

MODULE ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

CAS CONCRET 2

CORRIGE

ANALYSE DE LA SITUATION

Sociale et familiale

Mme F, 74 ans mariée et bien entourée, enfants et petits-enfants. Reçoit des visites.
Prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale K opératoire >50
Forfait journalier: se renseigner si pris en charge ou non par sa mutuelle
Chambre particulière: peut-être prise en charge du fait de l'isolement thérapeutique (recommandé par le CLIN).

Médicale

La coxarthrose: rhumatisme chronique non inflammatoire de la hanche, survenant après la cinquantaine, se manifestant par des douleurs et une impotence fonctionnelle. D'évolution lente.

La luxation: déplacement permanent de deux surfaces articulaires, ici tête fémorale et cotyle de la prothèse.

La prothèse totale de hanche PTH: changement tête fémorale et cotyle il y a 2 mois après une première luxation

Deuxième luxation hanche gauche: raison de son hospitalisation

Se renseigner sur la raison de la luxation: chute?

Mauvais mouvement :adduction du membre inférieur gauche

Déséquilibre du DNID

Certainement dû à l'infection urinaire présente (staphylocoque doré)

Constat des examens paracliniques

Résultats perturbés:

Infection

Normes

- **VS** augmentée
- **GB** 12000/l 4 à 10000
- **ECBU** Présence de staphylocoques dorés dans les urines. Risque d'une infection généralisée ou contamination Signes cliniques: urines troubles, incontinence
- **Anémie**
- **GR** 3,2 millions/l 3,5 à 4,5
- **Hématocrite** 35% 40 à 50%
- **Hémoglobine** 8g/dl 13 à 15

Luxation

Radio du bassin et scanner précisent la luxation et son importance
Signe clinique: pied en rotation externe

Résultats non perturbés

Permettent d'évaluer l'état général de Mme F et servent de référence pour la période postopératoire

- **Cardiaque** ECG + visite cardiologue
- **Rénal** Azotémie, créatinémie = résultats peuvent être augmentés à cause de l'âge, du diabète et de l'infection urinaire
- **Glycémie:** subnormale, hypo ou hyperglycémie, efficacité du traitement?
- Bilan électrolytique en vue d'établir un bilan postopératoire
- **Test de coagulation** **Normes**
- TP: Normal 100%
- Plaquettes Subnormales 150 à 500000/l

Situation thérapeutique durant les 10 premiers jours d'hospitalisation avant intervention

Mise en extension du MIG, à visée antalgique (poids=1/10 du poids du corps)

Daonil: antidiabétique oral habituel de Mme F mais mauvais équilibre entre prises médicamenteuses et alimentaires

Bactrim: antibactérien urinaire adapté à l'infection au staphylocoque doré
culots de sang en réserve: pas d'indication

L'état de l'anémie de Mme F a peut-être justifié la prescription de ces 2 culots avant le bloc?

Après un retard de 8 jours de l'intervention dû à l'infection, l'anémie, le diabète, Mme F est opérée.

Buts du traitement chirurgical Réduire la luxation et mettre un butoir (cale) à la tête fémorale, pour éviter une récurrence de luxation.

Thérapeutique mise en place ce jour à J0

- **Voie veineuse périphérique:** perfusion de sérum phy plus Kcl pour compenser les pertes hydro-électrolytiques
- **Kefandol** : antibiotique, traitement à but préventif et curatif Risque d'allergie
- **Perfalgan et Topalgic:** antalgiques majeurs pour enrayer la douleur postopératoire. Risques d'allergie, somnolence, nausées.
- **Lovenox:** traitement préventif des troubles thrombo-emboliques Héparine de bas poids moléculaire

Risque de thrombopénie

Mme F présente donc une pathologie fréquente de la personne âgée qui peut engendrer plusieurs risques

Risques à ce jour de Mme F

- **Hémorragique** plaie
- **Douleur postopératoire**
- **Luxation de la prothèse** lors de la mobilisation de Mme F si MIG en adduction
- **Infection** plusieurs portes d'entrée (Voie veineuse, sonde vésicale, drain, plaie)

Diagnostiques infirmiers

- **Douleur aiguë:** souffrance interne ou sensation de malaise ressentie et exprimée par Mme F (liée à l'intervention chirurgicale) se manifestant par ses dires et ses plaintes
- **Risque d'atteint à l'intégrité de la peau** lié à l'immobilisation de Mme F depuis 10 jours, car mise sous extension
- **Risque infectieux** lié à plusieurs portes d'entrée

2 SURVEILLANCE DES 24 PREMIERS HEURES
--

Transport et installation

- Un matelas anti-escarres a dû être mis en place
- Respecter les précautions:
- Décubitus dorsal de Mme F
- MIG en légère abduction, sans rotation
- Coussin entre les cuisses
- Eviter toute position entraînant une luxation de la prothèse: adduction à proscrire
- Mme F ne doit pas faire le pont (utilité de la sonde vésicale), ne doit pas plier la jambe gauche

Surveillance générale

- Rassurer Mme F dès son arrivée et sa famille
- Surveiller pouls, TA toutes les ½ heures puis toutes les heures et toutes les 3 heures, en fonction de l'état
- Suites de la rachi-anesthésie: retour de la sensibilité des MI et du bassin
- Diurèse

Surveillance locale

- **Douleur:** localisation, intensité
- **Redons:** quantité recueillie, si pertes excessives et pouls augmente et TA baisse, appel du chirurgien

Mise en place du traitement

- Surveillance locale de la voie d'abord
- Préparation des flacons de sérum phy et du Kcl. Arrêt du Ringer Lactate. Calculs du débit de la perfusion (3000 cc + 3 amp KCL = 42,08 gtttes/mn)
- Retrouver glycémie capillaire toutes les 4 heures (14h, 18h, 22h, etc;;)
- Actrapid, vérifier passage des 5 UI/h à la PSE.
- Topalgic 2 cc/h, vérifier le bon passage et débit/h
- Surveiller nausées, vomissements, absence de douleur
- Vessie de glace à changer régulièrement
- Kefandol IVD à faire à 19 h et 7h le lendemain
- Perfalgan en fonction de la douleur toutes les 8 heures (21h, 5h, 13h)
- Réinstallation de Mme F pour la nuit: changer l'alèse, prévention d'escarres, prudence lors des retournements
- Lovenox à 6h en SC
- Continuez les deux PSE +sérum physiologique

A J1

- Prise de sang + ECBU le matin
- Petit déjeuner si cela est possible

Bilan des entrées

Perfusion 3 l
3x125cc
PSE
Boissons?

des sorties

Diurèse
Redons
Perte insensible

Continuer la surveillance locale et générale et suivre la thérapeutique et les contrôles glycémiques

Toilette au lit + PE, respect d'une bonne position lors des retournements

S'inquiéter de la radio de contrôle faite au lit ce journalier

3 INFECTION NOSOCOMIALE

Pathologie contractée à l'hôpital à la suite de soins reçus

Mme F présente un infection urinaire, à ce jour elle a différentes portes d'entrée qui risquent d'aggraver son cas

Proposition d'actions de prévention

- Rôle propre
- Isolement de Mme F
- Lavage des mains à chaque soin
- Respect de l'hygiène lors de la manipulation des urines et décontamination de celles-ci (Javel)

Rôle collaborant

Asepsie

- lors du change de Redon
- de la réfection du pansement
- de la préparation des perfusions et injections
- des prises de sang et glycémies capillaire

4 REDON

Drain superficiel aspiratif sous vide

But: ramener les sécrétions des alentours de la plaie. Eviter la collection et l'hématome et permet une meilleure cicatrisation

Surveillance de la qualité et la quantité des sécrétions recueillies, 2 à 3x/jour selon la quantité, l'état de la patiente et les directives du chirurgien A noter sur la fiche de transmission

Drain et tubulure non coudées et non bouchés.

Réservoir en déclive

Intérieur stérile. A manipuler avec asepsie, lors des changements

Principe de vide à maintenir constamment

5 MESURES POUR EVITER LA LUXATION

Les premiers leviers avec le kiné. Précautions prises en fonction des indications du chirurgien: pose à terre du pied gauche?

Aide d'un déambulateur

Toujours garder les MI dans l'axe du corps

Mouvement définitivement interdit: flexion de la jambe G + adduction + rotation interne

Mme F doit s'asseoir sur des sièges hauts,, ne doit pas se pencher pour ramasser un objet

6 DEMARCHE EDUCATIVE

1er objectif

A sa sortie, Mme F doit être capable de connaître les mouvements entraînant une luxation (risque majeur)

Actions

S'inquiéter des connaissances de Mme F et des risques encourus

Schéma explicatif de la luxation et conseil en fonction de la demande de Me F

Conseils généraux: citer ceux donnés dans la réponse 5

Renseignements au sujet des mouvements à éviter, à conseiller

Adapter les conseils en fonction de ses habitudes de vie: 1er étage, ascenseur? Escaliers?

Suggérer des aides

En matériel: déambulateur, cannes anglaises, ramasse-objets, rehausse WC

En personnel: famille, aide-ménagère?

Evaluer ce que sait Mme F et ce que fait Mme F et réajuster en fonctionnel

2ième objectif

Mme F doit être capable d'éviter de nouveau des erreurs alimentaires et thérapeutiques liés à son diabète

3ième objectif

Mme F doit être capable d'éviter les infections urinaires

7 TRANSMISSIONS

A) Qualité d'une transmission écrite efficace

Fidèle à la réalité: doit décrire ce qui s'est passé, ce qu'a dit la patiente écrire le résultat trouvé

Complète: comporte tous les éléments recueillis

Précise: utilise du vocabulaire spécifiques

Lisible: utilisable, ne mettant pas en jeu la sécurité de la patient sans termes vagues portant à interprétation et jugement de valeur

Non effaçable

B) Transmission écrit sur le dossier de soins

Datée: jour, heure, mois , année

Respecter les caractéristiques citées plus haut

Signée; nom, prénom, qualification

C) Transmission de soin de J0 concernant Mme F

Constantes: pouls TA Diurèse Insister sur ce qui est anormal et à surveiller

Douleur: signes de manifestation de Mme F: où en est-on concernant le Perfalgan et le Topalgic

Redon: quantité état du pansement

Etat général: résumé de l'intervention

Position du MIG à respecter pour la nuit en fonction des indications (coussin entre les jambes)

Dernier résultat glycémie capillaire et insuline

Mme F peut-elle boire seule?

Famille présente ou non?