

Chirurgie réparatrice en Orthopédie

Généralités

La chirurgie orthopédique a pour but, dans la mesure du possible, de :

- rétablir la mobilité et la stabilité
- soulager la douleur
- corriger les incapacités

I- Différents types d'interventions :

1- Fixations internes : Stabilisation d'une fracture réduite à l'aide de vis, de plaques, de clous, de fils. (Ex : fracture col du fémur)

2- Fixations externes : Les fixateurs externes sont utilisés pour le traitement des fractures ouvertes avec lésions des tissus mous. Le fixateur externe est composé de broches qui sont insérées dans les fragments osseux après les avoir alignés. Les broches sont reliées à un cadre fixe qui est externe.

3- La greffe osseuse : Transplantation de tissu osseux du patient ou d'un donneur pour favoriser la consolidation osseuse ou en cas de perte de substance.

4- L'amputation : Ablation chirurgicale d'un membre ou d'une partie de membre.

5- Arthroplastie : Réparation de troubles articulaires soit au moyen d'une arthroscopie soit par intervention chirurgicale.

6- Mise en place de prothèses articulaires : Remplacement de surface articulaire par une pièce de métal ou de plastique.

II- Soins infirmiers au patient ayant subi une intervention orthopédique :

1- Soins infirmiers préopératoires :

Notre but est de s'assurer que le patient est prêt physiquement et psychologiquement à subir l'intervention.

a- Psychologiquement :

Expliquer le type d'intervention qui sera réalisé.

Encourager le patient à exprimer ses inquiétudes et ses interrogations.

Dissiper les idées fausses.

Aider à s'adapter aux modifications imposées par l'altération des capacités physiques.

Prévenir des moyens utilisés en post-opératoire : attelle, broches...

b- Physiquement :

Préparation locale pour éviter les complications de post opératoire entre autre l'infection donc on effectue soit une toilette simple si le malade ne peut pas se mobiliser, soit un bain ou une douche (quelque fois avec un savon antiseptique type bétadine scrub).

De plus, il est pratiqué un champ opératoire selon les recommandations du chirurgien : nettoyage soigneux, antiseptique local, rasage sans coupures, champ stérile pour protéger.

c- Préparation générale :

Le but est d'éviter les complications de type :

- Hémorragique : bilan de coagulation (TP- TCK- Plaquettes- Fibrinémie), deux déterminations de groupe sanguin avec le rhésus et les RAI.

- Infectieuse : radio pulmonaire, examen ORL, souvent couverture antibiotique (prophylaxie) 48 heures avant, souvent aussi mise à jour de la vaccination antitétanique.

- Vasculaire (éviter les thromboses) souvent traitement anticoagulant (48h avant), bas anti-thrombose.

Quand le malade part au bloc opératoire : il ne doit plus porter de prothèses dentaires, auditives, de lunettes, de lentilles, de bijoux ou piercing, de vernis à ongle.

S'assurer de son identité avant le départ (avec date de naissance), de la visite de l'anesthésiste et de son accord et/ou d'une prémédication et que vous êtes en possession des examens importants tel que le bilan de coagulation et du groupe sanguin.

2-Le dépistage des complications précoces en post opératoire :

C'est votre surveillance qui vous permettra un dépistage des complications précoces.

a-Le risque hémorragique :

Surtout dans les 48 premières heures, vous allez surveiller localement si perte sanguine importante au niveau du pansement, au niveau des Redons (quantifiez) et au niveau général si la personne est pale, fatiguée (asthénie), essoufflée...

Si vous possédez une NFS (selon la prescription médicale) vous allez signaler un taux d'hémoglobine bas (N= 12 à 17g pour 100ml de sang), signe d'une anémie.

b-Le risque infectieux :

Très présent jusqu'à la cicatrisation complète mais toujours présent du fait de la multiplication des points d'entrées : l'intervention elle même, cicatrice, orifice de Redon, perfusions, risque d'escarre, une fracture ouverte, les bilans sanguins...

Localement vous allez surveiller si la cicatrice est douloureuse, inflammatoire, avec un écoulement purulent.

Sur le plan général, vous allez surveiller la température. A savoir qu'en cas d'infection, la température est augmentée et la fréquence cardiaque le sera aussi. (38°-100)

Si vous possédez une NFS (selon la prescription médicale) vous allez signaler un nombre de globule blanc augmenté (N= 5000 à 10000 / mm³ de sang) qui peut être le témoin d'une infection.

c-La gangrène gazeuse :

Complication infectieuse due à des germes anaérobies qui provoque des douleurs localisées au niveau de la plaie, une plaie inflammatoire, un écoulement purulent, qui conduit ensuite à des signes généralisés : fièvre, faciès altéré, pouls accéléré et irrégulier... Très rapidement localement la tuméfaction s'étend du fait de l'infiltration sous cutané de gaz putrides produit par le germe (*Clostridium*), donnant, à la palpation, une sensation de neige que l'on tasse pour faire des boules de neige. (conduit souvent à la mort)

d- Déplacement secondaire de la fracture :

Les signes seront alors la douleur et une impotence fonctionnelle.

e- L'embolie graisseuse :

Au moment de la fracture, la pression (dans la moelle de l'os fracturé) est supérieure à la pression des capillaires(ou vaisseaux voisins lésés eux aussi). Il se forme alors des gouttelettes graisseuses pouvant s'infiltrer dans la circulation sanguine. Ces gouttelettes peuvent s'infiltrer dans la circulation sanguine et se fixent aux plaquettes. Ces agrégats obstrueront les petits vaisseaux qui alimentent le cerveau, les reins, les poumons...

Cliniquement, les signes se manifestent dans les 48 premières heures :

- tachycardie
- troubles neurologiques : agitation, confusion, délires, coma
- troubles respiratoires : dyspnée, douleurs thoraciques, expectorations abondantes épaisses et blanches, pétéchiées
- troubles rénaux : gouttelettes graisseuses dans les urines.

f-Les oedèmes :

L'œdème est une infiltration de liquides dans les tissus conjonctifs se caractérisant par un gonflement de la peau et des tissus sous jacents qui sont mous à la palpation et dans lesquels la pression d'un doigt laisse un creux.

Les oedèmes sont souvent dus à une gêne dans la circulation du retour veineux. Il faut alors surélever le membre.

g-La pseudarthrose :

Mobilité du foyer de fracture (pseudo articulation) qui provoque une douleur à la mobilisation et à l'appui. Si cette pseudarthrose est septique il y aura de plus un écoulement purulent provenant du foyer de fracture.

h- Réaction au matériel de fixation :

Réaction allergique à l'alliage qui compose le matériel (plaque, clou, vis) : prurit, rougeur, œdème de Quincke.

Bris du matériel dans l'articulation : signes inflammatoires, douleur, baisse de la fonction du membre.

3-Les complications secondaires et plus tardives en post opératoire :

a- Complications du décubitus :

Sept complications à connaître :

- thromboembolique
- infection broncho-pulmonaire
- infections urinaires ou lithiases
- constipation
- métabolique : déshydratation, dénutrition
- Les escarres dont le risque est majoré par les problèmes métaboliques
- Décompensation d'une maladie préalable type diabète

Ces complications expliquent la volonté d'une mobilisation et d'un lever dès que possible.

b- Complications locorégionales favorisées par le décubitus:

- L'atrophie musculaire : surveiller l'apparition d'une fonte musculaire et faire pratiquer des mouvements passifs, des contractions. Intervention du kinésithérapeute sur prescription.
- La raideur articulaire

4-Le cas particulier des personnes porteuses d'un fixateur externe :

Il est, dans ce cas, encore plus important de préparer la personne psychologiquement à la pose de cet appareillage qui est impressionnant.

Bien penser à surélever le membre pour prévenir l'œdème.

Vérifier bi quotidiennement la sensibilité, la motricité, la coloration et la chaleur du membre.

Examiner les points d'insertion des broches pour dépister tout signes infectieux : rougeur, écoulement, douleur.

Procéder aux soins de broches : désinfecter les points d'insertion, les broches, le cadre fixe.

Protéger les points d'insertion des broches par des pansements.

Pour éviter les blessures avec les extrémités des broches, il peut être mis des bouchons protecteurs.

Le malade garde le fixateur jusqu'à la guérison complète des parties molles puis la fracture est stabilisée par la mise en place d'un plâtre ou par ostéosynthèse.