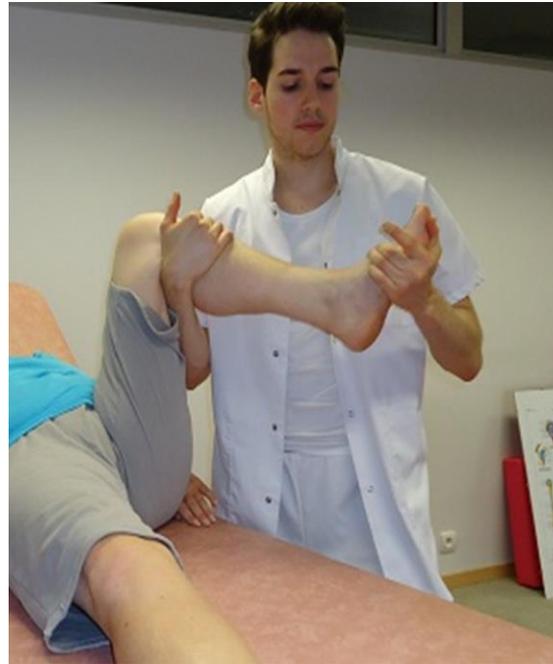
Les mouvements de l'articulation de la hanche

- **Rotation interne** : Lorsque la face antérieure de l'os tourne et se rapproche de la ligne médiane, c'est la rotation interne.



Les mouvements de l'articulation de la hanche

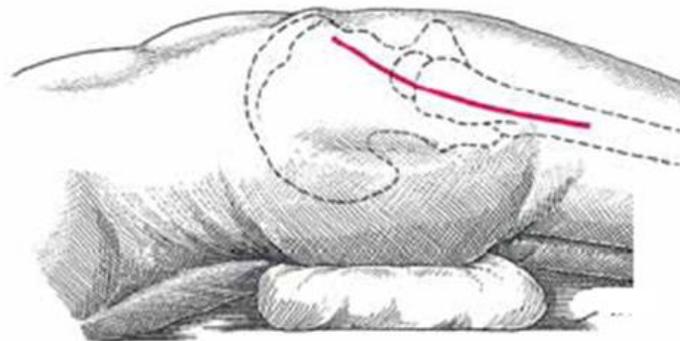
- **Rotation externe** : Lorsque la face antérieure de l'os tourne et s'éloigne de la ligne médiane du corps, on parle de rotation externe.



Connaître les voies d'abord de la chirurgie de la hanche pour donner du sens aux soins IDE (2 seulement seront évoquées)

- La voie d'abord antérieure est privilégiée.

Cette technique, même si elle connaît aujourd'hui de plus en plus d'intérêt, est loin d'être nouvelle puisqu'elle est née il y a plus de 50 ans à Paris. Elle respecte l'ensemble des muscles de la hanche, permettant ainsi une récupération post-opératoire plus rapide et une meilleure stabilité de la prothèse.



Connaître les voies d'abord de la chirurgie de la hanche pour donner du sens aux soins IDE

- La voie d'abord antérieure :

Une incision courte est réalisée au niveau de la partie antérieure de la hanche.

Un passage sera fait entre les différents muscles en les écartant pour accéder à l'articulation.

La tête fémorale est enlevée, puis l'os du fémur et du cotyle sont préparés pour recevoir la prothèse. La prothèse comporte deux parties : la cupule qui est une partie hémisphérique creuse implantée au niveau du bassin, et la tige avec une bille qui est implantée au niveau du fémur. La bille remplace la tête du fémur et s'articule avec la cupule.

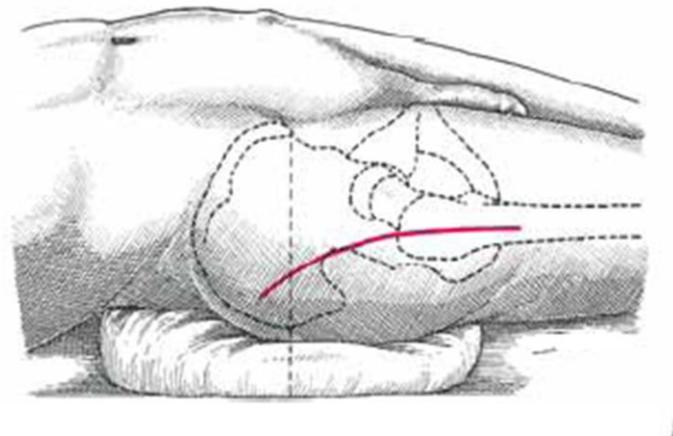
La prothèse totale de la hanche peut être réalisée sous rachi-anesthésie ou bien sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé.

Connaître les voies d'abord de la chirurgie de la hanche pour donner du sens aux soins IDE (2 seulement seront évoquées)

- La voie d'abord postérieure :

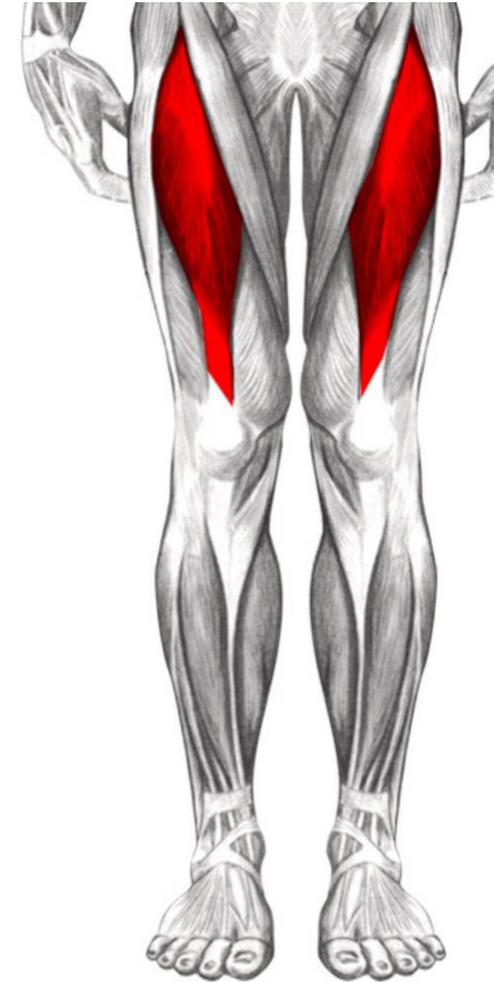
Elle consiste à ouvrir la hanche en abord latéral et postérieur, en arrière du grand et du moyen fessier et du grand trochanter.

Elle a pour inconvénient de désinsérer quatre tendons fessiers rotateurs externes (muscles pelvi-trochantériens : jumeau inférieur, obturateur interne, jumeau supérieur et pyramidal) et de fragiliser la tenue articulaire de la hanche en arrière.



Précautions

- La réduction du risque de luxation est uniquement liée à la voie d'abord de l'intervention et non au type d'intervention.
- Autrement dit, si une PIH est installée par voie postérieure le risque de luxation est identique à une PTH.
- Par la voie postérieure, pas de croisement de jambes et d'hyperflexion.
- Par la voie antérieure l'intérêt est de détendre le droit antérieur étiré lors de l'intervention. Pas de positions contre indiquées. Très souvent appui complet autorisé.



Les soins IDE en post opératoire

- Il est impératif de connaître la voie d'abord chirurgicale, le type d'anesthésie afin d'adapter votre éducation auprès des patients, leur installation. La prise en soin en retour de bloc relève de la compétence et la responsabilité IDE.



Les soins IDE en post opératoire

- L'équipement du patient au retour du bloc :
Une voie veineuse périphérique + perfusions (antalgiques, anti-inflammatoires),
Un pansement,
Un arceau,
+/- Drain(s) avec système d'aspiration,
Sonde à demeure pas en systématique,
Bas de contention.

Les soins IDE en post opératoire



Les soins IDE en post opératoire



Attention votre surveillance ainsi que votre observation et vos connaissances sont nécessaires pour prévenir la survenue de certaines complications.

- **L'installation du patient et éducation auprès du patient :**

Mettre la tête sur le côté, en $\frac{3}{4}$ assis en fonction de l'anesthésie,

Surélever le membre opéré (retour veineux),

Mettre un coussin abduction (selon l'état cognitif), consignes de ne pas croiser les jambes, pas de rotation, l'extension doit-être complète,

Mettre arceau en place,

+/- vessie de glace, +/- levé d'appui sous les talons

Assurer les soins de confort,

Sonnette à portée de main.

- **Ne jamais lever le patient sans autorisation**

Les soins IDE en post opératoire

- **Surveillance perfusion(s) :**

Surveillance du point de ponction : rougeur et écoulement,

Tubulures : non coudées, sans retour sanguin, bien vissées,

Débit de perfusion : vitesse d'écoulement, chambre ½ pleine,

Vérifier les branchements électriques : pousse seringue électrique, alertes sonores ou visuelles.

Les soins IDE en post opératoire

- **Les principales complications/risques en post opératoire et dans les semaines à suivre d'une chirurgie de la hanche :**

A noter que leurs survenues varient dans le temps.

- Le risque **d'hématome post opératoire** car les tissus osseux de la hanche saignent facilement en post opératoire associé au traitement par HBPM pour prévenir le risque tromboembolique.
- Le **risque infectieux** au regard de la plaie chirurgicale mais pas seulement, des dispositifs médicaux associés (VVP, Drains, SAD...)

Les soins IDE en post opératoire

- Le **risque de thrombose veineuse +/- embolie pulmonaire** qui peut survenir dans les 3 à 6 semaines après l'intervention. Education et dépistage des signes cliniques d'une TVP.
- Le **risque de luxation** : varie selon la voie opératoire utilisé. Il est faible dans les suites immédiates. Il survient généralement dans les deux mois qui suivent l'intervention et est étroitement lié à votre rôle éducatif.

La luxation de la hanche survient lorsque la tête sphérique du fémur sort de la cavité arrondie de l'os de la hanche (bassin).

- **Signes cliniques:** Impotence fonctionnelle, douleur et raccourcissement du membre, rotation externe du pied.
- **Le diagnostic** est clinique et radiologique.

Les soins IDE en post opératoire et éducation

- L'éducation pour prévenir le risque de luxation pendant les mois qui suivent l'intervention :

La mise en place d'un coussin d'abduction au début la nuit pour ne jamais croiser les jambes,

Lorsque vous êtes allongé, tournez du côté non opéré (moins algique) tout en gardant le coussin d'abduction

Levez vous du côté non opéré, pensez à solidariser vos jambes et ramenez la jambe opérée avec précaution,

Choisir des sièges hauts (rehausseur WC, voiture siège haut) pour éviter l'hyperflexion



Les soins IDE en post opératoire et éducation

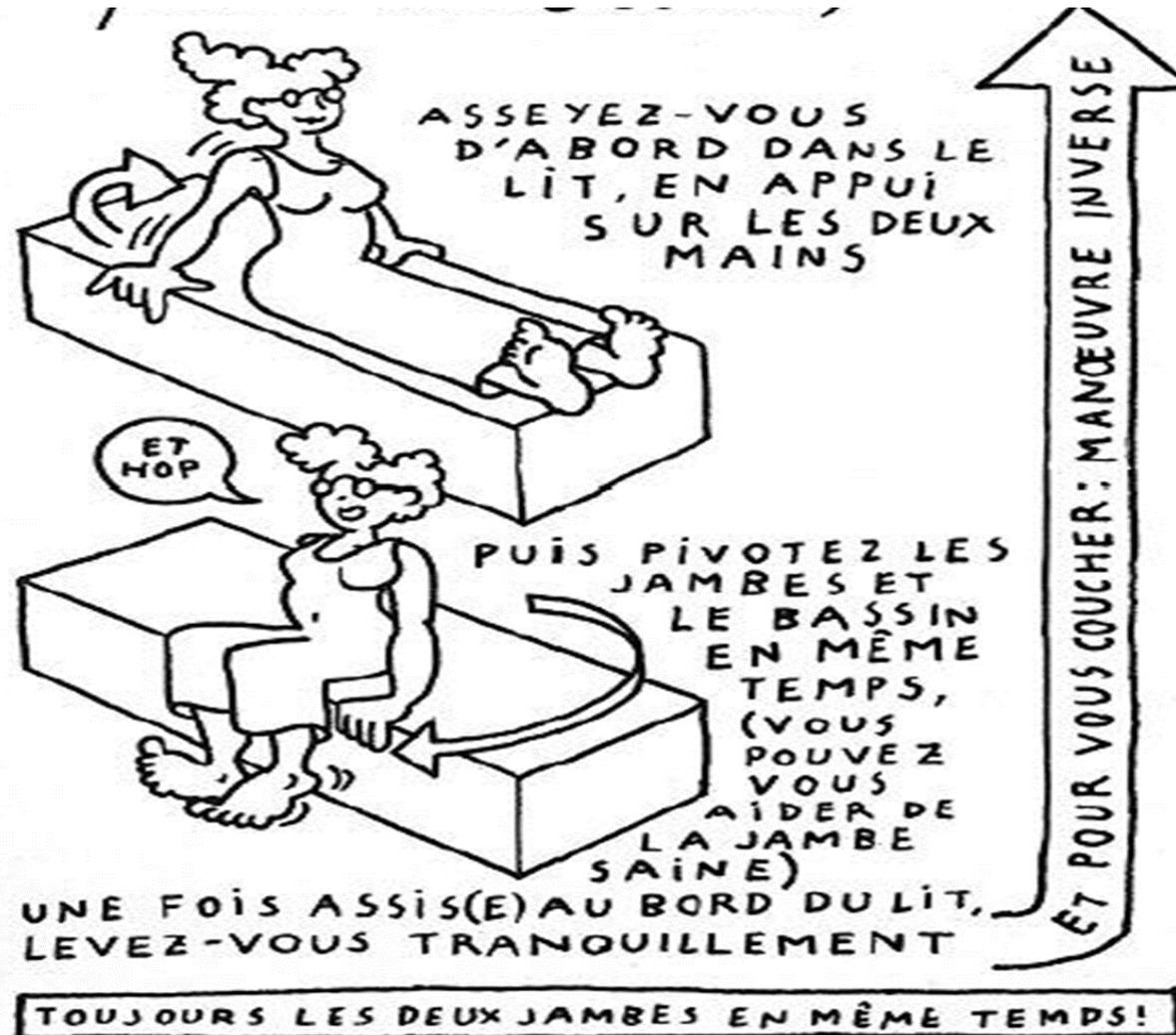
Conseils pour les gestes de la vie quotidienne dans les trois mois qui suivent l'intervention :

- Préférez la douche au bain,
- Installez des tapis antidérapants,
- Aidez-vous de barres d'appui si possible,
- Ne vous baissez pas, utilisez des outils à manches longs (balais),
- Ne vous penchez pas en avant,
- En voiture s'asseoir d'abord sur le siège, pieds à l'extérieur du véhicule puis ramener les 2 jambes en même temps,
- éviter les travaux de jardinage,
- éviter les sports violents (judo, ski, attention si la personne danse : interdiction des mouvements de rotation)
- Faites vous aider au départ pour enfiler chaussettes, chaussures, pantalon ou utiliser les appareils vendus dans le commerce : enfile bas, chausse pied à manche long, ensuite pince à long manche.

Les soins IDE en post opératoire et éducation



Les soins IDE en post opératoire et éducation



Les soins IDE en post opératoire

- Le **risque de descellement de la prothèse se traduit par** : un contact non optimal entre la hanche et les implants posés.

Facteurs de risque du descellement :

- Jeune âge (durée de vie d'une prothèse 10 à 25 ans),
- Activité du patient,
- Mauvaise qualité fixation des implants,
- Usure naturelle de la prothèse,
- Infection de l'os.

Cliniquement le patient est algique et présente des difficultés à la marche, boiterie, enraidissement de l'articulation, raccourcissement du membre et signes infectieux s'il est en lien avec une infection du membre.

Les soins IDE auprès des patients porteurs d'une immobilisation plâtrée

Immobilisation plâtrée mais pas uniquement (résine, attelle)

- Immobilisation temporaire d'un membre ou d'un segment de membre fracturé à l'aide d'un plâtre, jusqu'à la consolidation des fragments osseux.
- Principales indications :

Immobilisation d'une fracture

- Stabilise le segment osseux abimé
- Immobilise les articulations sus et sous jacentes

Contention d'une zone traumatisé

Ex : mise au repos ligamentaire et articulaire après entorse ou déchirure

Correction d'attitudes vicieuses

Ex : pied en varus, luxation congénitale...

Législation

Législation : Art R-4311

- La pose d'un dispositif d'immobilisation ne relève pas du rôle propre de l'infirmier et doit être pratiquée **par un médecin**. Le personnel infirmier est en revanche habilité à surveiller et à rechercher les signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un plâtre.
- Sur prescription ou en urgence, l'infirmier peut procéder à l'ablation de dispositifs d'immobilisation ou de contention.
- Sur prescription médicale écrite, datée, signée, qualitative et quantitative, un infirmier peut réaliser la pose d'un plâtre. Dans ce cadre, un médecin doit pouvoir intervenir à tout moment.

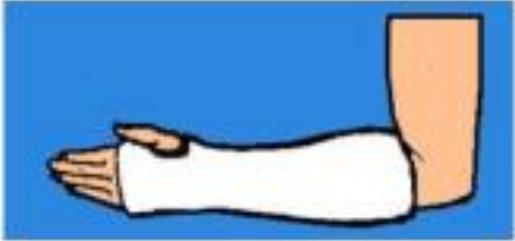
Immobilisation plâtrée mais pas uniquement (résine, attelle)



Les différents types de plâtres

- Gouttière plâtrée: maintenue en place par bandages – réfection de pansements possibles
- Plâtre Fendu
- Plâtre Circulaire (risque +++ de compression vasculo-nerveuse)

Les principaux plâtres du membre supérieur



Plâtre Antéro - Brachial



Manchette plâtrée

Fracture scaphoïde ou os de la main



Plâtre Brachio Ante Brachio-
Palmaire (BABP)



Gouttière Brachiale



Orthèse

Les principaux plâtres du membre supérieur



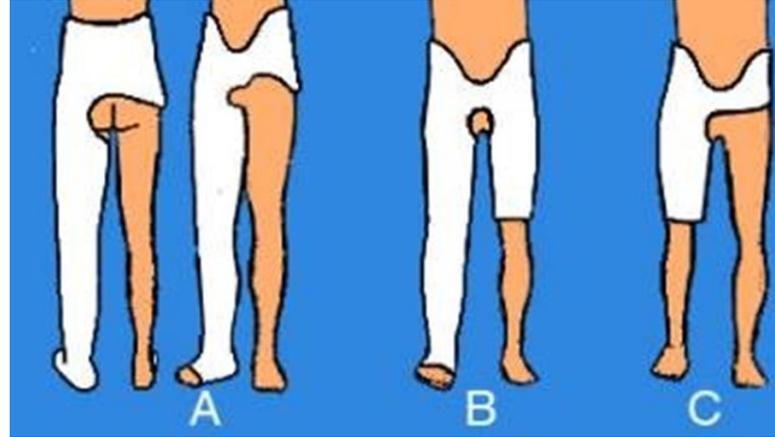
Manchette plâtrée avec colonne de pouce
Manchette plâtrée sans colonne de pouce

Gantelet avec
colonne de pouce

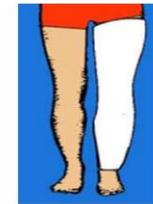


Les principaux plâtres du membre inférieur

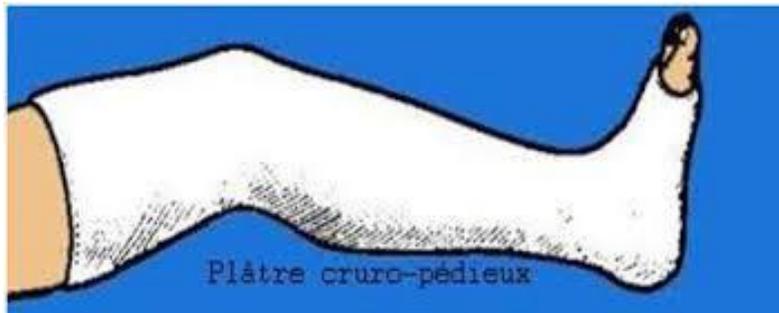
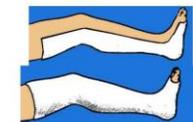
- Le plâtre Cruro-jambier,
- Plâtre Cruro-pédieux,
- La gouttière cruro-pédieuse,
- La botte plâtrée,
- Gouttière plâtrée postérieure,
- Les plâtres pelvi pédieux.



La genouillère plâtrée ou plâtre cruro-jambier



La gouttière cruro-pédieuse



Les critères de qualité d'un plâtre/d'une résine/attelle thermoformée



- Un plâtre doit toujours être réalisé sur un membre bien axé + position fonctionnelle.
- **Confort :**
Bien garnir l'intérieur d'un plâtre.
- **Sécurité :**
Fendre les plâtres circulaires pour permettre l'expansion d'un éventuel œdème et l'élargissement de la contention en cas de besoin.
- **Surveillance des complications :**
Les extrémités doivent-êtré apparentes.
Le plâtre, l'immobilisation ne doivent pas être compressifs : risque de compression vasculo-nerveuses.

Les risques potentiels



Afin de les prévenir, il est important d'avoir des connaissances et de prendre conscience de notre rôle éducatif.

Toute immobilisation doit-être adaptée à l'âge du patient, au type de fracture et/ou problématiques autres.

- **Le risque de compression vasculo-nerveuse :**

Elle est due à un plâtre trop serré ou à un œdème réactionnel. C'est une urgence car elle peut provoquer une escarre et/ou une paralysie. Le risque est majoré avec le plâtre circulaire.

Sur le plan clinique :

Les risques potentiels : la compression vasculo-nerveuse

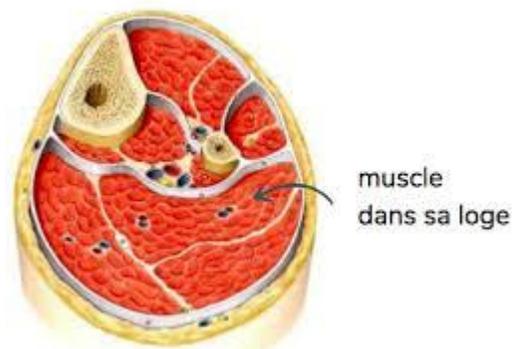


Sur le plan clinique :

- **Douleur** : Au début la douleur est pulsatile (stade 1) puis elle évolue vers une douleur vive résistante aux antalgiques . Celle-ci est majorée à la contraction volontaire des muscles (stade 2).
- **Coloration et chaleur des extrémités** : Au début les extrémités sont rouges, chaudes et œdématisées (stade 1) puis dans un second temps les extrémités deviennent froides et pâles (stade 2).
- **Mobilité** : Diminution de la mobilité (stade 1) qui évolue vers une impossibilité de bouger ses extrémités (stade 2).
- **Sensibilité** : Paresthésie (stade 1) qui évolue vers une anesthésie des extrémités (stade 2).
- **Pouls** : Le pouls est symétrique au membre opposé dans un premier temps (stade 1) puis plus la compression est importante le pouls fini par être asymétrique au membre opposé (stade 2).

La compression vasculo-nerveuse : stade 1

- **Le syndrome des loges, ou syndrome de compression des loges musculaires,** est consécutif à l'augmentation de la pression intramusculaire d'une ou plusieurs loges. Cette augmentation de la pression est due à la présence d'un œdème, d'un hématome... Ce phénomène provoque des lésions des muscles et des nerfs.
- Lorsque la pression artérielle diminue de façon trop importante, les fibres musculaires et les nerfs sont en souffrance.
- Le syndrome des loges peut entraîner la perte définitive d'un membre.



La compression vasculo-nerveuse : le syndrome de Volkmann

- **Le syndrome de Volkmann** est la conséquence d'un syndrome des loges non traité. Il est caractérisé par une rétraction d'origine ischémique des muscles de la loge antérieure de l'avant-bras.

- **Physiopathologie :**

Le syndrome de Volkmann est la conséquence d'une ischémie musculaire et nerveuse suite à un arrêt de la perfusion cellulaire liée à un phénomène mécanique d'hyperpression vasculaire.

Les lésions ischémiques touchent les muscles, les nerfs et les vaisseaux.

La baisse de l'oxygénation des muscles va entraîner une diminution de leur activité jusqu'à devenir inexistante.

La compression vasculo-nerveuse : le syndrome de Volkmann

- **Les signes cliniques :**

Dans un premier temps :

- Douleur intolérable
- Troubles sensitifs et moteurs
- Sensation de picotements
- Cyanose

Dans un second temps :

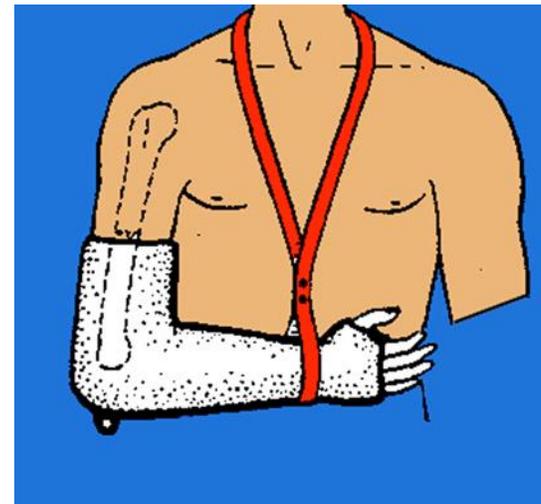
- Atténuation de la douleur
- Rétraction des muscles fléchisseurs (main en forme de griffe)



La compression vasculo-nerveuse & rôle IDE

- Anticiper, Dépister et Eduquer
- Evaluer la douleur, la sensibilité, la chaleur, la mobilité des doigts, observer la couleur des extrémités.
- Surélever l'extrémité du membre plâtré pour favoriser le retour veineux et drainer l'œdème.
- Vessie de glace.
- Sur PM (antalgique et anti inflammatoire).
- Fendre le plâtre au moindre doute voire le retirer.

Possibilités pour surélever un membre



Les risques potentiels : le risque thromboembolique

	causes	clinique
Thrombose veineuse Profonde (phlébite)	immobilisation plâtrée = ralentissement du flux veineux entraînant une stase secondaire Formation d'un thrombus dans la lumière d'une veine du membre inférieur	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur avec plaintes du patient • Douleur majorée à la dorsiflexion • Perte du ballant du mollet (<i>difficile à voir avec plâtre</i>) • Œdème et/ou induration (<i>difficile à voir avec plâtre</i>) • Dissociation pouls/t°++
Embolie pulmonaire	Migration des fragments du caillot jusqu'à l'artère pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur thoracique • Dyspnée + désaturation • Pâleur/sueur • Angoisse • Possible état de choc (collapsus cardiovasculaire)

Les risques potentiels : le risque thromboembolique, prévenir et dépister

Prévenir :

- Surélévation du membre plâtré.
- Lever précoce sur PM / fauteuil.
- Béquillage dès que possible.
- Port de bas anti thrombose.
- Mobilisation des membres le plus souvent possible.
- Contractions musculaires sous plâtre répétées plusieurs fois dans la journée.
- Mise sous anticoagulants à dose préventive en sous cutané sous forme d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM).
- Surveillance clinique de l'efficacité et innocuité du traitement (surveillance du taux de plaquettes/risque allergique de thrombopénie).

Les risques potentiels : le risque thromboembolique, prévenir et dépister

Dépister :

- Écoute ++ des plaintes du patient.
- Dépister l'ensemble des signes cliniques et pour cela les connaître.
- En cas de Suspicion phlébite = transmission au médecin **en urgence** (pour confirmation par écho doppler veineux – phlébographie ou angiographie)
- Patient au lit strict en attendant les consignes du médecin.
- Si thrombose avérée : Traitement anticoagulant à dose curative sur prescription.

Les risques potentiels : le risque d'altération de l'état cutané

Signes cliniques :

- Douleur
- Sensation de brûlure localisée
- Démangeaisons
- Odeurs nauséabondes
- Chaleur du membre
- Lésion cutanée visible : de la simple rougeur jusqu'à la nécrose

Les risques potentiels : le risque infectieux

Ostéite : infection au niveau de l'os

L'infection est liée à une abrasion ou une plaie insuffisamment nettoyée avant la pose d'un plâtre.

Manifestations cliniques :

- Douleur
- Odeur malodorante
- Plâtre taché
- Hyperthermie
- Adénopathies
- Œdème



Chacune de ces manifestations doit conduire à l'ouverture (fenêtrage) ou l'ablation du plâtre pour vérification de l'état cutané (PM).

Prévention

- Surélévation du membre fracturé
- Pas de corps étrangers entre le plâtre et la peau (miettes de pain, crayon, grattage...)

Les risques potentiels : le risque de complications musculaires

L'amyotrophie : Diminution du volume des muscles provoquée par une immobilisation prolongée ou à un traitement. On parle aussi d'atrophie ou de fonte musculaire.

Manifestations cliniques :

- Fonte musculaire au niveau du membre plâtré.
- Atrophie musculaire.

Prévention de la fonte musculaire :

Inciter la personne à faire des contractions musculaires sous plâtre.
Favoriser l'hydratation et une alimentation riche en protéines.

Les risques potentiels : le risque de pseudarthrose

Pseudarthrose : C'est l'absence de consolidation entre deux fragments osseux après fracture traitée ou non ou bien après traitement chirurgical visant à faire consolider deux fragments osseux l'un avec l'autre. Par définition, on ne parle de pseudarthrose qu'après 6 mois d'évolution dans le cadre de fractures.

Les risques potentiels : le risque de déplacement secondaire

Lié à un plâtre trop lâche après la fonte de l'œdème, ou inefficace

Manifestations cliniques:

- Position vicieuse du membre
- Douleur et impotence fonctionnelle

Manifestations à l'examen radiologique :

- Déplacement des fragments osseux
- Cal vicieux

Les risques potentiels : le risque d'incapacité à effectuer les gestes de la vie quotidienne

- Toujours adapter l'aide après avoir évalué les capacités résiduelles de la personne.
- Respecter les consignes médicales quant à la mobilisation (appui ou non).
- Prendre en compte la fatigue de la personne.
- Prévoir des vêtements confortables.
- Commencer par enfiler les vêtements côté plâtré.
- Protéger les plâtres de l'eau, des liquides biologiques.

Rôle éducatif auprès du patient rentrant à domicile

Objectif :

- Rendre le patient plus autonome
- Faciliter l'adhésion du patient aux traitements prescrits
- Améliorer la qualité de vie du patient
- L'IDE doit-être en capacité
- De connaître les signes de compression
- D'examiner avec attention ses doigts ou orteils
- De revenir aux urgences en cas de signe anormal
- De garder surélevé le plus possible son membre plâtré, de ne pas le laisser pendre
- D'éviter les stations debout prolongées
- De maintenir son plâtre dans un état de propreté suffisant
- De conserver au plâtre son efficacité

Rôle éducatif auprès du patient rentrant à domicile

L'IDE doit accompagner le patient afin qu'il puisse être en capacité de :

- Connaître les signes de compression,
- Observer, examiner avec attention ses extrémités,
- Garder surélevé le plus possible son membre plâtré, de ne pas le laisser pendant,
- Eviter les stations debout prolongées,
- Maintenir son plâtre dans un état de propreté acceptable,
- Vérifier l'efficacité de son plâtre,
- Revenir aux urgences en cas de signe anormal.

Rôle éducatif auprès du patient rentrant à domicile

Sur le plan de l'hygiène de vie leur communiquer les conseils suivants :

- Conserver une activité physique raisonnable,
- S'alimenter correctement,
- Poursuivre le traitement anticoagulant à domicile,
- Prévenir le médecin en cas d'effet secondaire des anticoagulants,
- Respecter les contrôles radiologiques,
- Ne pas vernir le plâtre, ne pas le mouiller ou l'immerger le plâtre,
- Ne pas introduire de corps étranger sous le plâtre,
- Réaliser des contractions régulières et mobiliser les articulations laissées libres, pour prévenir l'amyotrophie et les complications thromboemboliques.

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



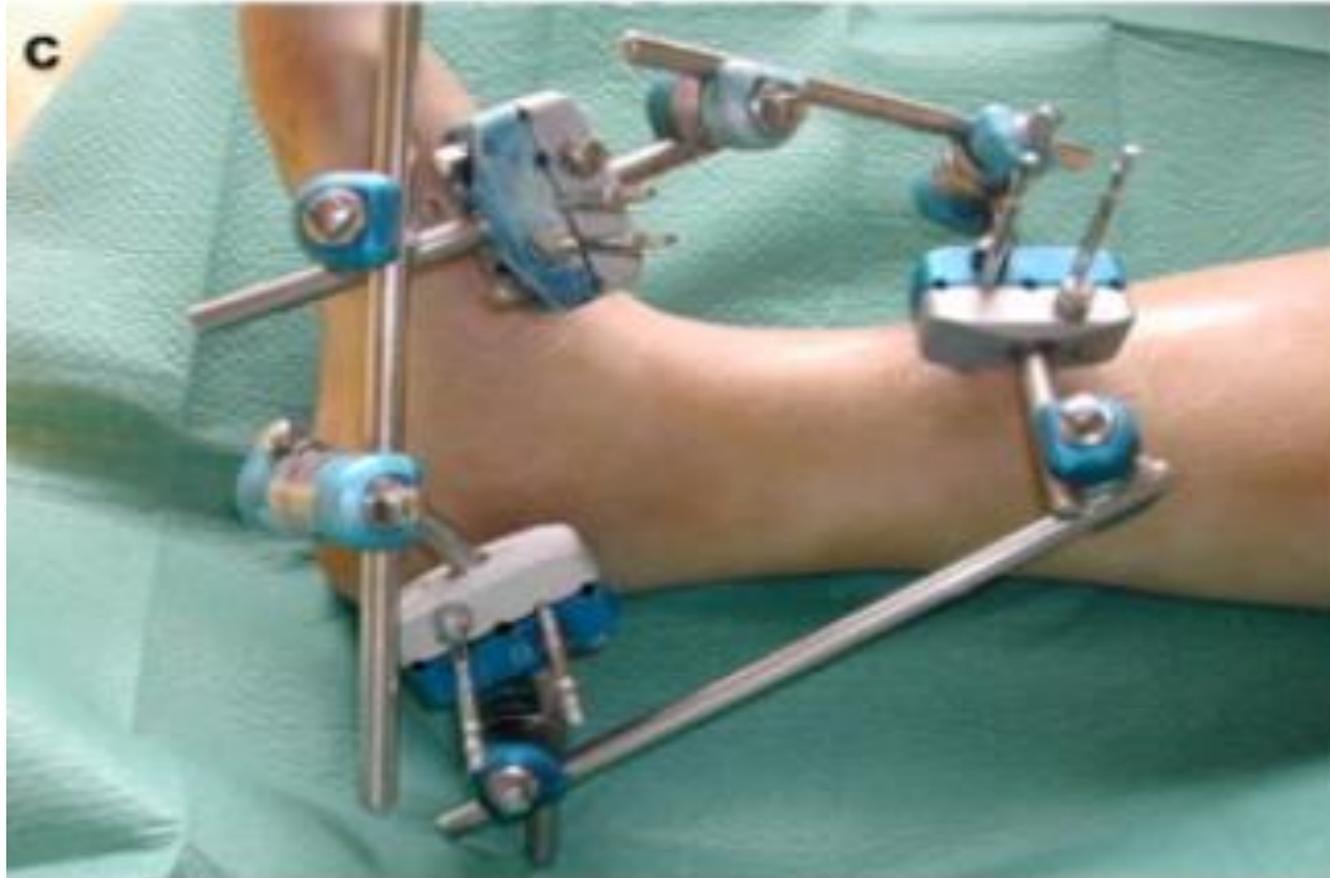
FORMATION

Les fixateurs externes

Les fixateurs externes

Ce sont des systèmes de stabilisation du foyer de fracture assuré à distance de celui-ci par:

- Fiches plantées dans l'os au travers des tissus, de part et d'autre et à distance du foyer de fracture
- Ces fiches sont reliées entre elles par un cadre rigide situé loin de la peau
- Durée du fixateur externe variable (peut être de plusieurs mois)



Indications

■ Fractures ouvertes complexes:

Exposition de l'os à l'environnement extérieur, stabilisation de la (des) fracture(s) en permettant un accès facile au soin des plaies

■ Traumatismes complexes:

Fractures avec lésions importantes des tissus mous, où la réduction interne pourrait être trop risquée d'un point de vue infectieux

Problèmes et risques

■ Risque infectieux

Risque d'infection sur fiche (cf précautions standards)

■ Risque de compression vasculo-nerveuse

liée au montage, à l'œdème

→ Surveillance du pouls distal, sensibilité, motricité, chaleur, réflexes du membre appareillé

■ Risque d'altération cutanée :

Risque d'escarre talonnière du membre appareillé + risque de lésion cutanée du membre opposé

→ Talon dans le vide ou sur mousse

→ Protection des fiches

■ Risque d'équinisme du pied appareillé :

Coussin anti équin, arceau, système de maintien (jersey, semelle)

Soins sur fixateur externe

■ Surveillance et soins du dispositif journalier

Désinfecter l'entrée des tiges avec solution adaptée à l'état de la peau (gamme Bétadine® ou chlorexhydine) et protection avec compresses stériles les 15 premiers jours puis lavage au savon ensuite. Il est important de contrôler la mobilité des fiches après 15 jours ainsi que le serrage des rotules du FE qui peut se desserrer.

Éliminer résidus de sang ou sérosités sur le matériel (selon protocole, souvent avec un antiseptique), nettoyage du montage : attention à l'alcool iodé oxydant pour les matériaux métalliques

Protection du dispositif externe non nécessaire en l'absence d'infection, prélèvement microbiologique si signes cliniques d'infection

Pour la toilette, isoler le système dans un sac hermétique et toujours vérifier que la personne respecte les consignes (ex : sans appui, ne pas toucher ou manipuler les pansements et le montage)

Education du patient

Afin de prévenir les risques en lien avec ce dispositif, mettre l'accent sur:

▀ **Les techniques de mobilisation =**

- respect de la prescription médicale
- en général pas d'appui car risque de déplacement secondaire de la fracture +++

▀ **L'hygiène +++**

S'adapter aux capacités cognitives de la personne

Les tractions

La traction

est un système permettant l'alignement des éléments osseux

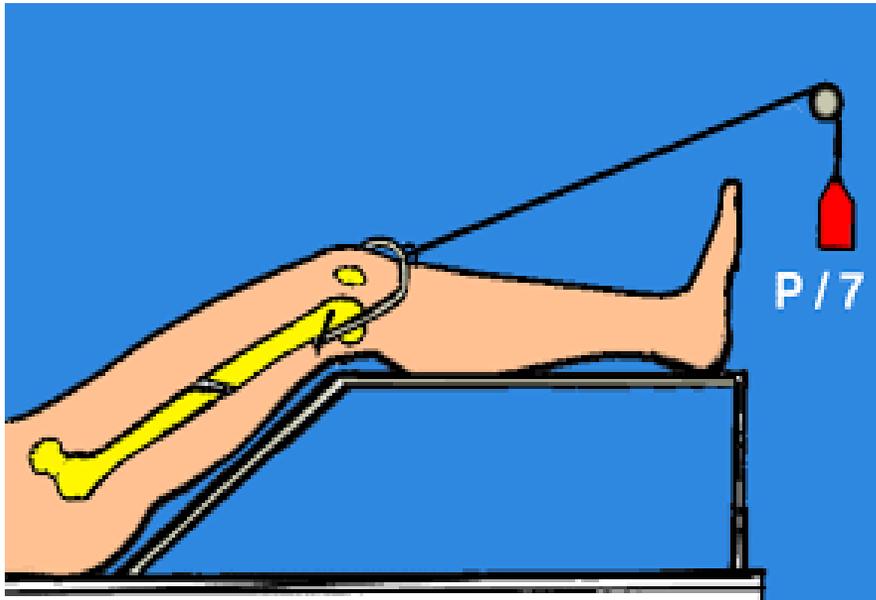
= traitement orthopédique

Force appliquée sur une partie du corps dans 2 directions opposées :

Traction (constitué par un lest) / Contre traction (constituée par le poids du corps)

2 types de traction

Transfixiante



- Trans-condylienne
- Trans-tibiale
- Trans-calcanéene

Collée



Les tractions collées

Traction exercée directement sur la peau par l'intermédiaire d'une bande adhésive

- Souvent traction d'attente avant chirurgie pour fracture col du fémur (5kg max)
- Visée antalgique
- Lutter contre les positions vicieuses
- Prévenir l'embolie graisseuse

Attention, la traction collée expose à un risque de lésions cutanées.



Installation du patient porteur d'une traction

- Cordes à traction avec cadre de lit à traction
- Poulie dans l'axe du corps
- Poids selon prescription médicale
- Surélévation des pieds du lit pour permettre la contre traction grâce au poids du corps selon prescription

Surveillance

TRACTION COLLÉE

- Respect de l'axe du membre
- Dispositif continu : pas de butée, pas de nœud bloquant la ficelle dans la poulie, poids suspendu: ne doit pas reposer au sol . *Attention en montant et descendant le lit*
- Vérifier le poids
- Veiller à l'intégrité de la peau: protéger et surveiller la partie collée

**MERCI POUR
VOTRE ATTENTION**