

SÉMIOLOGIE, BILANS SANGUINS, EXPLORATIONS ET SOINS INFIRMIERS EN DIGESTIF

UE 2.8 S3

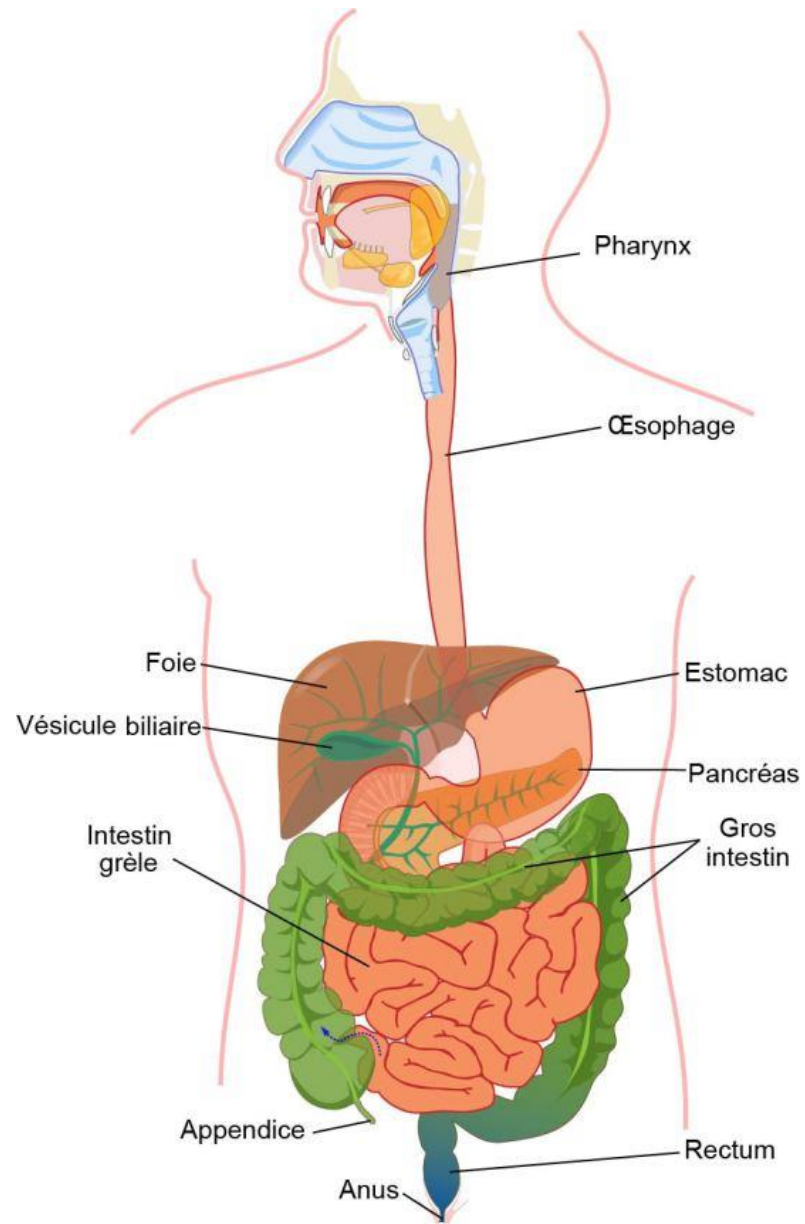
A.PEPIN 9 septembre 2024

Rappel et généralités

Vrai ou Faux

Le système digestif comprend le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, le rectum, l'anus, le foie, la vésicule biliaire et le pancréas?

VRAI



L'intestin grêle absorbe l'eau et les éléments nutritifs et fait passer les déchets (selles) dans le rectum?

FAUX

*Il s'agit du côlon ou du gros intestin

*L'intestin grêle continue la digestion et absorbe les éléments nutritifs

L'abouchement du côlon à la peau
s'appelle une colostomie?

VRAI

Une ablation de la vésicule biliaire s'appelle une cholécystite?

Faux

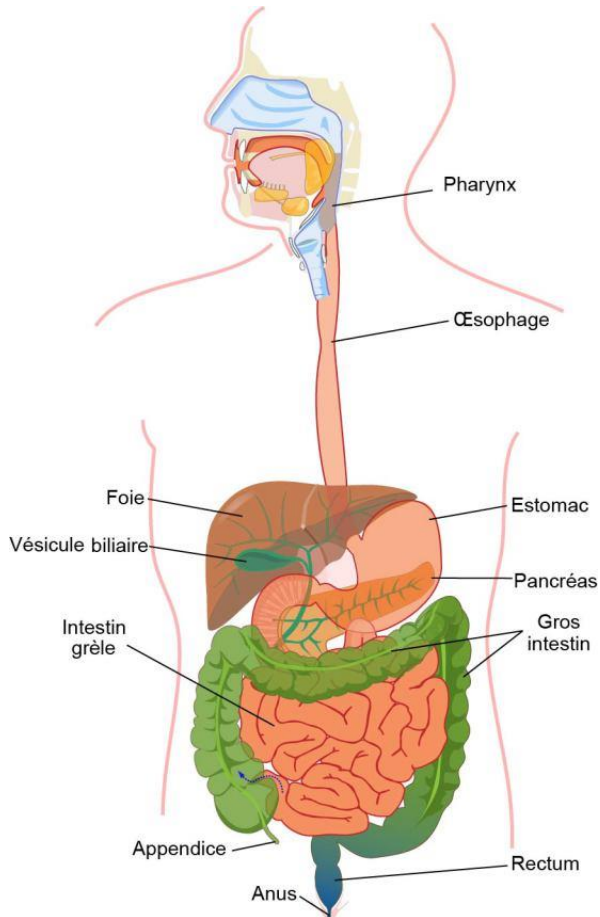
- *Cholécystite: forte inflammation de la vésicule biliaire
- *Cholécystectomie: ablation de la vésicule biliaire

Le foie a pour rôle de sécréter
l'insuline?

FAUX

- *Il s'agit du rôle du pancréas
- *Foie: fonction d'épuration, sécrétion de la bile, intervient dans le métabolisme, lieu de stockage (fer), rôle dans l'immunité

Rappel

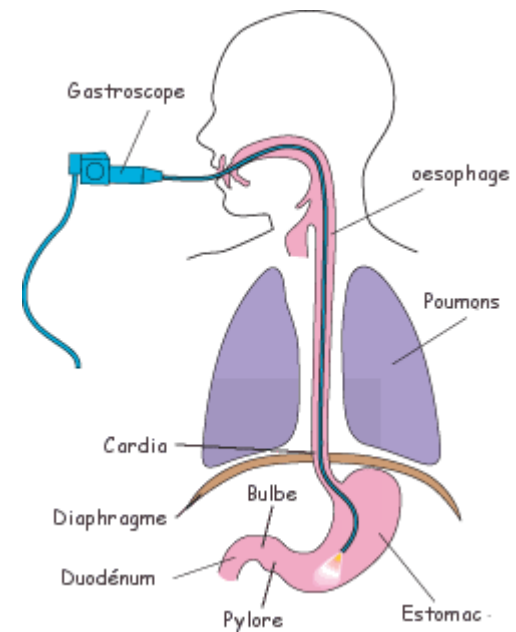


- **Pharynx/Œsophage**: progression du bol alimentaire
- **Estomac**: début de la digestion et progression du bol alimentaire vers l'intestin
- **Intestin grêle**: continue la digestion et absorbe les éléments nutritifs
- **Gros intestin=côlon**: absorbe l'eau et les éléments nutritifs et fait passer les déchets (selles) dans le rectum
- **Rectum**: reçoit les déchets du côlon et les emmagasine jusqu'à l'évacuation par l'anus
- **Anus**: évacuation des selles
- **Foie**: fonction d'épuration, sécrétion de la bile, intervient dans le métabolisme, lieu de stockage (fer), rôle dans l'immunité
- **Vésicule biliaire**: emmagasine et concentre la bile produite par le foie
- **Pancréas**: sécrétion de suc pancréatique et d'insuline

Soins infirmiers et examens médicaux

Gastroskopie ou fibroscopie gastrique

- ❑ Examen qui permet d'examiner l'œsophage, l'estomac et le duodénum à l'aide d'un vidéo endoscope souple (le gastroscope) introduit par la bouche
- ❑ Examen de référence



□ Indications

➤ Diagnostiques

- Symptomatologie digestive haute
- Gastralgie, dysphagie, pyrosis...

➤ Thérapeutiques

- Dilatation de sténoses œsophagiennes
- Pose de prothèse œsophagienne.
- Scléroses de varices œsophagiennes.
- Ablation de polypes et de corps étrangers ...

□ Contre-indications

- Troubles de la coagulation

Préparation du patient

- ❑ Accueil du patient
- ❑ Expliquer l'examen
- ❑ AL en première intention ou AG
- ❑ A jeun depuis 6h00
- ❑ Pas de prise d'aspirine ou d'anti-coagulant
- ❑ Bilan d'hémostase en cas de biopsie
- ❑ Rassurer le patient pour une meilleure coopération
- ❑ PM= AL avec Spray ou gel de xylocaïne®

Déroulement de l'examen

- ❑ L'examen utilise un endoscope souple qui est introduit par la bouche (après une anesthésie locale)
- ❑ Décubitus latéral gauche, cale dents.
- ❑ Introduction douce de l'endoscope.
- ❑ L'inspection des organes se fait surtout au retrait de l'endoscope
- ❑ Durée: 10 à 20mn
- ❑ Généralement bien supporté

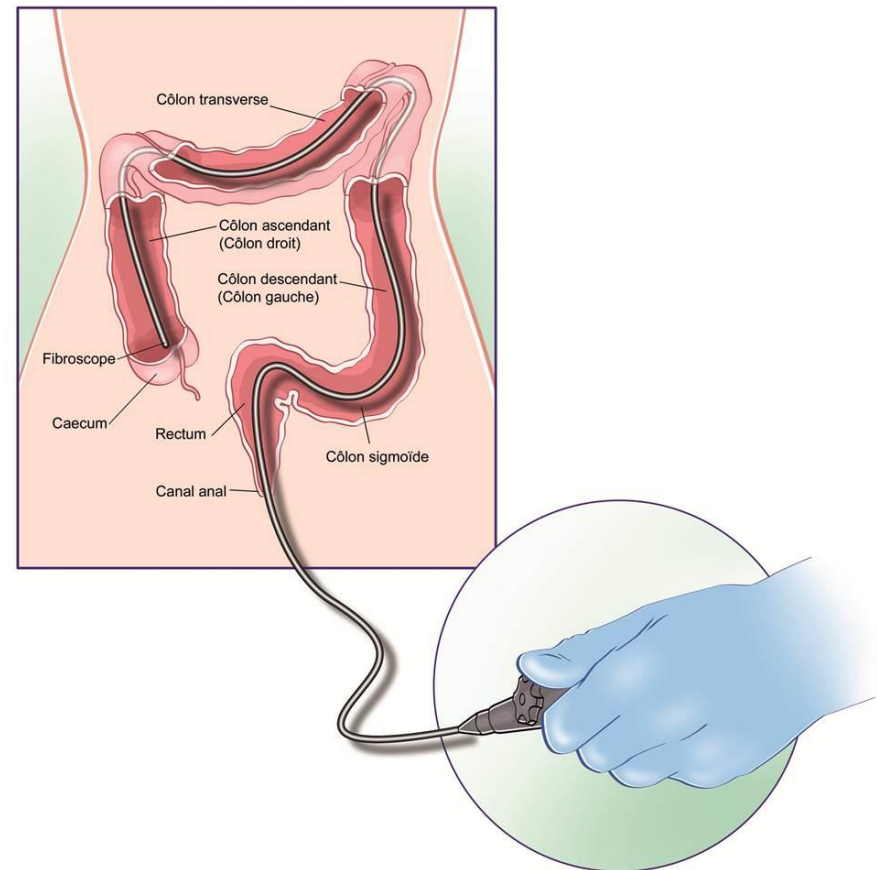
Surveillance post-examen

- Attendre 30' avant boisson ou alimentation
 - Le temps de l'arrêt de l'effet de l'anesthésiant local, car risque de fausse route sinon

- Si fait sous AG: surveillance comme une pour toutes les AG

Coloscopie

- Examen qui permet de visualiser l'intérieur de tout le colon à l'aide d'un endoscope long et souple.
- Le colon doit être parfaitement propre



Les indications

- Diagnostique:
 - Symptomatologie digestive basse(Saignement, troubles du transit, douleurs...)
 - Tumeur
 - Colite inflammatoire
 - Diverticules...

- Thérapeutiques
 - Ablation de polypes

- Dépistage ou de surveillance

Régime sans résidu

A suivre pendant les 3 jours précédant l'examen

□Aliments à éliminer :

- Tous les légumes, les légumes secs et toutes les préparations à base de légumes.
- Tous les fruits et les préparations à base de fruits (ex: pâtisseries, laitages aux fruits, confitures).
- Tous les aliments à base de céréales complètes (pain complet, riz complet, pains spéciaux, farine complète)
- Pas d'alcool, pas de jus à pulpe

Coloscopie

Préparation du patient

- ❑ Informations/explications
 - Le plus souvent sous AG
 - Préparation colique
 - ✓ Alimentation sans résidu pendant les 3 jours précédant l'examen
 - ✓ Purge débutée la veille de l'examen

- ❑ Objectif : nettoyer le colon pour que les parois puissent être visibles à l'endoscope.

Préparation colique

- ❑ Selon protocole (Purge)
 - Boire 4L de PEG polyéthylène glycol : Colopeg®, Moviprep®, Fortrans®
 - Soit en une fois: la veille de l'examen
 - Soit en deux fois: la veille et le matin

- ❑ Purge possible sous forme de comprimés: 4 fois 4 comprimés avec un grand volume d'eau: Colokit®

- ❑ Si examen le matin: à jeun à 0h00 + ne pas fumer

- ❑ Si l'AM: Boisson claire le matin à 8h00.

Préparation du patient

- Préparation du patient
 - CS d'anesthésie
 - Bilan d'hémostase (TP, TCA, NFS + plaquettes) carte de groupe, ACl
 - Arrêt aspirine 8 jours avant
 - Prémédication 1h30 avant l'examen
 - Préparation du patient comme un départ au bloc

- Vérification visuelle par l'IDE de l'absence de matière dans les selles

- Vérification des selles couleurs champagne
 - Appeler le médecin si présence de matières malgré la préparation

Surveillance post-examen

- ❑ Surveillance rapide du réveil en SSPI
- ❑ Constantes (FC, TA, Température), douleur
- ❑ Conditions de sortie en lien avec une hospitalisation en ambulatoire
- ❑ Si polypectomie: le patient reste hospitalisé jusqu'au lendemain matin

Reprise de l'alimentation post examen

- Reprise alimentaire: Le soir même (sauf CI médicale)
- Il faut éviter les fritures, les graisses cuites et l'alimentation trop riche
- Dans un souci de confort intestinal, adapter le repas à l'appétit
- Eviter les boissons gazeuses et alcoolisées

Signes cliniques et soins infirmiers

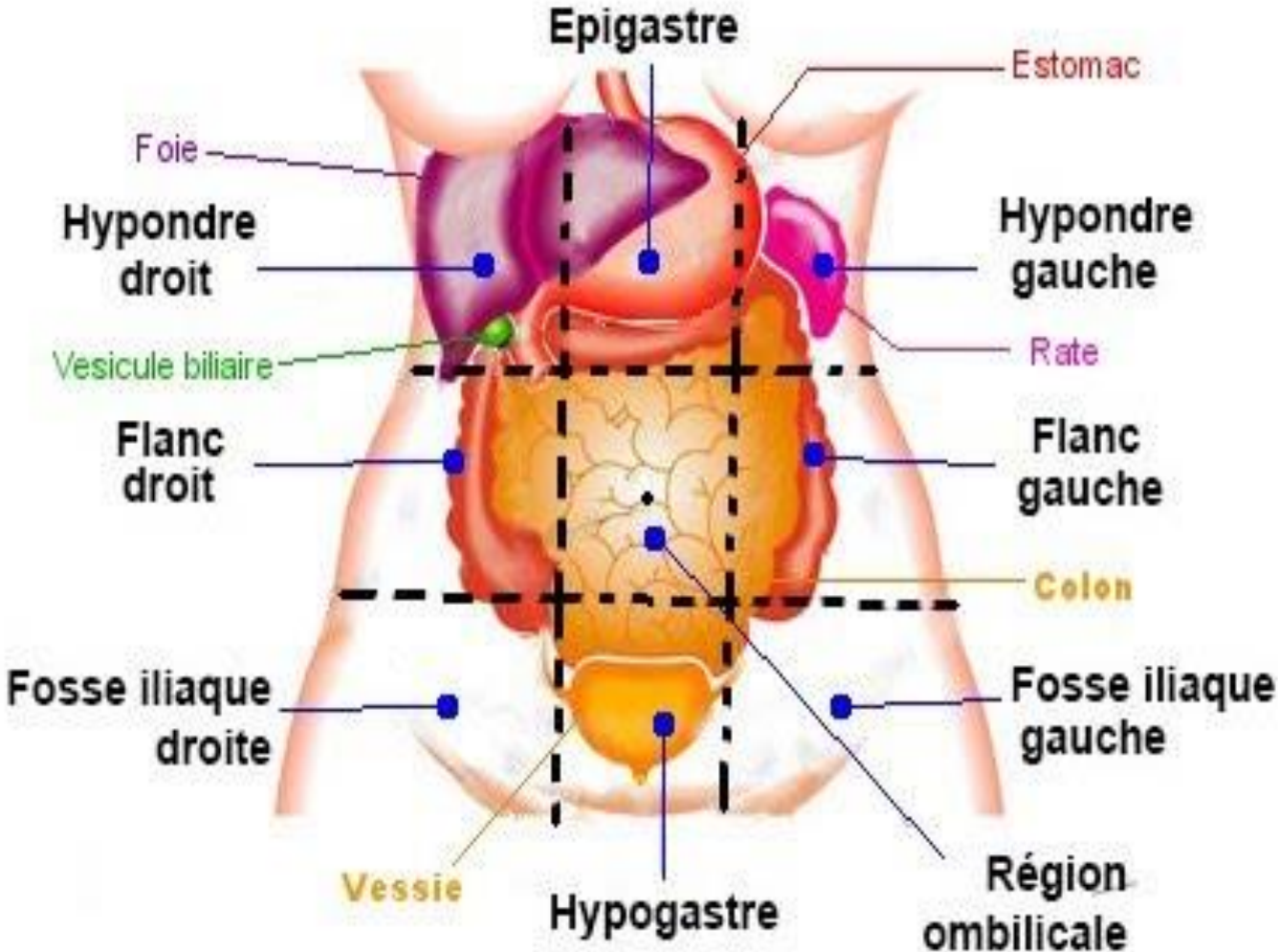
La douleur abdominale

- Signe clinique fréquent
- Il faut la préciser pour déterminer l'origine et en suspecter la cause

Le siège

- Abdomen réparti en 9 régions
 - Cf schéma
- Ne pas se fier qu'à la localisation
- Interrogatoire et examen du patient global sur tout l'organisme

Zones anatomiques de l'abdomen



Le type de douleur

- Crampe : évoque un ulcère
- Torsion: évoque les coliques hépatiques
- Les brûlures : évoque le reflux gastro-œsophagien
- Coliques: douleur progressive arrivant à un paroxysme puis décroissant

L'intensité

- Simple gêne à la douleur atroce
- Pour la même pathologie, la douleur peut être minime ou atroce (ulcère)
- L'intensité de la douleur n'est pas en lien avec la gravité de la maladie car l'expression de la douleur reste subjective et différente d'un patient à l'autre.

L'irradiation

- La douleur ne reste pas localisée

Elle peut concerner d'autres territoires et décrire un trajet.

Les horaires

- Douleur pré ou post prandiale

Facteurs déclenchants

Facteurs calmants

- Facteurs déclenchants:
 - Position décubitus : reflux
 - L'alimentation : pancréas
- Facteurs calmants:
 - Position antéflexion : penché en avant
pancréas
 - L'alimentation : ulcère
 - Émission de gaz ou de selles
 - La prise de médicaments

Les signes accompagnateurs

- Régurgitations
- Éructations (rots)
- Nausées
- Vomissements
- Signes de choc: pathologie grave: péritonite, pancréatite, etc...

Les différentes douleurs abdominales

Pathologie	RGO	Douleur gastrique ou duodénale	Colique hépatique	Douleur pancréatique	Douleur colique
Siège	épigastrique	épigastrique	Hypochondre droit	Epigastrique, hypochondre Gch	2 fosses iliaques et hypogatre, dessinant le colon
type	brulure	Crampe torsion	Torsion crampe, broiement	crampe	colique
Intensité	Modérée	Faible à très intense	Intense, souvent insupportable	Très intense	variable
Durée	Qques sec, min	30 min à 2h	Plusieurs heures	Variable, souvent prolongée	Qques min à qqes heures
Irradiations	Retrosternale ascendante, jusqu'à la bse du cou, pyrosis	Aucune	Epaule droite, dos	Dorsale, transfixiante	Descendant le long du cadre colique
Horaires	Souvent post prandial	1 à 4h après les repas	Aucun	Aucun	Variable souvent post prandial immédiat
Facteurs déclenchants	Décubitus anteflexion,	stress	Aucun	Alimentation alcool	Multiples
Facteurs calmants	Médicaments antiacides IPP	Aliments Médicaments antiacides	Aucun	antéflexion	Emission de gaz ou de selles
Signes accompagnateurs	Eructation régurgitations acides	Aucun	Vomissements, inhibition respiratoire	Diarrhée amaigrissement	Ballonnement constipation, diarrhée

Traitement et soins infirmiers

- ❑ Sur rôle propre:
 - aider à trouver une position antalgique
 - proposer une bouillotte

- ❑ Sur prescription:
 - proposer une vessie de glace
 - antalgique de pallier 1 à 3
 - antispasmodique musculotrope
 - inhibiteur de la pompe à proton

Traitement et soins infirmiers

Le traitement sera une urgence en fonction de l'étiologie trouvée:

- Urgence: occlusion intestinale, péritonite, colite aiguë, pancréatite, etc...
- Moins urgent: appendicite, cholécystite aiguë
- Encore moins urgent: gastroentérite

La dysphagie

C'est une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition

- Aphagie: progression impossible
- Odynophagie: douleur à la déglutition

Les origines

□ D'origine oropharyngée:

- causes obstructives: cancers des voies supérieurs
- causes neurologiques: Parkinson, sclérose en plaque, myasthénie
- causes infectieuses: angine
- corps étrangers: noyau de fruit

□ D'origine œsophagienne

- Causes pariétales: oesophagite, tumeur de l'œsophage
- Causes fonctionnelles (trouble moteur): diverticules de l'œsophage

- Installation progressive ou brutale (corps étranger)
- Sélective: pour les solides et/ou liquides
- Permanente ou intermittente

- Conséquences:
 - Dénutrition
 - Déshydratation
 - Pneumopathie d'inhalation par régurgitation

Traitement et soins infirmiers

- ❑ Proposer une texture adaptée: mou/mixé
- ❑ Tester ce qui « passe » le mieux: eau gazeuse, solide, liquide
- ❑ Demander un avis diététique ou orthophoniste
- ❑ Aider la prise des repas
- ❑ Surveiller la prise des repas, fiche alimentaire éventuellement

- ❑ Traiter la cause: souvent par chirurgie

Les vomissements

- Action de rejeter sans effort, tout ou partie du contenu de l'estomac par la bouche
- Différencier avec:
 - Nausées: envie qui précède le vomissement
 - Régurgitations: retour dans la bouche de salive ou d'aliments déglutis non digérés; pas d'effort de vomissement
 - **Pituïtes** : Liquide glaireux (mélange de salive et de sécrétions gastriques) que rejette certains patients le matin à jeun. Fréquent chez les patients atteints d'éthylisme chronique.

Les causes

- Toutes les affections digestives peuvent causer des vomissements
- Affections extra digestives: douleur, migraines, tumeurs cérébrales, affections de l'oreille interne, causes psychiques , morphiniques, antibiotiques, etc...

Observation

- Date du début du vomissement
- Horaire
- Abondance
- Aspect : alimentaire, bilieux, hémorragique
- Odeur: fécaloïde
- Signes accompagnateurs: douleur, troubles du transit, céphalées...

Les conséquences

- ❑ Déshydratation
- ❑ Déséquilibre hydro électrolytiques: perte d'ions: potassium
- ❑ Oesophagite due à l'acidité du liquide gastrique rejeté
- ❑ Perte de poids

Traitement et soins infirmiers

- ❑ Rechercher l'étiologie et traiter la cause
- ❑ Sur rôle propre:
 - surveiller le patient si risque d'inhalation
 - être présent vers le patient car cela peut être une situation stressante pour le patient
- ❑ Sur prescription médicale:
 - perfusion d'hydratation avec rééquilibrage d'électrolyte
 - surveiller le poids
 - administration d'antiémétique

Les hémorragies digestives

- Saignement d'origine digestive extériorisée ou non, pouvant entraîner rapidement une perte sanguine importante et un état de choc
- Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique.

Les hématomèses

- ❑ Rejet par la bouche de sang rouge ou noir au cours d'efforts de vomissements
- ❑ Doit être distingué de l'hémoptysie (origine pulmonaire) et de l'épistaxis dégluti

Les mélénas

- Émission par l'anus de sang digéré. Les selles sont noires, poisseuses, fétides et ressemblent à du goudron
- Pas systématiquement visible à l'œil nu:
 - mettre en contact les selles avec de l'eau oxygénée
 - si méléna: une mousse va apparaître

Les rectorragies

- Émission par l'anus de sang rouge
- Toute hémorragie abondante peut s'extérioriser sous la forme de rectorragies
- Souvent visible à l'œil nu

- ❑ Le volume de sang extériorisé n'est pas un témoin fiable de la gravité de l'hémorragie

- ❑ Hémorragies digestives hautes:
 - Ulcère gastroduodénal
 - Varice oesophagienne
 - Syndrome de Mallory-Weiss (déchirure longitudinale de l'œsophage lors d'efforts répétés de vomissements)
 - Tumeur de l'œsophage ou de l'estomac

- Hémorragies digestives basses (du grêle à l'anus)
 - Hémorroïdes
 - Diverticulose colique
 - Cancer
 - Rectite radique
 - Colite ischémique

Traitement et soins infirmiers

- ❑ Recherche de l'étiologie
- ❑ Traitement chirurgicale en fonction de l'hémorragie: ligature des varices, colectomie, etc...
- ❑ Si origine ulcéreuse: IPP

Soins infirmiers

- ❑ Appréciation de l'abondance de l'hémorragie: tolérance clinique: pâleur, soif, hémodynamique et biologique: NFP
- ❑ Mise en place d'une ou deux de voies d'abord
- ❑ O2 nécessaire en fonction de la gravité
- ❑ Prélèvement: NFP/RAI/bilan de coagulation/ionogramme complet
- ❑ Remplissage en fonction du retentissement hémodynamique
- ❑ Transfusions en CGR
- ❑ Surveillance clinique: constantes/conscience/diurèse

La diarrhée

- Émission de selles liquides, fréquentes et/ou abondantes.
- Emission de plus de 3 selles/jour sous un régime alimentaire normal
- On distingue les diarrhées aiguës et les diarrhées chroniques (au-delà de 4 semaines d'évolution)

- Dû à une perturbation de l'absorption de l'eau
- Les selles ne sont plus asséchés correctement au niveau du colon et passe trop rapidement dans le colon
- Modification de l'absorption des aliments au niveau du grêle

- Date d'apparition
- Caractéristique : impériosité, fréquence
- Facteurs favorisants: alimentation, stress, prise de traitement
- Observer l'aspect: selles glaireuses, sanglantes, débris alimentaires, mousseuses, aqueuses, pâteuses
- Signes d'accompagnement :douleurs abdominales, amaigrissement, fièvre ...

Diarrhée aiguë

- Dure moins de 3 semaines
- Les plus fréquentes
- Survenue brutale
- Risque de déshydratation enfants, personnes âgées

Les causes

- ❑ Agent infectieux ou toxines: gastro entérite, intoxication alimentaire, salmonelle, E.Coli
- ❑ Médicamenteuses: laxatifs, ATB
- ❑ Hormonales
- ❑ Stress

Diarrhée chronique

- Plus de 3 semaines
- Troubles fonctionnels intestinaux
 - Pas de retentissement sur l'état général
- Les selles sont nombreuses, de faible poids, impérieuses (surtout matinales et postprandiales), avec souvent présence d'aliments non digérés et ingérés le jour même

Les causes

- Diverticulose sigmoïdienne
- Colite ulcéreuse
- Cancer digestif
- Maladie coeliaque
- Maladie inflammatoire
- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique
- Hormonale
- Hyperthyroïdie

Traitement et soins infirmiers

- Chercher et traiter la cause
- Surveiller l'hydratation orale, perfusion si besoin
- Correction des pertes hydro électrolytique par solution de réhydratation PO ou voie IV
- Ralentisseur du transit: Lopéramide
- Antisécrétoire intestinal: Tiorfan®

La constipation

- Moins de 3 selles par semaine
- Selles dures, déshydratées, hyper digérées liées à un séjour trop long dans l'intestin
- S'accompagne souvent de douleurs abdominales

Le mécanisme

- Soit trouble de la progression du bol alimentaire
 - Manque d'hydratation, hypotonie inertie colique
- Soit trouble de l'évacuation sigmoïdienne ou rectale
 - Diminution de la sensibilité rectale à la distension induite par les selles

Les causes

- Causes occasionnelles: voyage, alitement, grossesse
- Causes hygiéno-diététiques: absence d'activité physique, déficit en fibres alimentaires
- Causes digestives: tumeurs, séquelles chirurgicales, fissure anale
- Cause neurologiques: Parkinson, démence, sclérose en plaque
- Causes psychiatriques: psychose, névrose, dépression
- Causes médicamenteuses: morphiniques, diurétiques, bêtabloquants
- Causes endocriniennes: hypothyroïdie
- Causes métaboliques: hyperkaliémie, hypercalcémie

Observation

- Date de la dernière selle
- Habitudes hygiéno-diététiques
- Antécédents chirurgicaux
- Problème évoqué par le patient souvent à l'IDE

Le fécalome

- Accumulation de matières fécales déshydratées et stagnantes dans le rectum
- L'extraction d'un fécalome est un soin réalisé sur prescription médicale.

Soins infirmiers et extraction de fécalome

□ Soins infirmiers sur prescription médicale

□ **Technique :**

- Enfiler des gants stériles. Lubrifier les gants.
- Installer le patient en décubitus latéral gauche.
- Insérer deux doigts.
- Casser les selles dures pour les entraîner les évacuer petits morceaux par petits morceaux.
- Réaliser une petite toilette

Surveillance

- ❑ Douleur
- ❑ Anxiété , rassurer le patient, surveiller sa clinique car risque de malaise.
- ❑ Hydratation majeure.
- ❑ Mobilisation primordiale.
- ❑ Régime avec présence de fibres.
- ❑ Surveillance régulière des selles.

Traitements et soins infirmiers

- ❑ Éducation thérapeutique sur les mesures hygiéno-diététiques: activité physique, hydratation, repas à base de fibres, eau riche en magnésium comme Hépar®
- ❑ Traitement par chirurgie nécessaire: rectocèle (hernie au niveau du rectum qui gêne l'évacuation des selles)
- ❑ Tenter de rééduquer en proposant d'aller à la selle à heures fixes.

□ Sur PM

- Laxatifs de lestés: Forlax® , Duphalac®
- Laxatifs lubrifiants: à base d'huile de paraffine: Lansoyl®
- Suppositoire à la glycérine
- Lavement: Microlax® , Normacol®
- Grand lavement

Grand lavement et soins infirmiers

- Acte sur prescription médicale
- Administration d'une quantité importante d'eau (1l à 1,5 l) dans le colon après introduction d'une canule dans l'anus afin de ramollir les selles, faciliter leur fragmentation et leur évacuation.

□ **Indications**

- Constipation
- Aide à l'évacuation de fécalomes
- En préopératoire pour nettoyer le rectum.

□ **Contre indications**

- Douleurs abdominales persistantes et inexplicables
- Traumatisme abdominal
- Occlusion intestinale
- Péritonite
- Intervention chirurgicale récente sur l'anus ou le rectum

Technique

- Expliquer le déroulement du soin au patient.
- Effectuer le lavement de préférence à distance des repas et tôt dans la journée pour éviter les troubles du sommeil.
- Se munir d' une sonde rectale, d'un sac de 2 litres, d'une tubulure avec clamp, d'un gel lubrifiant, d'un bassin, d'une protection et de gants non stériles
- Remplir le sac d'eau tiède, 2 ampoules d'huile de vaseline, 2 Normacol®
- Purger le tuyau et la sonde lubrifiée
- Installation du patient sur le côté gauche (pour atteindre le sigmoïde et le colon gauche) de préférence sinon sur le dos jambes fléchies.

- Introduire doucement la sonde lubrifiée dans l'ampoule rectale : avancer de 10 cm environ.
- Déclamer le clamp et régler jusqu'à obtenir une pression douce et lente.
- 1,5 litres doivent s'écouler en 15 minutes
- En cas de douleurs, arrêter l'écoulement durant quelques minutes et reprendre encore plus doucement. Si la douleur persiste : stopper le soin et prévenir le médecin.
- Une fois la totalité du liquide passée, demander au patient de garder le liquide au minimum cinq minutes si possible.
- Si le patient est valide, il est intéressant qu'il puisse changer de position de manière à permettre une meilleure circulation du liquide dans le colon

Surveillance

- ❑ Evaluer la douleur
- ❑ Risque de malaise vagal si le liquide est trop froid ou s'il passe trop vite.
- ❑ Rassurer le patient, rester à proximité durant le soin et ne pas hésiter à lui parler d'autre chose pour le détendre.
- ❑ Noter les résultats du lavement après celui-ci. La quantité et l'aspect des selles émises ou l'inefficacité

Ictère

- ❑ Il s'agit d'une coloration jaune de la peau et des muqueuses
- ❑ L'ictère devient visible si la bilirubine est supérieure à $40\mu\text{mol/l}$
- ❑ En première intention, une échographie hépatobiliopancréatique sera réalisée à la recherche d'une dilatation des voies biliaires, une tumeur pancréatique, une lithiase vésiculaire
- ❑ Traitement: recherche de l'étiologie par interrogation du patient sur ses ATCD médicaux, chirurgicaux, prise de médicaments ou d'alcool, modalité d'installation de l'ictère

Ascite

- ❑ C'est un épanchement liquidien dans la cavité abdominale
- ❑ Principalement visible dans le cas d'une cirrhose ou dans le cas d'une carcinose péritonéale (diffusion intrapéritonéale d'un cancer)
- ❑ L'abdomen est dur et très distendu (comme une femme enceinte)
- ❑ Diagnostic par une échographie abdominale
- ❑ Traitement: ponction d'ascite : évacuation du liquide par ponction dans l'abdomen pouvant aller jusqu'à plusieurs litres

Ponction d'ascite et soins infirmiers

- ❑ Explication de l'examen
- ❑ Anesthésie locale par patch d'Emla®
- ❑ Repérage parfois sous échographie avant de ponctionner
- ❑ Mesurer si besoin le périmètre abdominal avant la ponction
- ❑ Installation du patient en décubitus dorsal
- ❑ Rassurer le patient
- ❑ Ponction réalisée par le médecin
- ❑ Selon les consignes médicales, préparer 2 ou 3 tubes pour un envoi en bactériologie ou en anapathologie
- ❑ Evacuation de 2 à 3L/heure
- ❑ L'ascite se récupère dans un sac de vidange ou dans une quantine
- ❑ Noter la quantité, l'aspect
- ❑ Veiller à compenser par de l'albumine si la perte est supérieure à 3L

Syndrome occlusif

- ❑ Le syndrome occlusif est défini comme l'interruption partielle (sub occlusif) ou total du transit intestinal (occlusion)
- ❑ L'occlusion peut être due à un obstacle (mécanique) ou à une paralysie (occlusion dite fonctionnelle).
- ❑ L'occlusion mécanique peut être due à un phénomène de strangulation (ex: bride) ou à un phénomène de lumière (cancer du côlon)
- ❑ Etiologie: bride et adhérence, tumeurs malignes, hernies, diminution du péristaltisme intestinal

- Signes associés:
 - Douleur abdominale: souvent diffuse, parfois paroxystique
 - Vomissement: ne soulageant que très peu la douleur, parfois fécaloïde
 - Trouble du transit: arrêt des gaz/+/- des matières

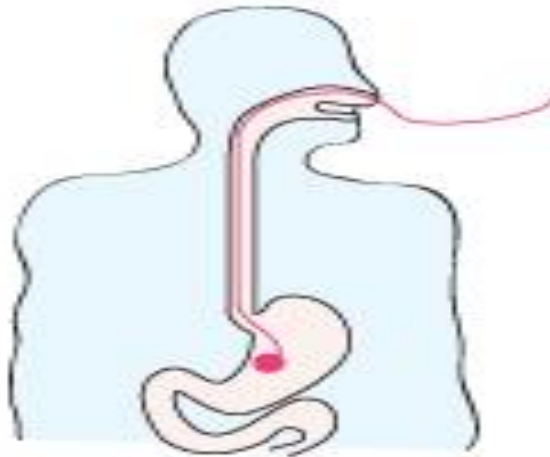
- Il s'agit d'une urgence s'il y a de la fièvre, un choc septique, des vomissements fécaloïdes.

Traitements et soins infirmiers

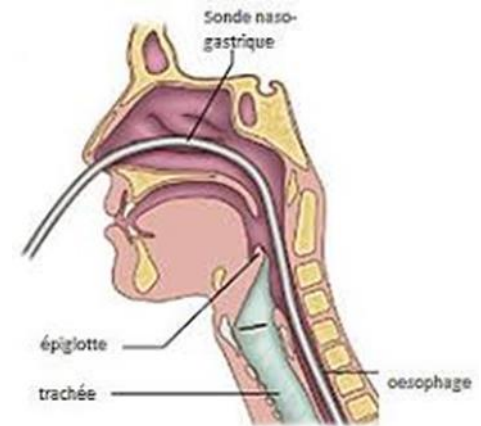
- ❑ En fonction de l'étiologie, le traitement est chirurgical par levée d'obstacle
- ❑ Corticothérapie
- ❑ Pose d'une sonde naso gastrique d'aspiration

Sonde naso gastrique

- ❑ La SNG : tuyau souple que l'on passe habituellement par le nez, parfois par la bouche si le patient est sédaté et/ou porteur d'un traumatisme facial.
- ❑ Descend dans l'œsophage et s'arrête dans l'estomac



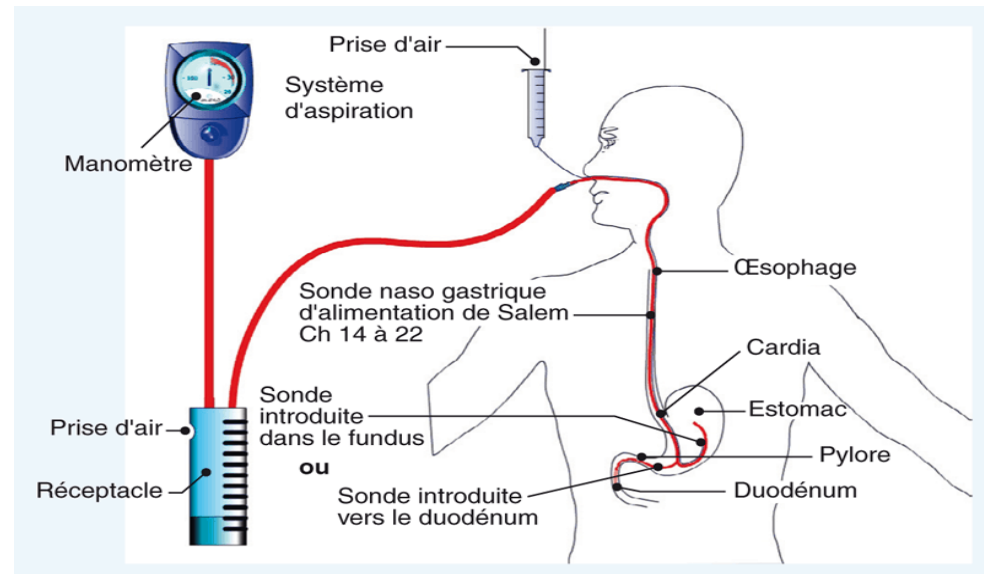
**sonde
nasogastrique**



□ Les SNG ont différents calibres qui varient selon la tolérance des patients et la fonction qu'elles seront amenées à remplir

Les indications

- Drainer le contenu de l'estomac comme lors du syndrome occlusif
- Drainer les sécrétions comme lors d'une intubation pour éviter le risque d'inhalation
- Préciser un diagnostic
- Faire un lavage gastrique
- Alimentation entérale



□ Hydratation, alimentation :

- d'anorexie, d'apports nutritifs insuffisants,
- de troubles de la déglutition,
- d'intervention chirurgicale et/ou affection de la région maxillo-faciale et ORL

NUTRITION PAR SONDE NASODIGESTIVE AVEC POMPE



- Informer le patient du traitement prévu, de la nécessité de la pose
- Vérification de la prescription médicale complète

Préparation du matériel

- ❑ Sonde nasogastrique + fosset si besoin
- ❑ Compresse non stériles
- ❑ Lubrifiant
- ❑ Seringue de 60 mL avec embout conique,
- ❑ Stéthoscope,
- ❑ Moyen de fixation : Stéristrip, Hydrocolloïde,
- ❑ Gants à usage unique non stériles,
- ❑ Protection pour le patient, haricot
- ❑ Verre d'eau

Le déroulement du soin

- ❑ Prévenir et expliquer le déroulement des étapes du soin au patient
- ❑ S'assurer de la propreté de l'environnement
- ❑ Installer le patient en position assise si possible, ou au minimum à 30°
- ❑ Prendre la mesure oreille-nez et oreille-ombilic : pour estimer la longueur de sonde à introduire ; noter le repère chiffré pour se repérer
- ❑ Lubrifier la SNG - ATTENTION ne pas lubrifier la partie qui permettra la fixation
- ❑ Demander au patient d'incliner la tête en avant : le menton sur le thorax
- ❑ Introduire la sonde perpendiculairement au visage

- ❑ Faire déglutir le patient dans la mesure du possible : lorsque 10 cm de sonde sont introduits, la sonde se situe dans l'oropharynx et la déglutition permet alors de fermer la trachée. Faire boire de l'eau (verre, paille), si troubles de la déglutition proposer de l'eau gélifiée froide,
- ❑ Fixer la sonde sur l'aile du nez et/ou sur la pommette



Figure 3. Fixation de la sonde naso-gastrique.

- Vérifier que la sonde est bien dans l'estomac : injecter 50 mL d'air et placer le stéthoscope sur l'hypocondre gauche et écouter le « bruit » produit



- ❑ Faire vérifier systématiquement par radiographie la bonne position de la SNG. Si la sonde a un mandrin, possibilité de le laisser pour le contrôle; il permet une meilleure qualité visuelle à la radiographie et un réajustement si besoin
- ❑ Identifier l'emplacement de la sonde par un repère au crayon sur la sonde
- ❑ Tracer le soin dans le dossier de soins en indiquant le calibre et le repère de la SNG

Surveillance

- ❑ L'aspect et la quantité du liquide doivent être relevés au moins une fois par 24h (souvent le matin à 8h) voir plus en cas de prescription.
- ❑ Surveiller l'absence de nausées et/ou de vomissements et la reprise de transit.
- ❑ L'aspiration douce à -20mbar fait l'objet d'une prescription médicale.
- ❑ Si la SNG est placée en siphonage, la prise d'air est clampée ou SNG connectée à un sac
- ❑ En cas d'écoulements importants supérieur à 1litre, le médecin doit être prévenu de manière à mettre en place une compensation volume/volume des pertes.

- ❑ Vérifier la position de la SNG à chaque prise de service. Cette surveillance fait partie de la prise en charge globale du patient
- ❑ Changement du système de fixation 1 fois/24h
- ❑ Surveillance au niveau du point d'entrée de la sonde pour vérifier l'absence d'escarre et de points de pression trop importants
- ❑ Penser à réaliser des soins de bouche plusieurs fois par 24 heures (minimum 3 fois)

- L'emplacement de la sonde :
 - Vérification quotidienne par recherche du repère et par injection d'air au stéthoscope.
 - Renouveler cette opération avant toute administration thérapeutique, hydrique

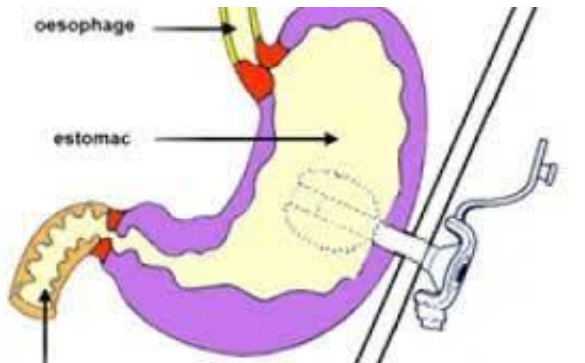
- La perméabilité de la sonde
 - Afin de prévenir toute obstruction, rinçage à l'eau (30 à 50 cc) avant et après toute utilisation.

Cas particulier de la SNG pour l'alimentation entérale :

- Vérifier le bon positionnement de la SNG avant chaque branchement de poche d'alimentation
- Surveiller la distension abdominale, les douleurs et le transit
- En cas de diarrhée ou de douleur, diminuer la vitesse de l'alimentation entérale.
- En cas de bonne tolérance, augmenter la vitesse de manière à obtenir des périodes de jeun entre chaque poche de nutrition.
- Rincer la SNG à la fin de chaque poche d'alimentation entérale et après chaque traitement pour s'assurer de la perméabilité de cette dernière et éviter qu'elle ne se bouche
- Demander un suivi diététicienne dans la mesure du possible

Boutons de gastrostomie

- Gastrostomie: abouchement de l'estomac à la peau dont l'objectif est l'alimentation entérale
- Alimentation par dispositif Mic-key
- Attention au ballonnet: peut se dégonfler
- Possibilité d'écoulement par la gastrostomie
- Autonomisation du patient++++



Soins infirmiers de stomie

- Stomie: un abouchement de l'intestin à la peau permettant l'évacuation des selles
- Objectif: créer une dérivation des matières fécales
- Causes: souvent liées à un cancer digestif (intestin grêle/colon/rectum), en cas de chirurgie digestive
-
- Différentes appellations selon le positionnement anatomique: jéjunostomie/iléostomie/colostomie
- Peut être temporaire ou définitive

- Se fait dans une poche de recueil
- La stomie étant de la muqueuse, elle est rouge (comme l'intérieur d'une joue)
- Son toucher est indolore



- Changement de la poche tous les jours en général
- Changement du socle tous les 3 jours
- Attention à bien protéger la peau de la colle de la stomie et des sécrétions parfois acides
- Éducation +++++ du patient
- Autonomisation du patient +++++
- Accompagnement du patient +++++ (image de soi/intimité/odeur)
- Faire appel à une stomathérapeute si besoin
- Attention à l'alimentation



Examens biologiques

Bilan hépatique

Bilirubinémie

- Bilirubine totale: N= 3 à 20 μ mol/l

- Bilirubine libre: N=2 à 17 μ mol/l
 - Elle augmente par hémolyse (anémie hémolytique), par déficit en enzymes de conjugaison ou dans les hépatites virales

- Bilirubine conjuguée: N=0 à 3 μ mol/l
 - Augmente lors d'ictère par lésions hépatocellulaires: hépatites virales, cirrhose ou par obstruction des canaux biliaires, calculs biliaires, cancer de la tête du pancréas

Les phosphatases alcalines

- ❑ Les phosphatases sont des enzymes qui ont un rôle important dans la calcification et la minéralisation du squelette
- ❑ Nomées alcalines car elle agissent en milieu alcalin
- ❑ N=30-90UI/l
- ❑ Augmentation au cours de maladie hépatobiliaires: cancer du voie, obstruction de la voie biliaire principale, cirrhose, cancer du foie, du pancréas

GGT Gamma Glutamyl Transpeptidases

- Enzyme retrouvée dans de nombreux tissus: foie, reins, pancréas, cœur
- N<40UI
- Augmente en cas de syndrome de cholestase, marqueur d'alcoolisme chronique, affections hépatobiliaires, pancréatite, cancer du pancréas, lors de la prise de certains médicaments

Les transaminases

- ❑ Ces enzymes jouent un rôle important dans le métabolisme des protéines
- ❑ ALAT: rôle dans le tissu hépatique: N=5-23UI/l
- ❑ ASAT: rôle dans les muscles dont le muscle cardiaque: N<14UI/l
- ❑ Ces 2 enzymes tissulaires sont libérées dans le plasma lors d'un processus de cytolyse ce qui permet de faire le diagnostic et la surveillance de l'infarctus du myocarde et des hépatites

Cas concret

- Vous êtes infirmier en service de médecine et vous recevez Monsieur Z, 72 ans. Il a été admis ce jour vomissements.
- La femme de Monsieur Z est inquiète. Elle vous transmet que, depuis hier, son mari n'arrive plus à manger, vomit tous les aliments et boissons.
- A son entrée, Monsieur Z présente toujours des vomissements Il se tient le bas ventre et est très algique : EVA à 8-9 à l'entretien, il signale un arrêt des matières et des gaz.
- Monsieur Z n'a pas d'antécédent particulier.

Prescriptions

- ❑ Pose d'une sonde nasogastrique (SNG) en aspiration douce (– 30 cm Hg)
- ❑ ASP en urgence (abdomen sans préparation)
- ❑ Bilan sanguin : groupage sanguin + RAI, NFS plaquettes, ionogramme sanguin, bilan de coag
- ❑ Pose d'une perfusion sur une voie veineuse périphérique : 1 litre SG à 5% + 4g Na cl+ 2g Kcl
- ❑ Gestion de la douleur: Spasfon®/Débridat®/Perfalgan®
- ❑ Mise à jeun strict
- ❑ Effectuer le bilan des entrées et sorties
- ❑ +/- anticoagulant préventif selon l'alitement

Merci pour votre attention !