

OCCLUSION SUR BRIDE

UE 2.8.S3
Promotion 2009/2012

F. Annane, MC. Baret, C. Poirier

Occlusion ? Définition/physiologie

- L'occlusion intestinale: **un syndrome défini par l'arrêt du transit intestinal, du fait d'un obstacle (occlusion mécanique) ou d'une paralysie du tube digestif (occlusion fonctionnelle).**
- Le contenu intestinal (air, aliments, sécrétion digestive) progresse grâce aux mouvements péristaltiques de l'intestin.
- contenu intestinal est absorbé dans la circulation sanguine (veines mésentériques, veine porte).
- ▶ **Si occlusion mécanique: accumulation en amont dans la lumière digestive, du contenu intestinal, des liquides et de gaz:**
Avec distension de l'intestin, trouble de l'absorption intestinale, paralysie de l'intestin et absence de mouvements péristaltiques et altération de la circulation sanguine.
- ▶ **Si occlusion fonctionnelle: C'est la pathologie (infection, médicaments,...) qui stoppe le péristaltisme de l'intestin**
- C'est une urgence abdominale.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Le péritoine est une fine membrane qui tapisse tout l'intérieur de la cavité abdominale en recouvrant tous ses organes, et notamment l'intestin.
- Les adhérences sont des accolements produits naturellement par l'agression du péritoine.
(sorte de « glue » à base de protéines)

Les éléments significatifs de la situation

- Il s'agit d'une femme de 48 ans qui se présente aux urgences pour **syndrome occlusif.**
- Elle présente :
 - **Une douleur abdominale** intense qui s'est installée brutalement à type de coliques
 - **Des vomissements abondants**
 - Un ventre qui reste plat avec présence **d'ondulations péristaltiques**
 - Des bruits de lutte intestinale entendus à l'auscultation
 - On note la présence d'une **ancienne cicatrice abdominale**
- **L'ASP** montre des niveaux hydro-aériques avec un intestin grêle distendu
- Des signes d'ischémie intestinale apparaissent au **scanner abdominal**
- L'ensemble du tableau permet de poser le diagnostic **d'occlusion sur bride**

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Dans le cas de cette patiente**, une ancienne plaie chirurgicale abdominale est présente, on peut donc en déduire que des brides se soient constituées en lien avec l'acte chirurgical antérieur.
- L'une ou l'autre de ces brides a eu une **conséquence mécanique, d'installation brusque**, en coudant un segment intestinal.
- Le segment intestinal coudé qui obstrue totalement la lumière intestinale **d'où la présence de vomissements abondants (bol alimentaire en amont de l'obstruction)**

PHYSIOPATHOLOGIE

- Episode inflammatoire passé
- la cicatrisation achevée
- les accolements se relâchent, se libèrent, partiellement.
- reste de très nombreuses zones d'accolements dans le ventre.
- ces « constructions » inflammatoires parfois entre deux organes (allure de véritables cordelettes, étroites et fermes)
→ « brides »



PHYSIOPATHOLOGIE

La bride:

- interrompt la circulation sanguine
- En amont le segment d'intestin se dilate (l'intestin lutte contre l'obstacle, ondulations péristaltiques, étranglement des vaisseaux intestinaux)

Si non intervention:

ulcérations puis nécrose de l'intestin :

dans la situation : signes d'ischémie intestinales visualisés par le scanner abdominal.

Informations sur scanner (Tomodensitométrie, Rayon X, injection ou pas de produits de contraste, plus ou moins à jeun, indolore et rapide)

PHYSIOPATHOLOGIE

- Du fait de l'ischémie des vaisseaux (artères et veines) du mésentère (irrigue l'intestin + réabsorption des nutriments + les vomissements

→ douleur intense et vomissements

- ▶ une déshydratation extra cellulaire

Avec une diminution du volume plasmatique donc une

- ▶ hypo volémie avec risque d'état de choc.
- Il faut donc intervenir rapidement, d'où la **chirurgie en urgence.**

LES SIGNES CLINIQUES :

LE SYNDROME OCCLUSIF

4 signes importants :

- 1- **arrêt des matières et des gaz +++**
- 2 -**douleur abdominale** : à décrire constante, précoce et l'intensité varie selon la localisation et le mécanisme, le + souvent sous forme colique.
- 3-**vomissements**: à décrire, l' aspect peut être:
alimentaire
bilieux
fécaloïde
- 4-**le météorisme.**

Synthèse : cause d'un syndrome occlusif

- Son expression clinique varie avec le siège et le **mécanisme de l'occlusion mais il s'agit d'une urgence.**
 - **Occlusion mécanique organique par strangulation ou obstruction :**
 - **Strangulation** : brique qui étrangle le tube digestif
 - d'un **volvulus**
 - d'une **invagination**
- ⇒ Oblitération des vaisseaux menace donc la vitalité du fragment intestinal intéressé
extrême urgence chirurgicale

Risque d'iléus paralytique

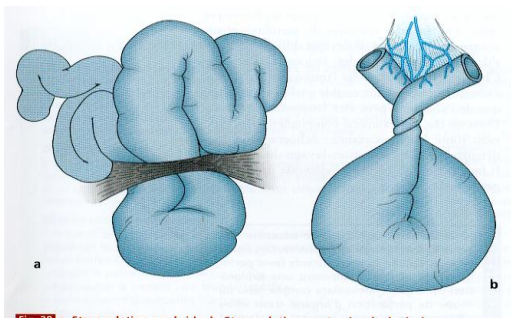
- caractérisée par une paralysie intestinale
- Caractérisée par une paralysie intestinale réactionnelle à une affection médicale
= **paralysie des fibres musculaires lisses**
(Par perturbation réflexe de la motricité intestinale)
- Inflammation au contact de l'intestin (salpingite, cholécystite, appendicite).
- Suite à un traitement par neuroleptique ou à une chimiothérapie
- carence en potassium
→ en anesthésie générale (curare, morphiniques..) :
→ **Risque d'iléus post-opératoire**
- rôle IDE important = surveillance reprise du transit

Les Complications de l'occlusion mécanique ou fonctionnelle

- Nécrose intestinale
- Perforation
- Péritonite (diffusion de bactéries dans le péritoine)
- Déshydratation
- Choc septique (diffusion de bactérie dans le sang)
- Décès

OCCLUSION PAR STRANGULATION

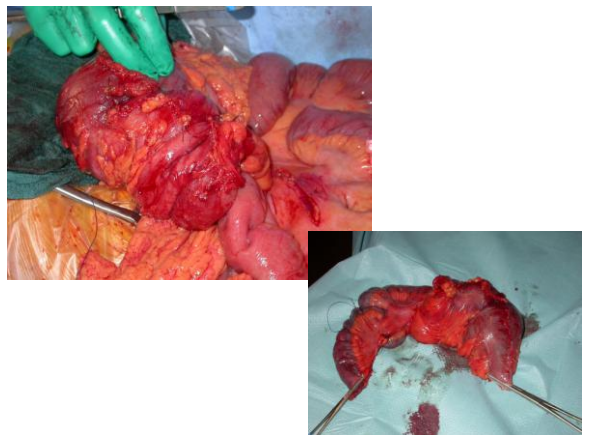
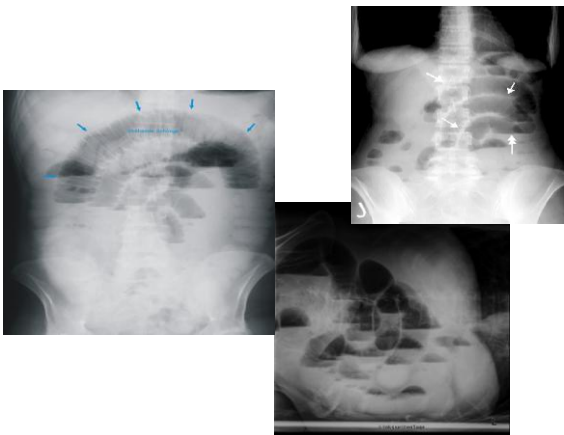
MECANISME	STRANGULATION
DEBUT	BRUTAL DOULEUR VIVE
ETAT GENERAL	RAPIDEMENT ALTERE
METEORISME	ASYMETRIQUE LOCALISE IMMOBILE
ASP	1 SEULE IMAGE HYDRO-AERIQUE EN « U »



Abdomen sans préparation A.S.P.

- Elle permet de confirmer le diagnostic.
- Technique :
 - ♦ Cliché **debout de face, debout centré sur les coupes diaphragmatiques.**
 - ♦ Cliché couché de face pas possible car il ne montre pas de niveau. Donc **la radio est faite de profil.**
- Résultats:

La radio montre un niveau hydro-aérique qui traduit la présence de liquide surmonté par de l'air en position debout.





Occlusion sur bride Problèmes médicaux

P.E.S Occlusion intestinale par strangulation Bride Arrêt du transit (douleur, vomissement)	Anse intestinale distendue avec stase liquidienne ou gazeuse délai de reprise du péristaltisme	- Maintien Sonde NasoGastrique en aspiration douce - Surveillance du transit (gaz) -une fois par équipe
--	--	---

Occlusion sur bride Problèmes médicaux

P.E.S Douleur Intervention chirurgicale EVA à 5	Explication de l'intervention → Laparotomie (douleur musculaire, plusieurs plans traversés)	-Evaluation de la douleur - Pro-dafalgan® - Observation du comportement (faciès) - position antalgique
--	---	---

Occlusion sur bride Risques Potentiels

Problème: RISQUE INFECTIEUX Etiologie: Conditions et type d'intervention Prescription d'antibiotiques possible (avant (prophylaxie) ou après intervention)	- laparotomie en urgence sur des signes d'ischémie intestinale	<u>Surveillance:</u> écoulement suspect: cicatrice(surveillance du pansement), Liquide de Redon <u>Surveillance:</u> apparition douleur abdominale <u>Surveillance:</u> T° De plus surveillance locale du point d'injection de la perfusion
--	--	--

Risque Hémorragique	-Laparotomie (geste invasif: incision chirurgicale)	<u>Surveillance:</u> Cicatrice (surveillance du pansement) drain de Redon (quantité et aspect du liquide) <u>Surveillance :</u> pouls, T.A Si saignements ➤ Du pouls ➤ De la tension artérielle
----------------------------	---	--

Occlusion sur bride Risques Potentiels

Risque de déshydratation Etiologie: Non absorption des liquides séquestrés et levée d'obstacle = risque diarrhée post op Perte de liquides gastriques par SNG en aspiration		<u>Surveillance clinique:</u> Bouche sèche, sensation de soif exprimée par la patiente <u>Bilan des entrées et des sorties</u> - Compensation volume à volume avec du Ringer Lactate® toutes les 3 heures - Réanimation hydro électrolytique : - 2L de G5%/24h avec par litre 4g NaCl et 3g KCl
---	--	--

Occlusion sur bride
Risques Potentiels

RISQUE DE COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES: - intervention chirurgicale abdominale - Mobilité réduite dans les jours post opératoire	<u>Surveillance</u> clinique de l'absence de signes de phlébite: ballotement du mollet ? Rougeur, chaleur, douleur de façon unilatérale Douleur à la dorsiflexion Différenciation pouls/température Traitement anticoagulants, type HBPM le plus souvent prescrit pour éviter la phlébite. (ex: Lovenox®) Lever du patient 2 fois par jour dès J0
---	--

Occlusion sur bride
Risques Potentiels

Risque d'iléus paralytique réflexe Suite: Utilisation d'anesthésiants Arrêt du péristaltisme (infection, ischémie)	Patient à jeun au retour de bloc Puis reprise alimentaire prudente (eau, compote, yaourt... Puis alimentation normale si absence de vomissement) Surveillance de la reprise du transit (gaz, selles)
--	--

Risque d'encombrement pulmonaire Intervention chirurgicale sur l'abdomen (laparotomie)	Kiné respiratoire	Position ½ assise
Incapacité partielle d'effectuer ses soins d'hygiène Mobilité réduite Nombreux dispositifs médicaux Douleur		Aide à la toilette Aide à l'habillage
Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau		Effleurage des points d'appui

Eléments de la prescription médicale

Prescription	Intérêts	Actions	Réajustement
Surveillance des paramètres vitaux: température Fréquence cardiaque Pression artérielle	Dépister une infection Dépister une hémorragie post opératoire	Etablir une feuille de surveillance et noter les constantes toutes les 3 heures	Informar le médecin: si hyperthermie si tachycardie si hypotension

Eléments de la prescription médicale

Prescription	Intérêts	Actions	Réajustement
Sonde naso gastrique en aspiration douce	Soulager la douleur par évacuation des liquides encore séquestrés	Faire le bilan des Entrées et des sorties Noter quantité et aspect du liquide recueilli (qualité) toutes les 3 heures. Surveillance de la narine	Informar le médecin si le bilan des entrées est négatif par rapport aux sorties (risque de déshydratation) Risque d'escarre
	Eviter les vomissements	Surveillance du bon fonctionnement et de	si présence de nausées et/ou Vomissements

Eléments de la prescription médicale

Prescription	Intérêts	Actions	Réajustement
Surveillance du transit	Dépister un iléus paralytique réflexe	A 48h, surveillance, si présence de gaz et/ou diarrhée et/ou selles et noter sur la feuille Appliquer la prescription par rapport à la reprise de l'alimentation	Informar le médecin si apparition de douleurs abdominales
Pro-dafalgan® Antalgique de palier 1 Souvent prescription de plusieurs antalgiques (palier 1, 2 et 3) à faire en fonction de l'évaluation de la douleur (échelle) Attention au « si besoin »	Soulager la douleur en période post opératoire	Antalgique systématique 1 gr dans 100 ml de G5%(toutes les 6h en 20 minutes (calcul du débit en gouttes par minutes = 100 gouttes/minutes) Evaluer la douleur avant et après	Informar le médecin: si non efficace ou effet secondaire IDE initie la mise en œuvre du protocole

Sonde NasoGastrique

- Introduction dans l'estomac, par voie nasale, d'une sonde dans un but diagnostic, thérapeutique et /ou nutritionnel
 - Il existe différentes sondes gastriques donc le choix est fonction de l'utilisation à laquelle on la destine:
 - Sonde d'aspiration gastrique en PVC (de type Salem® avec prise d'air)
- (cf. **Aspiration gastrique par sonde**)
- Sonde de nutrition, en silicone ou en polyuréthane
- (cf. **Administration d'une alimentation par sonde à demeure**)

Risques/Dangers

- 1) En cas d'obstacle et/ou de résistance lors de la pose de la sonde gastrique : ne pas insister et solliciter le médecin
risque de lésions cutanéomuqueuses sur le trajet de la sonde (intervention sur la paroi nasale, déviation de la paroi nasale peuvent être un obstacle)
- 2) Lors de la pose, risque de réflexe vagal
- 3) Avant l'administration de médicament et/ou de solution nutritive, vérifier la position intra-gastrique de la sonde.
Risque de broncho-pneumopathie, voire décès suite au déplacement de celle-ci suite nausées? Mobilisation?
- 4) Risque d'obstruction
Si manoeuvre non adéquate pour rétablir l'aspiration, risque de surpression dans l'estomac.
- 5) Respecter le débit d'aspiration: si aspiration trop forte, risque d'altération des muqueuses de l'estomac.

INDICATIONS

- Dans des situations suivantes, la pose de la sonde gastrique est **réalisée par le médecin** ou le gastro-entérologue:
- Varices oesophagiennes, lésions inflammatoires ou hémorragiques connues situées entre le nez et l'estomac
- Fistule oesophago-trachéale
- Troubles de la coagulation
- Fracture de la base du crâne ou maxillo-faciale

La pose et le retrait de la sonde gastrique se fait sur prescription médicale (En revanche, la surveillance et le changement de la sonde pour « problèmes » est du rôle propre de l'IDE)

Le diamètre de la sonde d'aspiration gastrique (Salem®) est choisi en fonction de la taille du patient et de l'objectif de la mise en place (≠ si sang, bol alimentaire, liquide gastrique)

- Le diamètre de la sonde de nutrition recommandé est toujours de petit calibre (CH 8 ou 10) pour optimiser la tolérance.
- Soin non douloureux mais très désagréable, demande la coopération du patient

INDICATIONS

- Aspirer le contenu gastrique (sécrétions gastriques suite intervention chirurgicale afin de protéger les anastomoses (liquide gastrique très corrosif, sang, alimentation)
- Pratiquer un lavage gastrique lors d'une hémorragie gastrique, lors d'ingestion importante de médicaments.
- Hydrater et/ou alimenter le patient en cas d'alimentation orale impossible ou insuffisante (AVC avec troubles de la déglutition, Dénutrition)
- Prélever du suc gastrique pour diagnostic (diagnostic de la tuberculose)

Matériel

Matériel protection	Matériel de soins	Matériel élimination déchets
1 antiseptique pour les mains 1 paire de gants non stériles 1 mouchoirs 1 protection pour le malade C'est un soin qui respecte des règles d'hygiène mais pas d'asepsie. (la paroi gastrique n'est un milieu stérile)	Sonde nasogastrique type Salem ou de nutrition Gel lubrifiant type K-Y Gel® et/ou spray Gel anesthésiant (type Xylocaïne® Spray) gobelet et eau Seringue 50 ml à embout conique Stéthoscope système d'aspiration murale avec bocal de recueil d'aspiration ou Sac de drainage en déclive	1 sac à déchets

Déroulement (1)

- Informer le patient, requérir son accord et sa collaboration
- Demander l'aide d'une tierce personne si patient agité
- Se désinfecter les mains par friction avec une solution ou gel hydro-alcoolique (après être entré dans la chambre du patient)
- Installer le patient en position assise (sauf contre-indication)
- Mettre la protection

Déroulement (2)

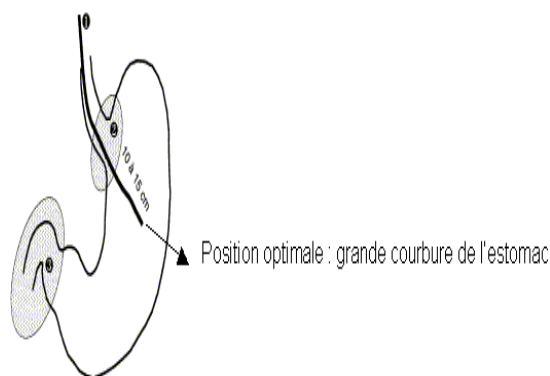
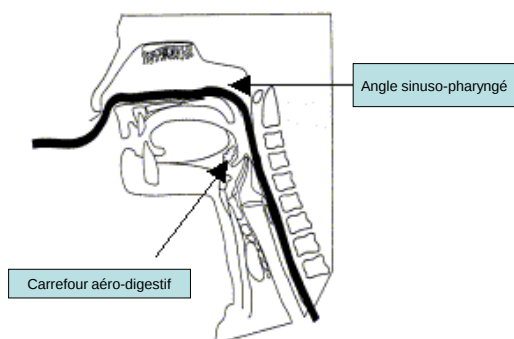
- Se désinfecter les mains par friction avec une solution ou gel hydro-alcoolique
- Mettre les gants non stériles
- Oter les prothèses dentaires s'il y a lieu ainsi que les lunettes
- Faire moucher le patient ou effectuer un soin de nez
- Mesurer la longueur de la sonde à introduire : distance entre le nez et l'oreille (lobe de l'oreille et entre l'oreille et le creux épigastrique (appendice xiphoïde))
- Identifier le repaire mesuré sur la sonde
- Lubrifier la sonde avec le gel

Déroulement (3)

- Introduire les 10 premiers centimètres de la sonde dans la narine **horizontalement et lentement**.
- Après introduction de 20 cm de la sonde, au passage du carrefour aéro-digestif et pour limiter la fausse route de la sonde et/ou le réflexe nauséeux, demander au patient :
 - Demander au patient de mettre la tête en avant pour libérer l'œsophage et fermer la trachée
 - d'avaler une petite gorgée d'eau et simultanément pousser la sonde
 - ou de déglutir sa salive
- En cas de toux persistante, larmoiement important, modification de la voix => fausse route, retirer la sonde et attendre quelques minutes puis recommencer la procédure d'introduction

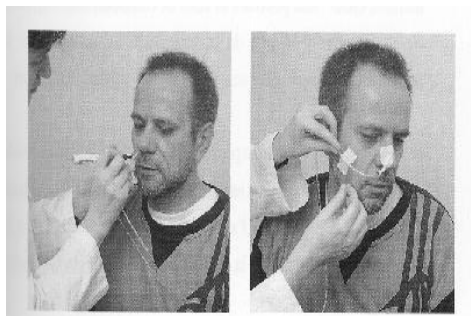
Déroulement (4)

- Continuer de pousser la sonde jusqu'au repère mesuré en demandant au patient de continuer à déglutir
- Fixer la sonde provisoirement
- Vérifier la position intra-gastrique de la sonde :
 - un contrôle de visu du repère extérieur de la sonde.
 - une auscultation gastrique au stéthoscope avec une insufflation d'air



Déroulement (5)

- Retirer les gants et se désinfecter les mains par friction avec une solution ou un gel hydro-alcoolique
- Fixer la sonde de manière à gêner le moins possible le patient.
- Brancher et fixer le système d'aspiration selon la prescription, en déclive ou en aspiration active douce
- Effectuer, avec des gants, le prélèvement pour les examens si demandés ou brancher la nutrition selon prescription



Déroulement (6)

- Ranger le matériel
 - Se désinfecter les mains par friction avec une solution ou gel hydro-alcoolique
 - Inscrire le soin et les observations dans le dossier du patient
 - Noter la quantité et l'aspect du liquide drainé (voir si compensation avec soluté)
- OU
- Noter le repère gradué de la sonde de nutrition, pour repérer le positionnement intra-gastrique (sécurité)

Surveillance (rôle propre IDE)

- **Soins:**
 - Surveillance de l'intégrité cutanée nasale:
 - Nettoyer les narines et la sonde à l'aide de bâtonnets montés humidifiés
 - Fixation (1x par jour), si adhésif décollé et/ou souillé
 - Vérification du positionnement de la sonde avant toute utilisation (perméabilité de la sonde, système d'aspiration)
 - Rinçage de la sonde (environ 20ml d'eau) avant et après son utilisation si alimentation.
 - Si traitement donné avec la sonde, clamber la sonde à peu près 30 minutes pour absorption du traitement par la paroi gastrique.

Ablation de la sonde nasogastrique

- Sur prescription
- Arrêt de l'aspiration, clamber la sonde nasogastrique, puis retirer la sonde (geste non douloureux)
- Rappel: si le patient arrache la sonde, ou si la sonde n'est plus efficace et nécessite un changement = rôle propre de l'IDE