

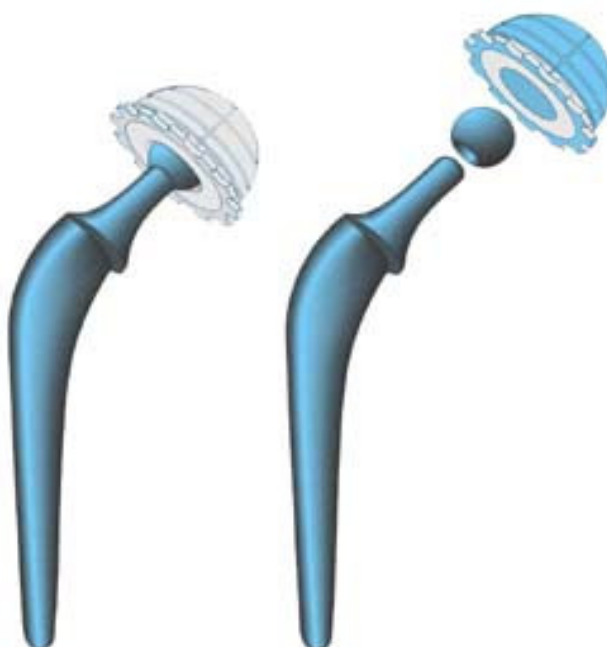
IESCA

SAINTE WAUDRU
ECOLE D'INFIRMIER(E)S

Route de Mans, 63 - 7301 Boursu (Hornu)
Tél : 06577.94.68 - Fax : 06579.39.32



ROLE INFIRMIER CHEZ UN PATIENT OPERE D'UNE PROTHESE TOTALE DE HANCHE, EN PRE ET POST-OPERATOIRE



CAMBIER Clément

2002-2003

*études secondaires complémentaires
TDS présenté en vue de l'obtention
Du brevet d'infirmier hospitalier*

Remerciements

Je tiens à remercier madame Van Haolandt et monsieur Marchand pour m'avoir aidé à élaborer mon travail de synthèse.

Je remercie plus particulièrement mon accompagnatrice, madame De Bona qui m'a suivi durant toute l'année scolaire, m'a aidé à réaliser mon travail de synthèse par sa disponibilité, son soutien et ses conseils.

Je tiens également à remercier toutes les monitrices de troisième année.

Je tiens aussi à remercier madame Hannard, Directrice des Services de Soins Infirmiers, d'avoir pris ma demande de stage en considération, la Clinique Saint Joseph de Mons de m'avoir accueilli dans ses locaux et de m'avoir permis d'effectuer mon stage au sein de son établissement, ainsi que le personnel soignant du service de chirurgie orthopédique (Ortho 1) et plus particulièrement, madame Monica Wagnier, infirmière chef du service.

Je remercie le patient que j'ai suivi de sa collaboration pour réaliser mon étude de cas.

Enfin, je remercie mon entourage pour toutes leurs aides.

Introduction

Durant mes trois années de formation, j'ai été amené à aborder le problème du soin sous un nombre considérable d'angles : ses aspects les plus techniques, ses multiples dimensions, ses finalités,... mais dans divers services de chirurgie orthopédique, j'ai pu observer beaucoup de patients, qui suite à des chutes ou des faiblesses osseuses, ont subi la pose d'une prothèse totale de hanche.

Dans la pratique quotidienne, je me suis rendu compte que nous nous concentrons essentiellement sur le patient avec ses problèmes actuels mais beaucoup d'autres aspects concernant le bénéficiaire de soin sont également à envisager, que ce soit du point de vue de la future éducation, du travail d'équipe (soignante), de la prise en charge de la douleur ou tout simplement à un retour à la vie « normale » comme si aucune intervention n'avait eu lieu...

Face à tous ces points et ces patients je me suis posé beaucoup de questions sur les craintes, les interrogations, les appréhensions et les connaissances des patients face à leur future intervention.

J'ai donc voulu approfondir mes connaissances sur le sujet pour ainsi pouvoir prendre en charge dans sa globalité un patient durant toute son hospitalisation et l'éduquer pour le conduire vers une vie future responsable et sans risque de problèmes.

Ce travail de fin d'études est basé sur le thème du
Rôle infirmier chez un patient opéré d'une prothèse totale de hanche, en pré et post-op.

Dans un premier temps, je traiterai l'anatomie de la hanche, tant physiologique que pathologique, puis, je développerai l'hospitalisation, pré-opératoire et post-opératoire, proprement dite.

Dans un deuxième temps, je refléterai mon expérience de stage dans un service d'orthopédie dans lequel j'ai suivi un patient durant son hospitalisation pour une mise en place d'une prothèse totale de hanche sur coxarthrose.

TABLE DES MATIERES

Rôle infirmier chez un patient opéré d'une prothèse totale de hanche, en pré et post-op.

Remerciements.

Tables des matières.

Introduction.

A - Partie Théorique.

I Généralités.

P.1

- | | |
|---|-----|
| 1. Anatomie de la hanche. | P.1 |
| 2. Définition de la PTH. | P.1 |
| 3. Causes de mise en place (indications) et populations touchées. | P.2 |
| 4. Planification des tailles des cotyles et des tiges. | P.2 |
| 5. Manifestations. | P.2 |
| 6. Complications. | P.3 |
| 7. Résultats à court et long terme. | P.5 |

II Le pré-opératoire.

P.6

- | | |
|--|-----|
| 1. L'accueil. | P.6 |
| 2. Préparation psychologique. | P.6 |
| A. Evaluations des connaissances antérieures du patient. | P.6 |
| • Le vécu. | |

- *La consultation.*
 - B. Informations complémentaires apportées dans le service. P.7*
 - *Information sur l'anesthésie.*
 - *Information sur l'intervention.*
 - *Information sur le matériel.*
 - C. Rassurer le patient face à ses angoisses. P.8*
 - *En rapport à l'anesthésie.*
 - *A la douleur.*
 - *Aux complications,*
 - *Aux difficultés de mobilisations.*
- 3. Préparation physique et biologique. P.10*

III Le post-opératoire. **P.11**

- 1. Surveillance post-opératoire. P.11*
- A. Surveillances générales d'une intervention. P.11*
 - B. Surveillances spécifiques à la prothèse totale de hanche. P.13*
 - C. La douleur. P.13*
 - *Définition*
 - *Evaluation de la douleur*
 - *Traitement de la douleur*
- 2. L'éducation du patient. P.16*
- A. Rappel des mouvements permis et interdits P.16*
 - B. Educations pour le post-op. immédiat P.17*
 - C. Educations pour le retour au domicile P.17*

B - Partie Pratique.

I Présentation du service. **P.18**

- 1. Lieu de stage. P.18*
- 2. Organigramme du service. P.18*
- 3. Organisation du service. P.18*
- 4. Architecture.. P.19*

<u>II Collecte des données.</u>	P.20
1. <i>Présentation du patient.</i>	P.20
2. <i>Motif d'admission.</i>	P.20
3. <i>Diagnostic.</i>	P.21
4. <i>Examens ayant conduit le diagnostic.</i>	P.21
5. <i>Examens complémentaires.</i>	P.21
A. <i>Radiographie du thorax.</i>	P.21
B. <i>Radiographie du bassin.</i>	P.21
C. <i>E.C.G.</i>	P.22
D. <i>Prise de sang.</i>	P.22
E. <i>Examen physique.</i>	P.22
F. <i>Examen microscopique des urines.</i>	P.22
6. <i>Traitement chirurgical.</i>	P.22
7. <i>Description physique et psychologique du patient.</i>	P.23
<u>III La période pré-opératoire.</u>	P.23
1. <i>Préparation psychologique.</i>	P.23
2. <i>Traitement pré-opératoire.</i>	P.24
3. <i>Préparation physique.</i>	P.26
<u>IV Période post-opératoire.</u>	P.27
1. <i>Salle de réveil.</i>	P.27
2. <i>Plan de soins.</i>	P.29
3. <i>Evolution de la mobilisation.</i>	P.64
VI Devenir du patient.	P.65

Conclusion

Bibliographie

Annexes

A. PARTIE THEORIQUE

I - Généralités

1. Anatomie de la hanche

L'articulation de la hanche « saine » est formée de la tête arrondie du fémur (os de la cuisse) qui se joint au cotyle (cavité articulaire du bassin) pour former une articulation à emboîtement.

Les surfaces de la tête et du cotyle sont recouvertes par du cartilage qui absorbe les efforts et permet au col de glisser librement dans sa cavité. L'articulation est renforcée par des ligaments en surface et, à l'intérieur, par un ligament intracapsulaire (le ligament rond) unissant la tête fémorale au pourtour du cotyle. Une capsule, dite synoviale, entoure l'articulation et produit du liquide qui permet de lubrifier l'articulation et améliorer la fluidité des mouvements. La cavité cotyloïde est augmentée par un bourrelet cotyloïdien constituant ainsi 2/3 d'une sphère creuse emboîtant la tête fémorale.

L'articulation de la hanche est mobile dans tous les plans de l'espace, elle permet : la flexion (120°), l'extension (15°), l'abduction (45°), l'adduction (30°), la rotation interne et externe de la jambe.

La hanche humaine est conçue pour résister à une vie entière d'activités. Toutefois, il arrive qu'un problème se développe et entrave la capacité de la hanche à protéger le corps, la douleur va ensuite s'installer et gêner toute capacité de mener une vie normale.

2. Définition de la Prothèse totale de hanche.

Une prothèse totale est composée de deux pièces, emboîtées, destinées à remplacer l'articulation de la hanche malade. Une des pièces remplace la partie articulaire du bassin (cotyle), elle est en forme de cupule. L'autre remplace le col et la tête du fémur, elle comprend une « tige » qui est implantée dans le fémur, un col et une tête qui s'articule avec le cotyle.

La partie cotyloïdienne est en polyéthylène et peut être renforcée par une bague métallique, tandis que la partie fémorale est en acier inoxydable. Les deux pièces prothétiques sont scellées à l'aide d'une résine acrylique appelée ciment. Ce modèle moderne est un dérivé d'un modèle qui a démontré sa fiabilité depuis maintenant 35 ans, avec d'excellents résultats (prothèse de type Charnley). Sa gamme est suffisamment diversifiée pour s'adapter à chaque cas.

Il existe plusieurs façons d'aborder la hanche pour implanter une prothèse. Habituellement une incision de 15 centimètres située à la partie haute de la cuisse, sur le devant, est pratiquée. Le chirurgien passe ainsi entre les muscles, sans en couper aucun. Les autres voies nécessitent la section de certains muscles qui ne se réparent que difficilement et de manière inconstante ou de l'extrémité supérieure du fémur pour relever les muscles sans les couper.

3. Causes de mise en place de prothèses (indications).

➤ Coxarthrose : ou arthrose de l'articulation coxo-fémorale. Est une affection mécanique et non inflammatoire des os. C'est une dégénérescence permanente des couches de cartilage qui protègent l'articulation contre les chocs. Comme le cartilage ne peut se réparer ou se remplacer, il commence à craquer, à s'user et il finit par disparaître. Le coussin pour absorber les efforts disparaît, entraînant un contact direct des os les uns contre les autres. Dans les cas graves, les os peuvent être tellement rugueux et rongés du fait de se frotter les uns aux autres qu'ils forment des éperons osseux qui peuvent causer une douleur intense et l'immobilité. La coxarthrose touche principalement les sujets de plus de 50 ans.

➤ Fracture du col du fémur : Elle survient essentiellement chez la femme âgée suite à un traumatisme mineur, elle est favorisée par l'ostéoporose. La mise en place d'une prothèse totale de hanche est indiquée chez les personnes ne pouvant supporter une immobilisation prolongée ou le béquillage sans appui sur une longue période.

➤ Ostéonécrose de la tête fémorale : C'est la mort d'un fragment de tissu osseux, due à une interruption de la circulation sanguine, les travées osseuses de l'os mort ne se renouvellent plus et finissent par s'effondrer. L'articulation se déforme et devient douloureuse. Elle est souvent secondaire à un traumatisme (fracture du col du fémur), à une radiothérapie (des cancers pelviens) ou à un barotraumatisme (accident de décompression). L'ostéonécrose peut toucher toute classe d'âge et de sexe mais cependant la cause est difficile à donner chez l'enfant.

4. Planification des tailles des cotyles et des tiges.

Pour la planification, il faut:

- une radiographie de bassin
- un calque pour le cotyle et la tige
- du papier transparent pour la planification schématique.

Une planification schématique exacte nécessite des radiographies standards. Pour cela, les fémurs doivent être mis en position de rotation neutre et être bien exposés distalement. On planifie d'abord la longueur de cotyle puis celle de la tige en appliquant des calques sur la radiographie afin de pouvoir estimer la taille adéquate.

5. Manifestations

Dans les premiers stades de la coxarthrose, on peut ressentir une raideur ou une douleur sourde à la hanche. Plus tard, on peut sentir une douleur et une jambe

peut sembler plus courte que l'autre pendant la marche ou lorsque l'on reste debout. Parfois, le malaise d'une hanche peut se présenter comme une douleur fulgurante à l'aîne, à la jambe ou au genou, d'une intensité suffisante pour stopper l'activité et reprendre son souffle (claudication). Finalement, la mobilité peut devenir limitée et on peut avoir à changer son mode de vie pour s'adapter à sa hanche. En présence d'embonpoint, l'effort supplémentaire imposé à la hanche peut accentuer le dommage.

La fracture et l'ostéonécrose entraînent tous deux une diminution de la mobilité articulaire suite à la douleur, seuls les examens peuvent les différencier (radiographie, scintigraphie osseuse).

6. Complications

La complication pouvant émailler **l'intervention** est l'intolérance au ciment acrylique lors du scellement de la pièce fémorale. Cette intolérance se traduit par une chute de la pression artérielle, pouvant aller jusqu'au collapsus cardio-vasculaire (chute brutale de la tension artérielle systolique due à un mauvais fonctionnement du muscle cardiaque). C'est cet accident au ciment qui est responsable de la quasi-totalité des décès per-opératoires qui peuvent être rapportés. Ces accidents sont actuellement prévenus par une surveillance per-opératoire continue des différents paramètres, et le maintien d'une pression artérielle efficace pendant le scellement à l'aide de drogues adaptées. Ces accidents doivent être craints surtout chez les personnes âgées et les insuffisants cardiaques, qui ne supporteraient pas ce collapsus.

Les complications **post-opératoires précoces** : Elles nécessitent un suivi régulier

La luxation de la prothèse: la tête du fémur sort du cotyle. La luxation est en général secondaire à une mauvaise posture ou un faux mouvement, alors que les muscles et la capsule articulaire ne sont pas encore cicatrisés. C'est bien-sûr très douloureux. L'impotence est complète. Cela se finit en règle générale par une brève anesthésie générale pour replacer la tête dans son logement habituel qu'est le cotyle prothétique. On va distinguer 2 types de luxation. Soit il s'agit d'une luxation au décours de l'intervention (dans les 2 ou 3 premiers mois), et si tout se passe bien ensuite, on n'en parle plus jamais, soit il s'agit d'une récurrence et cela peut s'avérer être un vrai problème de stabilité qui dans certains cas va obliger à une reprise chirurgicale. La luxation survient dans la plupart des cas suite à un faux mouvement un peu extrême; hyperrotation externe et extension ou grande flexion de hanche et adduction (genou en dedans).

En principe s'il n'y a pas eu de luxation au bout de 3 mois le risque diminue fortement et devient presque nul. En cicatrisant les tissus empêchent la luxation.

Certaines voies d'abord donnent plus de luxation que d'autres. Ainsi la voie postérieure n'a pas très bonne réputation. Les voies antérieures en général donnent beaucoup moins de luxation. La taille de la bille a aussi son importance: plus elle est

grosse plus la hanche est stable. Les prothèses de Charnley avec leur petite bille de 22 millimètres sont assez exposées à ces problèmes.

Mais c'est probablement la position de la prothèse dans le fémur et le bassin qui explique le plus facilement les luxations récidivantes. Certaines personnes en raison d'une raideur de leur colonne lombaire vont soumettre leur prothèse à des mouvements plus importants et une prothèse parfaite en position debout peut poser des problèmes sérieux en position assise.

Il existe des prothèses spécifiques qui vont totalement empêcher les luxations. Il peut s'avérer intéressant de les mettre en place chez des patients fragiles avec une musculature déficiente, un dos très raide ou peu enclin à respecter les mouvements interdits des premières semaines. Beaucoup de chirurgiens n'hésitent plus à les utiliser de manière systématique chez les patients de plus de 70 ans par exemple. Par ailleurs ces prothèses, dont le concepteur fut le professeur Bousquet à saint Etienne, semblent donner peu de problème d'usure même à long terme.

L'inégalité de longueur des membres inférieurs: Parfois une certaine inégalité de longueur des membres inférieurs peut être observée. Elle est en général secondaire à la nécessité de tendre les muscles pour stabiliser au mieux la prothèse afin de limiter le risque de luxation. Le port d'une petite talonnette règle facilement le problème. Elle est en général inférieure à 1 centimètre. Elle est à différencier de la simple sensation d'excès de longueur secondaire à la tension musculaire post-opératoire, qui s'arrange spontanément au bout de quelques temps.

L'hématome post-opératoire: Il justifie le drainage post-opératoire. Il est favorisé par le traitement anticoagulant. Il nécessite parfois un retour en salle d'opération pour son évacuation.

Les complications thrombo-emboliques: Elles doivent être prévenues par le lever et la mobilisation précoce, et par l'administration de traitement anticoagulant. Elles sont d'autant plus à rechercher et à prévenir si le patient présentait avant l'intervention des antécédents thrombo-emboliques.

D'une manière générale: les complications dues à la décompensation d'un problème médical pré-existant.

Les problèmes nerveux: Il s'agit le plus souvent de paralysie sciatique, en général régressive et incomplète. Elle est due en général au traumatisme et à l'étirement du nerf au cours de l'intervention. Cette complication est rare. Elle peut compliquer surtout la chirurgie de la luxation congénitale de hanche, ou la chirurgie de reprise.

L'infection post-opératoire: Sa survenue justifie l'administration préventive d'antibiotiques, une aseptie per et post-opératoire rigoureuse.

Ce long inventaire de complications justifie l'ensemble des précautions prises, en particulier la consultation pré-anesthésique, mais ne doit pas faire oublier, que dans la majorité des cas, cette intervention se déroule sans problème.

Les complications **post-opératoires tardives** : Elles sont essentiellement mécaniques et représentent la cause principale des changements de prothèse

L'usure: Elle est due au frottement de la tête de la prothèse fémorale habituellement métallique à l'intérieur de la prothèse cotyloïdienne en polyéthylène (variété de matière plastique). Ce couple de frottement, Métal/polyéthylène, est le plus utilisé dans le monde et il a fait ses preuves, puisqu'il détient avec les prothèses type Charnley, le record de longévité (de l'ordre de 20 ans). L'usure entraîne la libération de particules de polyéthylène. Ces particules sont responsables de réactions inflammatoires locales.

Le descellement: Celui-ci provoque des micro-mouvements des pièces prothétiques qui ne sont plus fixées à l'os. Peu à peu cette micro-mobilité va entraîner l'apparition de douleur et de boiterie, et radiologiquement les pièces prennent du jeu, et on voit apparaître un liseré qui témoigne du descellement. Celui-ci touche les deux pièces prothétiques ou une seule. A l'origine de ces descellements, plusieurs facteurs peuvent être incriminés: L'usure d'abord, qui entraîne des débris responsables de réactions inflammatoires qui s'attaquent à l'os, provoquant parfois d'importantes destructions. Mais aussi les contraintes répétées, le vieillissement du ciment qui perd ses propriétés mécaniques, la différence d'élasticité entre l'os et les modules prothétiques.

Bien qu'au début asymptomatiques, les descellements justifient la surveillance régulière des prothèses. Lorsque les signes cliniques commencent à apparaître et que les signes radiologiques sont évolutifs, on est amené à proposer un changement de la prothèse.

D'autres complications peuvent se voir:

La fracture sous la queue de la prothèse fémorale : Elle est due à un traumatisme banal (chute). La fragilité est liée à la différence d'élasticité entre le fémur prothèse et le fémur sous-jacent. Elle impose une fixation chirurgicale.

La luxation itérative : elle est due lorsqu'elle survient tardivement à l'usure du cotyle, et nécessite une réduction en urgence et bien souvent ultérieurement une reprise chirurgicale.

L'infection chronique : elle est responsable de descellement septique et nécessite une reprise chirurgicale. Sa cause en est ; soit une sepsis précoce qui a mal évolué soit ; une greffe bactérienne d'une infection intercurrente. Elle justifie les précautions et la prévention de l'infection.

7. Résultats à court et long termes, des prothèses de hanche.

A court terme de bons résultats (fonctionnel, cicatriciel, de mobilisation...) sont rapidement acquis et globalement, en dehors de la survenue de complications précoces, pouvant altérer le résultat fonctionnel, ils sont satisfaisants après 3 mois. Ils s'apprécient sur les trois paramètres suivants: disparition de la douleur, marche sans boiterie et sans canne, récupération d'une bonne mobilité. Dans un très grand nombre de cas, on aboutit à une hanche "oubliée", c'est à dire quasiment normale. Le

but est que ces bons résultats se maintiennent dans le temps, et c'est là, que des différences peuvent apparaître en fonction des types de prothèse.

Les résultats à long terme ne peuvent s'apprécier en toute objectivité et certitude, qu'avec les prothèses qui ont un recul suffisant. C'est le cas des prothèses type Charnley. Et lors d'un congrès consacré à ce type de prothèse en 1999, différentes séries de plus de 35 ans ont été rapportées par différents auteurs. Ceux-ci ont montré la persistance d'un résultat satisfaisant dans plus de 80% des cas.

II - Le Pré-opératoire

1. L'accueil

L'accueil du patient est une étape primordiale, elle permet d'établir le premier contact, une relation de confiance entre soignants-soignés et d'assurer ainsi le bon déroulement de l'hospitalisation.

C'est à l'anamnèse, effectuée par le personnel infirmier, que le premier contact s'établit vraiment, elle permet d'interroger la personne en vue d'avoir un maximum de renseignements généraux de même qu'une connaissance sur les expériences vécues ultérieurement, agréables ou désagréables, au bloc opératoire ; d'offrir de meilleurs soins en fonction de leur état (physique et psychologique) ; d'analyser le comportement et la situation, face à l'angoisse, par l'observation ; d'avoir une écoute active afin d'y découvrir les problèmes et d'y remédier.

2. La préparation Psychologique

A- Première consultation et vécu antérieur du patient:

➤ *La consultation: la première consultation peut durer de 45 à 60 minutes selon la complexité que pose la hanche. Lors de cette première visite, une étude complète des antécédents médicaux, est indispensable, centrée tout particulièrement sur l'affection de la hanche. Cet historique est suivi ou accompagné d'un examen "orthopédique" complet de manière à écarter d'autres affections susceptibles d'être la cause des symptômes. Des radios de ou des articulations en cause seront prescrites, au cas où le patient ne disposerait pas de clichés récents. Lors de cette consultation, le médecin explique au patient l'intervention qu'il subira dans des termes qui lui sont accessibles, l'anesthésie qu'il aura, ainsi que l'évolution de la hanche opérée et les possibles complications.*

Notions à garder lors de la première consultation:
(données par le médecin ou la secrétaire médicale
lors de la prise de rendez-vous) :

- Tous les membres de la famille ou proches que le patient souhaite avoir à ses côtés afin de lors de la consultation et la prise de décision sont les bienvenus.
- Il est conseiller au patient de préparer une liste des questions (par écrit) qu'il posera au médecin.
- Il est nécessaire d'apporter toute radio, toute IRM, scanner ou scintigraphie ou tout autre examen complémentaire ayant un rapport avec la hanche, tout examen ou observation déjà prise par d'autres médecins.
- Le patient doit apporter la liste des médicaments qu'il prend actuellement et de ceux qu'il a pu prendre dans un passé récent (avec la posologie et la durée).
- Il doit également apporter la liste de tous les médecins et professionnels de santé qu'il a vus depuis au moins deux ans (avec, si possible leurs coordonnées: adresse, téléphone, ...). Une observation complète a normalement été remise en mains propres à l'intention du médecin actuel.

➤ Le vécu antérieur: le patient peut également se référer à différents vécus, tel que le sien, s'il a déjà subi cette intervention, ou celui de son entourage, familial et social, s'il s'agit d'une première intervention. Il faut néanmoins que le personnel soignant (médecins et infirmiers) l'aide à relativiser ces informations car chaque cas est un cas bien particulier. De même pour l'anesthésie, le patient doit également être prévenu que les possibles complications qu'a pu connaître son entourage ne sont pas forcément communes.

B- Informations complémentaires apportées dans le service:

Lors de l'arrivée du patient dans le service, il est d'abord pris en charge par le personnel soignant infirmier puis il reçoit la visite de l'anesthésiste, du kinésithérapeute et du chirurgien. Ces différents intervenants de santé viennent se présenter et fournir des informations sur leurs démarches.

➤ Information sur l'anesthésie: L'anesthésiste passera dans le service pour rencontrer le patient et ainsi prendre ses renseignements, tel que, l'âge, le poids, la taille, les allergies connues... afin de pouvoir le pré-médiquer et préparer l'anesthésie qu'il subira au bloc. C'est lors de ce passage que le patient recevra des informations complémentaires sur l'anesthésie et ses possibles complications.

➤ Information sur l'intervention: Une grande partie de ces informations est donnée par le chirurgien lors de la première consultation, mais un complément

peut être apporté lors de l'arrivée dans le service, tel que, le déroulement de la pose de la prothèse par elle-même, la durée de l'intervention, les sutures.

➤ Information sur le matériel: Le patient recevra également durant sa période pré-opératoire, par les différents membres du personnel (chirurgien, infirmier et kiné), des informations sur le matériel qui va lui être implanté et avec lequel il passera une grande période de sa vie. Les renseignements apportés peuvent être, selon les connaissances antérieures du patient, sur la matière de la prothèse et du cotyle, la forme, la rigidité, les angles possibles... Ces renseignements peuvent être amenés à l'aide de supports, tel que des dépliants, des dessins ou des prothèses de démonstration encore plus concrètes.

C- Rassurer le patient face à ses angoisses:

➤ En rapport à l'anesthésie: Cet acte a progressé ces dernières années : nouveaux produits, appareils plus performants, informatisation des systèmes de contrôle. Reste à en informer le patient pour dédramatiser cet acte qui est de plus en plus sûr.

La perspective d'une anesthésie est toujours source d'angoisse (ne pas se réveiller, se réveiller durant l'intervention...). Pour calmer les appréhensions, l'information s'avère indispensable. L'anesthésie a pour but d'insensibiliser complètement à la douleur, soit en interrompant la transmission des messages de douleur jusqu'au cerveau, soit en rendant le cerveau incapable de les percevoir. Tout acte anesthésique comporte cinq grandes étapes :

- La consultation pré-anesthésique est une étape particulièrement importante et l'occasion d'instaurer un véritable dialogue entre le futur opéré et l'anesthésiste.

- La prémédication consiste à administrer au futur opéré, juste avant l'intervention, des médicaments destinés à prévenir l'anxiété pré-opératoire, favoriser le relâchement musculaire et diminuer les sécrétions. Elle permet d'arriver en salle d'opération le plus détendu possible mais conscient.

- L'induction anesthésique est le début de l'anesthésie. Administrés par voie intraveineuse, inhalés ou injectés, les médicaments employés sont de quatre types :

- Hypnotiques ou narcotiques
- Analgésiques
- Curarisants ou myorelaxants
- Anesthésiques locaux.

- Le suivi de l'anesthésie tout au long de l'intervention est piloté par de multiples instruments de mesure, et de surveillance. L'anesthésiste est aux commandes de cet appareillage qui assure sa sécurité. L'ensemble permet un contrôle très fiable : appréciation des organes vitaux et de leur bonne oxygénation, repérage précoce des risques de complications, ...

- Le réveil est une étape particulièrement importante : si le patient a subi une anesthésie générale, il est réglementairement obligatoire qu'il soit transféré dans la salle de réveil. Conçue comme une unité de soins intensifs, munie des moyens de surveillance et de sauvegarde d'urgence, la salle de réveil est un complément indispensable au dispositif de sécurité anesthésique.

➤ A la douleur: La douleur est une perception sensorielle, mais elle est aussi liée à des phénomènes émotionnels et aux composantes de la personnalité. Elle est provoquée par un stimulus nociceptif (c'est à dire qui entraîne la douleur) intense, et elle peut survenir sans cause évidente. Elle signale une atteinte de l'intégrité physique mais peut faire défaut lors de lésions corporelles, elle peut persister après guérison des lésions et devient elle-même un handicap qui nécessite un traitement urgent et radical.

Les patients peuvent, en pré-opératoire, anticiper la venue d'une éventuelle douleur et d'ores et déjà angoisser à son sujet, d'où la nécessité d'une bonne information qui consisterait à indiquer au patient les possibles douleurs qu'il pourrait avoir lors du retour de salle, tant au niveau de la plaie, que lors du réveil du membre, lors de la mobilisation du membre (en post-op. immédiat ou lors de la rééducation) et de lui décrire les moyens qui seront mis en œuvre pour évaluer cette douleur (échelle, repère des zones) et ainsi essayer de la réduire ou de l'éradiquer grâce aux traitements médicaux, aux soins apportés, à la rééducation progressive ...

➤ Aux complications: Ces dernières sont de plus en plus rares mais peuvent toutefois survenir. Il est donc nécessaire d'en informer le patient, ce qui risque d'amener une certaine angoisse vis à vis des conséquences post-opératoires, d'où un rôle primordial en pré-opératoire de rassurer le patient à ce sujet selon trois étapes :

- Citer les complications.
- Les définir.
- Expliquer les moyens mis en place préventivement et curativement.

➤ Aux difficultés de mobilisations: Suite à la consultation et selon son vécu, il se peut que le patient angoisse sur les difficultés de mobilisation qu'il aura en post-opératoire, d'où un rôle très important de la part des membres du personnel de lui expliquer l'évolution de sa mobilisation dans le temps tout en lui rappelant les gestes permis et interdits.

- Informer sur les gestes: Pour ce faire le personnel pourra s'aider de différents supports tel qu'un guide écrit, à donner au patient, qui représente par des dessins, tous les mouvements que le patient pourra utiliser en substitut des gestes interdits qu'il serait tenté de réaliser, et un rappel de ce qu'il ne pourra plus utiliser.
- Informer sur l'évolution: Il est nécessaire d'expliquer en pré-opératoire, afin de diminuer le nombre d'informations perçues en post-opératoire, l'évolution future de l'intervention en intégrant la phase de retour de la marche, les étapes de rééducation, et le retour à une mobilisation indépendante.

Ces différentes explications et informations auront pour but de faire baisser l'angoisse que pourrait avoir le patient avant son passage au bloc en vue de pouvoir

le décontracter au maximum et ainsi éviter une plus importante peur (ou désagréable surprise) au vue de sa situation au retour de salle.

3. La préparation physique et biologique

Physique: La période pré-opératoire nécessite une préparation physique du patient.

C'est à dire, une hygiène rigoureuse de la peau afin d'éviter une auto-contamination en salle d'opération (car il y a rupture de la barrière cutanée), l'hygiène consiste à prendre un bain ou une douche avec du produit antiseptique, d'avoir des ongles propres sans vernis, pas de maquillage afin de permettre une bonne visualisation de l'oxygénation, ainsi qu'un rasage large de la partie à opérer suivi d'un badigeonnage de celle-ci.

Le jeûne de plus ou moins 10 heures avant l'intervention est nécessaire.

Le jour même, le patient est contrôlé :

- sur ses soins d'hygiène (propreté, rasage, désinfection)
- pour l'intervention (enlever les prothèses dentaires et les bijoux)
- vérifier le jeûne et les préparations de la veille.

Suite à ces vérifications, la prémédication est administrée après avoir fait uriner le patient, elle a pour but de calmer l'angoisse du futur opéré, faire baisser les sécrétions et induire un relâchement du tonus musculaire, elle est personnalisée et effectuée dans un délai approprié pour avoir un effet relaxant (un quart d'heure à une demi heure avant l'intervention). Elle peut être réalisée soit par voie entérale (gouttes, comprimés, suppositoires), soit par voie parentérale, sur prescription médicale.

Biologique: Cette préparation est nécessaire pour l'intervention, elle comprend :

- Un bilan sanguin complet (exemple : temps de saignement, temps de prothrombine, les plaquettes, les globules blancs, les globules rouges, le groupe sanguin, le facteur rhésus...)
- Une analyse d'urine pour déceler une infection, un déséquilibre hydroélectrolytique ou une anormalité (hématurie, glycosurie...).

D'autres examens pré-opératoires :

Le patient doit également subir d'autres examens :

- une radiographie du bassin de face et de profil.
- une radiographie du thorax pour déceler des troubles aux niveaux respiratoire ou cardiaque.
- un électrocardiogramme pour les anomalies cardiaques
- d'autres examens complémentaires peuvent être demandés par le chirurgien (par exemple, une épreuve fonctionnelle respiratoire)

Ces examens doivent toujours être expliqués, car ils peuvent provoquer de l'angoisse. Ils permettent de déceler d'éventuelles anomalies à rééquilibrer avant l'intervention, ceci pour en éviter un report.

Ces préparations sont d'une grande utilité puisqu'elles permettent d'éviter certaines complications.

III - Le post-opératoire

1. Surveillance post-opératoire

D. Surveillances générales d'une intervention:

Les surveillances générales à toute intervention sont très nombreuses et sont nécessaires afin de satisfaire les besoins du patient.

➤ Eviter les dangers :

Paramètres: Tension artérielle, pulsations, température (en cas de faible température il y a risque d'hypothermie, mettre une couverture ; si hyperthermie c'est le signe d'une apparition d'infection), respiration.

Signes vitaux: coloration (si blanc : chute de TA, hémorragie), diurèse, perte de sang ...

Etat de conscience, agitation, nausées, vomissements, surveiller les positions et les modifier si nécessaire.

Surveiller les appareillages:

1. Perfusions: la perfusion sert de voie d'entrée en cas de problème du patient pour administrer un traitement d'urgence. Elle sert également à administrer des solutions glucidiques ou électrolytiques (ex: Voluven® pour augmenter le volume circulant) et elle sert à l'administration du traitement médical (antidouleur, antibiotique...) en attendant le retour du transit (et du traitement par voie entérale).
2. Drains: placés en sous-aponévrotique dans la plaie opératoire, ils ont pour but de "récolter" tout saignement qui s'y collecte après l'opération. Il est nécessaire de surveiller les drains afin que leur rôle soit parfaitement fonctionnel, à savoir éviter l'apparition post-opératoire d'hématome. Les drains permettent aussi de surveiller la présence d'une hémorragie, si leur débit atteint 200cc par heure.
3. Sonde vésicale: dans la cas d'une anesthésie générale, il y a un relâchement des sphincters, une sonde vésicale est placée en pré-opératoire ou en salle d'opération afin de prévenir les risques de rétention urinaire, il est nécessaire de surveiller le coq des urines, afin de voir les signes de déshydratation et

d'infection. Cette sonde sera ôtée dans les 48h afin de limiter les risques d'infection.

4. *Bas antithrombose* : ils sont placés sur le patient en salle de réveil (seule la jambe non opérée les premiers jours) et seront replacés chaque jour, après la toilette, sur le patient, car l'immobilité peut entraîner des thrombophlébites et ces bas favorisent le retour veineux.

➤ Etre propre et protéger ses téguments : le patient qui revient de salle a transpiré, il est nécessaire de le rafraîchir, changer son alèse, la taie d'oreiller.

Afin d'éviter les escarres, il est également nécessaire de favoriser les changements de position à rythme régulier (environ toutes les 4 heures) en respectant les prescriptions médicales lors des mobilisations.

➤ Respiration : suite à l'anesthésie il peut se présenter un encombrement bronchique, d'où l'intérêt de surveiller la respiration (rythme, fréquence et amplitude), de prévoir un crachoir ou du papier absorbant pour éliminer les expectorations et voir, selon les prescriptions médicales, à assurer une position adéquate (semi assis), à l'administration d'aérosol, d'oxygène, et de kiné respiratoire afin d'éviter les risques de gênes respiratoires, de fausses déglutition.

➤ Mobilisation : une mobilisation précoce doit être effectuée, en vue de réduire les risques de phlébite et les problèmes respiratoires.

Selon la prescription médicale, elle se traduit par un premier lever si possible le premier jour post-opératoire.

Il se déroule en plusieurs étapes et avec l'aide du kinésithérapeute

➤ Dormir et se reposer : il faut installer le patient confortablement, en tendant bien la literie, limiter la durée et la fréquence des soins et des visites afin de favoriser son repos et d'éviter les gênes durant son sommeil. Donner également des antidouleurs selon la prescription médicale.

➤ Boire et manger : les patients sont à jeûns et sous perfusion. Ils réclament néanmoins rapidement à manger et à boire, or, tant que le retour du péristaltisme n'est pas entamé, ils ne peuvent rien recevoir. Il est donc nécessaire de subvenir à leurs besoins.

- Le jour opératoire on peut mouiller les lèvres, effectuer un bain de bouche, donner un glaçon et éventuellement donner à boire très légèrement après quelques heures (sur prescription médicale).

- Le premier jour post-opératoire, s'il y a retour des gaz, une alimentation légère peut être administrée et, selon prescription médicale, la perfusion peut être retirée. (Néanmoins ce premier repas léger peut être donné le jour opératoire, si l'intervention s'est déroulée tôt et si le retour des gaz est survenu le jour opératoire).

- Au retour des selles (autour de 48 heures) une alimentation normale peut être reprise (en respectant bien le régime d'origine)

➤ Eliminer :

- Niveau urinaire : au retour de salle le patient a une sonde urinaire qui, selon la prescription médicale, peut être ou non ôtée. Si le patient n'est pas

porteur d'une sonde vésicale, une miction spontanée doit survenir environ 6 heures après l'intervention mais ne doit pas dépasser 24 heures, en cas d'absence d'urines, il faut utiliser, en premier lieu, les petits moyens (eau froide, eau qui coule, mobilisation) puis se référer à la prescription médicale qui indiquera l'administration de péristaltogènes ou d'un sondage.

- Niveau gaz : ils surviennent le premier jour post-opératoire au plus tard lors du second, le cas échéant utiliser une sonde rectale afin d'éviter les ballonnements.

- Niveau selles : le retour des selles a lieu au bout de 48h, si ce retour est négatif le 3ème jour, se référer à l'avis médical pour effectuer un lavement (petit), le retour des selles indique le retour d'une alimentation normale.

E. Surveillances spécifiques à la prothèse totale de hanche:

➤ Apprendre : La principale surveillance spécifique d'un patient qui vient d'être opéré d'une prothèse totale de hanche réside dans la posture du patient à savoir, décubitus dorsal le premier jour avec les jambes en légère abduction (maintenues par un coussin abducteur : PM)

Le membre opéré ne doit jamais passer en adduction d'où l'intérêt du coussin abducteur ainsi que de l'oreiller placé entre les jambes, au niveau du genou, lors des mouvements latéraux (comme pour la toilette par exemple), afin de conserver un alignement et un parallélisme les plus entiers entre les deux jambes.

Il est donc nécessaire de rappeler au patient que sa posture est fondamentale pour éviter les possibles complications et réduire la douleur, en répondant à toutes ses questions et en lui rappelant, s'il ne l'a pas encore fait, qu'il peut lire le livret qui lui a été remis à son entrée.

F. La douleur:

➤ Définition : La douleur post-opératoire est la conséquence de l'intervention, de la section des différentes couches de tissus et la section de l'os. Elle est prévisible, variable et d'une durée limitée (habituellement quelques jours après une intervention chirurgicale compliquée). Une information préalable sera donnée par le médecin anesthésiste avant l'intervention. Le chirurgien en reparlera pendant la consultation.

La prise en charge de la douleur doit être une préoccupation quotidienne des équipes soignantes. Après une intervention chirurgicale, pendant un examen douloureux, avant une situation qui peut entraîner une douleur (transport, séance de rééducation ...), le patient doit être prévenu qu'une douleur peut survenir.

➤ Evaluation de la douleur : Tout le monde ne réagit pas de la même façon à la douleur. Seul le patient peut décrire sa douleur : personne ne peut et ne doit se mettre à sa place.

Il faut tout d'abord informer le patient qu'il ne doit pas hésiter ni attendre pour prévenir le médecin ou le personnel soignant et exprimer sa douleur. Il ne faut

pas laisser la douleur s'installer. La douleur use son énergie et détériore sa qualité de vie.

Le patient doit impérativement participer à l'évaluation de sa propre douleur. Le personnel soignant a besoin de sa collaboration pour mesurer l'intensité de sa douleur et juger de l'efficacité des traitements qui lui sont administrés. Plus le patient donnera d'informations sur sa douleur et mieux le personnel peut l'aider en proposant des moyens adaptés à son cas.

LA DOULEUR DOIT ETRE EVALUEE DE FACON REGULIERE

(avant et après chaque soin ainsi qu'à chaque plainte du patient)

- Par le patient lui-même :

Il faut lui demander de la décrire :

L'intensité douloureuse (très forte, forte, moyenne, faible)

La durée (depuis combien de temps)

Les modalités (comment est-elle apparue ? Quand revient-elle ?)

La localisation (où est-elle la plus vive ?)

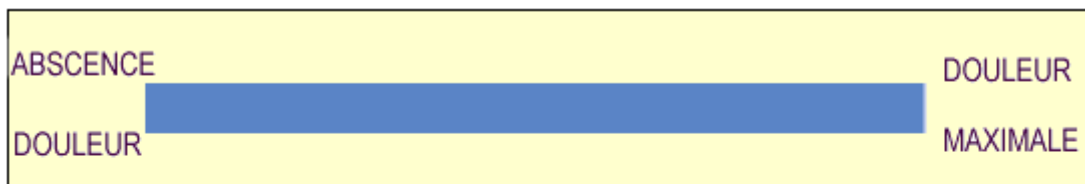
- Par l'équipe soignante

Soit en posant des questions précises.

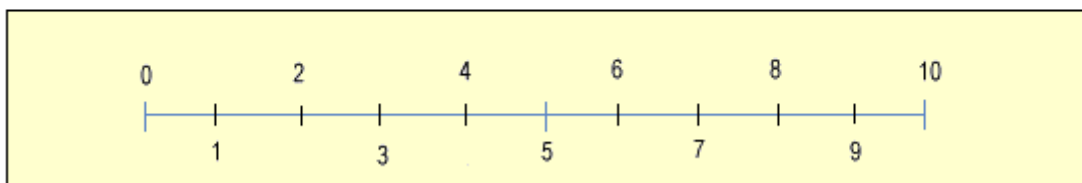
Soit en prenant les pulsations et la tension artérielle, qui peuvent varier en fonction de la douleur.

Soit en proposant au patient de mesurer, sur une réglette graduée, sa propre douleur (Échelle Visuelle Analogique, Échelle Numérique) ou en utilisant les instruments à visée topographique (Schéma des zones douloureuses).

Exemple d'échelle visuelle analogique :



Côté patient



Côté soignant

La douleur observée côté patient, sera chiffrée côté soignant sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 une douleur insupportable.

Le personnel soignant peut ainsi soulager au mieux les douleurs.

➤ Traitement de la douleur : Traiter la douleur peut prendre du temps. C'est contribuer à retrouver le bien-être, l'appétit, le sommeil, l'autonomie et se retrouver avec les autres.

Les médecins anesthésistes disposent de nombreuses techniques et de médicaments contre la douleur qui seront utilisés de façon adaptée et le temps nécessaire à soulager la douleur

Le traitement antalgique est prescrit en salle de réveil et, dans la plupart des cas, administré alors que le patient est encore endormi. Il est poursuivi dans le service d'hospitalisation.

Dans certains cas, ces médicaments peuvent être administrés par voie intraveineuse (perfusion ou seringue électrique), par voie sous-cutanée, par voie rectale, par voie intramusculaire. Dès que le patient peut avaler normalement, on lui donnera des comprimés ou des gélules.

Si l'on prescrit de la morphine, ce médicament pourra être administré à l'aide d'une pompe, appelée PCA ou une pompe reliée à un cathéter péridural qui permet d'adapter directement par le patient les doses en fonction de la douleur ressentie (sur prescription médicale).

Pompe PCA

La pompe PCA ou ACP : analgésie contrôlée par le patient, est composée d'une seringue, d'un réservoir qui contient un médicament (un antalgique de type morphine ou un anesthésique local) pour calmer la douleur et d'un dispositif, le plus souvent électronique, que le patient commande par un poussoir.

En appuyant sur le poussoir, le patient soulage lui-même sa douleur en s'administrant une dose de médicament.

La pompe est programmée par le médecin pour contrôler la douleur le mieux possible avec le maximum de sécurité et de confort. Le plus souvent, le médicament est injecté par voie intraveineuse.

Ce mode d'analgésie puissant sera expliqué au patient qui devra subir une intervention chirurgicale importante et dite douloureuse, lors de la consultation d'anesthésie.

Cathéter péridural

Pour poser un cathéter péridural l'anesthésiste réalise une ponction entre deux vertèbres. Cette ponction est peu douloureuse car une anesthésie locale de la peau est habituellement pratiquée avant le geste.

Le cathéter est mis en place dans l'espace péridural et fixé sur le dos du patient avec une bande adhésive pour permettre des ré-injections d'anesthésiques locaux pendant et après l'intervention.

Ce cathéter est laissé en place après l'intervention pour contrôler la douleur post-opératoire, en réinjectant les antalgiques prescrits, pendant les premières heures ou les premiers jours après l'intervention.

Les médicaments

Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent. Il en existe plusieurs types (paracétamol, aspirine...). La morphine et ses dérivés sont les plus puissants d'entre eux. Un traitement par la morphine pourra toujours être interrompu si la cause des douleurs disparaît et le patient ne court aucun risque de devenir dépendant vis-à-vis de la morphine.

Les médicaments sont proposés en fonction de la nature et de l'intensité des douleurs. Ils les soulagent, même s'ils ne les suppriment pas toujours totalement. Le médecin prescrira un traitement adapté. Celui-ci sera ajusté en fonction de l'évaluation régulière de la douleur.

Les antalgiques ont parfois des inconvénients tels que constipation, nausées, somnolence, mais ceux-ci peuvent être corrigés rapidement. Le patient doit pas hésiter à les signaler.

Lors de la sortie du patient, il sera prescrit des antalgiques oraux (paracétamol par exemple), qu'il devra prendre de façon régulière suivant la prescription du médecin pour éviter les douleurs.

2. L'éducation du patient

D. Rappel des mouvements permis et interdits:

Durant la période pré-opératoire, le patient a reçu, à son entrée dans le service, un formulaire explicatif reprenant les mouvements qui lui seront interdits et autorisés après l'intervention. Durant le post-opératoire, il est nécessaire de lui rappeler ces mouvements, qui peuvent entraîner la luxation de la hanche opérée.

➤ Mouvements interdits après l'intervention :

La rotation interne de la jambe : faire tourner le pied vers l'intérieur du corps.

La flexion de la hanche : amener le genou au-dessus du niveau du bassin, ce qui implique de ne pas s'asseoir dans un fauteuil trop bas ou trop profond, ne pas se pencher en avant, tout mouvement qui implique une flexion de la hanche au-delà de 90°.

L'adduction de la hanche : amener la jambe opérée vers l'intérieur du corps ou croiser les jambes.

➤ Les positions déconseillées:

Assis au travers de la chaise, le torse droit et les jambes sur le côté. Se pencher sur le côté lorsque le patient est assis.

Croiser les jambes ou s'accroupir, éviter de s'asseoir dans des fauteuils trop profonds ou trop bas.

Ne pas se retourner brusquement en mettant le buste en opposition aux jambes, éviter de porter des poids trop importants.

Eviter les marches trop élevées (escalier, pas de portes...).

E. Education pour le post-opératoire immédiat:

Lors du retour de salle de réveil, il est nécessaire de rappeler au patient qu'il doit mobiliser sa jambe le moins possible et éviter tous les mouvements « interdits », de plus il faut lui rappeler les prescriptions médicales et veiller à leurs respects (coussin abducteur, position allongée le premier jour post-op ...)

F. Educations pour le retour au domicile:

Lors du retour au domicile les mouvements interdits et déconseillés s'appliquent toujours, et ce, durant un temps d'au moins trois mois. C'est pourquoi avant la sortie du patient, il est nécessaire de lui expliquer comment adapter certaines activités de la vie quotidienne à ces nouvelles obligations.

- *La position assise idéale, est avec les jambes dans l'alignement du corps, il faut éviter de croiser les jambes, de se pencher sur le côté et de s'asseoir en travers sur la chaise. Eviter également les positions assises trop profondes, comme un fauteuil trop mou, qui favoriserait la flexion et le risque de luxation*
- *Pour la vie quotidienne, il faut également réduire au maximum ce risque de luxation,*
 - *En évitant de monter des marches d'escalier, si nécessaire, toujours les monter une à une en commençant par le membre non opéré.*
 - *Eviter de se pencher, si nécessaire s'accroupir avec prudence et en fléchissant les genoux.*
 - *Rehausser les toilettes.*
 - *Eviter de porter du lourd.*
 - *Se lever du lit en maintenant le membre opéré par le membre sain.*
 - *Faire attention de ne pas glisser, porter des chaussures permettant un bon équilibre, utiliser au maximum des matières antidérapantes (dans la salle de bain, la baignoire).*

D'une manière générale toujours éviter de lever le genou au-delà de la hauteur du bassin et éviter la rotation trop prononcée de la jambe.

B. PARTIE PRATIQUE

I – Présentation du service

1. Lieu de stage

Hôpital Saint Joseph
Mons
Chirurgie orthopédique I (1^{er} étage)

2. Organigramme

Directrice du département en soins infirmiers: Madame Hannard

Infirmière chef de service: Madame Wagnier

Equipe:

- 4 infirmières graduées
- 4 infirmières brevetées (+ 1 à 3/4 temps)
- 4 aides soignantes (+ 1 à 3/4 temps)

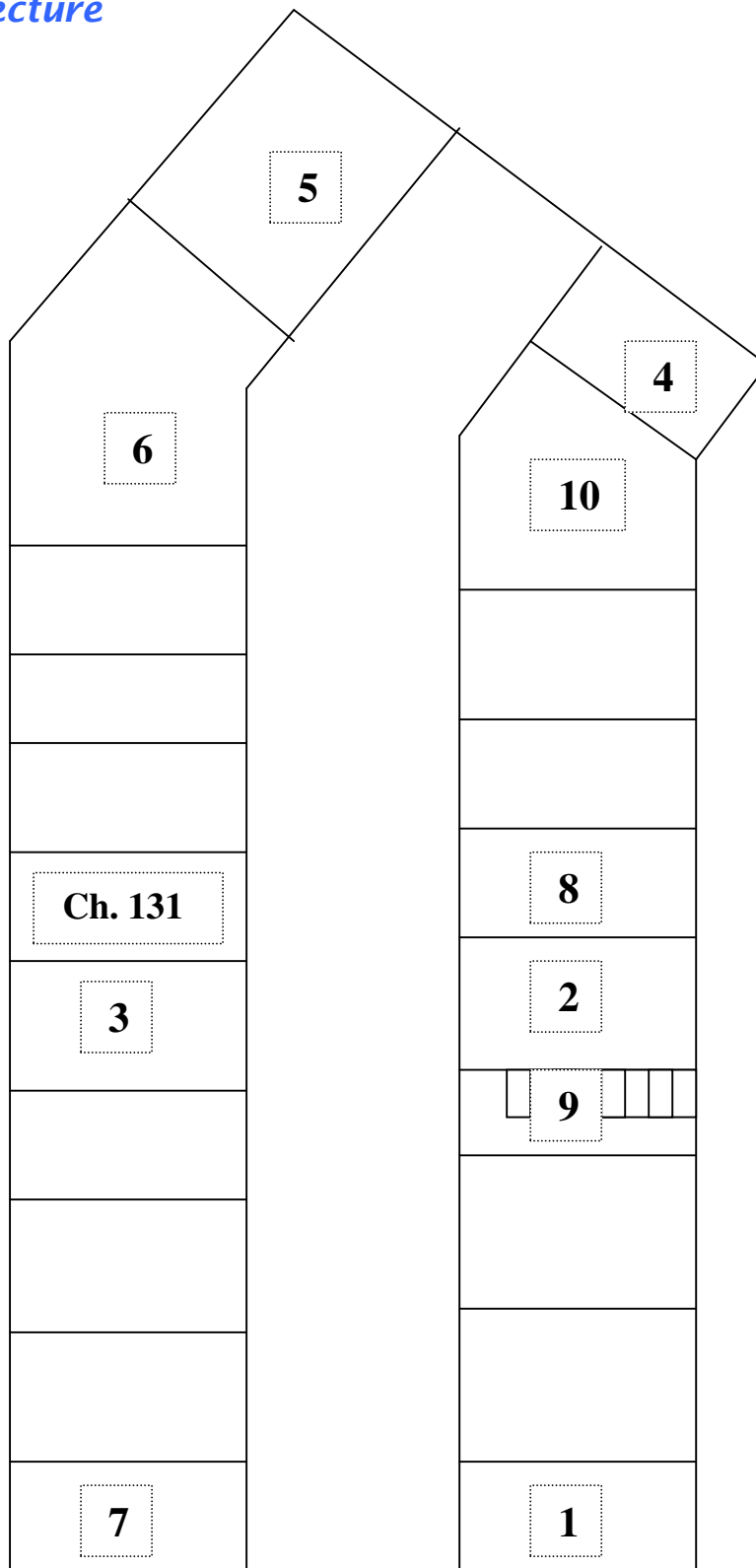
3. Organisation du service

C'est un service de chirurgie orthopédique mais qui, depuis son nouvel emplacement, accueille également de la petite chirurgie (ophtalmologie, appendicectomie, amygdalectomie ...).

Le personnel pratique le "nursing intégré" c'est-à-dire qu'il divise le service en deux secteurs géographiques. Il forme deux groupes d'infirmières qui s'occuperont de leur côté respectif de chaque patient du début à la fin de la journée.

Dans chaque groupe, il y a une infirmière diplômée accompagnée d'une aide soignante

4. Architecture



Légende:

1 Lingerie

2 vidoir

3 office

4 réserve de nettoyage

5 bureau (ordinateur, dossiers)

6 salle de soins

7 utility propre

8 utility sale

9 sortie de secours

10 salle de bain

Avant d'effectuer mon stage j'ai eu un entretien avec la chef de service afin de savoir si ce lieu était bien adapté à mon sujet de travail, ce qui s'est avéré être le cas. De plus durant mon stage j'ai eu l'occasion d'avoir un entretien avec le kinésithérapeute qui m'a expliqué ses différentes étapes de travail au cours de la rééducation et m'a donné le livret qui est remis au patient lors de son entrée.

II - Collecte des données

1. Présentation du patient

Prénom: L.

Sexe: Masculin

Date de naissance: 27 juillet 1934

Age: 68 ans

Situation familiale: Marié, une fille

Chambre: 131 lit 1

Profession: Retraité (ancien maçon)

Habitude de vie: Ne fume pas, boit occasionnellement de l'alcool.

Antécédents

- chirurgicaux: Triple pontage coronarien (1996)

- médicaux: Angor

Hypertension artérielle

Diabète de type II (non-insulino-dépendant)

Hyper uricémie

Allergie: Aucune

Traitement à domicile:

- 1 comprimé de Tenormin Mitls 50 mg le matin: traitement de l'hypertension
- 1 comprimé de Zyloric 300 mg le matin: prévention de la crise de goutte
- 1 comprimé de Dispril 300 mg à midi: prévention de thrombose veineuse.

2. Motif d'admission

Le patient présente des douleurs au niveau de la hanche gauche depuis 5 mois; ce qui limite son périmètre de marche à domicile. Il a donc consulté son médecin généraliste qui l'a envoyé faire une radiographie. Celle-ci a révélé qu'il souffre d'une coxarthrose gauche nécessitant la mise en place d'une prothèse totale de la hanche.

Il est donc rentré ce 12 novembre 2002 pour être opéré le lendemain (le 13 novembre 2002).

Comme nous avons pu le voir en théorie, le patient ne présente pas de douleur au pli de l'aîne, au genou et de claudication.

3. Diagnostic

Coxarthrose, qui est comme nous l'avons vu en théorie, la plus grande cause de prothèse totale de hanche.

4. Examens ayant conduit au diagnostic

Radiographie de la hanche:

Coxarthrose gauche avec pincement supéro-externe de l'interligne articulaire

Examen clinique:

L'examen clinique démontre une marche claudicante.

Le bilan articulaire est le suivant:

Angles articulaires	Chez le patient	Normes
flexion	75 degrés	140 degrés
abduction	10 degrés	30 degrés
adduction	10 degrés	25 degrés
rotation interne	0 degré	70 degrés
rotation externe	0 degré	85 degrés

5. Examens complémentaires

L'équipe soignante a vérifié que tous les examens pré-opératoires ont été faits. Ils ont été réalisés en ambulatoire le 3 novembre et tous les protocoles se trouvent dans le dossier, qui suivra le patient en salle.

A. Radiographie du thorax:

Conclusion: légère inflexion scoliotique dorsale à concavité gauche. Image cardio-pulmonaire par ailleurs normale.

B. Radiographie du bassin (+ fémur gauche):

Séquelle de fracture spiroïde médio-diaphysaire bien consolidée. Importante gonarthrose avec pincement du compartiment articulaire interne.

Coxarthrose gauche évidente avec pincement supéro-externe prononcé de l'interligne articulaire.

C. Electro-cardiogramme:

Rythme sinusal à 75 pulsations par minute.

D. Prise de sang.

Groupe sanguin: A

Rhésus: Positif

<u>Prise de sang</u> (à7h00 ajeûn)	<u>Normes</u>	<u>Le 3/11 (J -10)</u>	<u>Commentaires</u>
Glycémie	80 à 120 mg/dl	129,9 mg/dl	Légère Hyperglycémie
Triglycéride	35 à 200 mg/dl	233 mg/dl	Du excès alimentaire
Cholestérol	140 à 200 mg/dl	260 mg/dl	
Acide urique	20 à 70 mg/dl	56 mg/dl	Normal

E. Examen physique.

Poids: 85 kg

Taille: 1 m 75

TA: 140/85 mm de mercure

Fréquence cardiaque: 84 battements par minutes

Abdomen normal et non dur, varices à la jambe droite

F. Examen microscopique des urines.

Quelques leucocytes

Culture aérobie : négative

Les examens effectués sur le patient sont les mêmes que ceux vus en théorie.

6. Traitement chirurgical

Mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche.

Comme nous l'avons vu dans la théorie, la pathologie du patient fait partie de la plus grande cause de pose de prothèse totale de hanche.

7. Description physique et psychologique du patient

(réalisée lors de l'anamnèse par l'infirmière)

Monsieur pèse 85 kg et mesure 1 m 75.

Il porte des lunettes.

Il a un léger problème d'audition (pas de prothèse) et porte des prothèses dentaires aux niveaux supérieur et inférieur.

Il ne présente aucune perturbation mentale.

III - Période pré-opératoire

1. Préparation Psychologique

Le patient pose des questions, principalement sur la douleur post-opératoire et le retour à une mobilisation normale. Il indique verbalement sa peur de la douleur.

Interventions infirmières face à l'anxiété du patient.	Evaluation
<p>- Rassurer et reconforter le patient en restant près de lui et en discutant de façon posée et calme, et en l'écoutant</p> <p>- Je lui demande si le médecin lui a expliqué schématiquement le déroulement de l'intervention et les appareillages qui seront utilisés (pose d'une sonde, présence de redons, de perfusions...)</p> <p>- Je lui ai expliqué qu'il devrait transiter en salle de réveil pendant quelques heures après l'opération.</p> <p>- L'équipe soignante lui a remis un petit livret lui expliquant l'intervention et surtout lui donnant des conseils pratiques pour le retour chez lui afin d'éviter une luxation de la prothèse (voir annexe), je l'ai lu avec lui afin de répondre à ses questions.</p> <p>- Il a exprimé verbalement sa peur, en me demandant si l'intervention ferait mal et</p>	<p>Le patient est rentré la veille de l'intervention dans l'après-midi. Je lui ai expliqué que j'allais le suivre pendant son hospitalisation.</p> <p>Il connaissait en gros l'intervention qu'il allait subir et le médecin lui avait expliqué tout l'appareillage post-opératoire. Cela a permis une meilleure communication.</p> <p>Il ne savait pas qu'il passerait par la salle de réveil et il croyait être à midi dans sa chambre.</p> <p>Il a lu le livret, l'a trouvé bien conçue et dit avoir compris les informations contenues. Il n'a pas posé de question.</p> <p>Il semble rassuré des réponses, et n'en a plus posé ensuite, mais je lui ai signalé que</p>

<p>pendant combien de temps, il m'a ensuite demandé, combien de temps il lui faudrait pour retrouver une marche normale. Je lui ai expliqué que j'évaluerai sa douleur à l'aide d'une échelle numérique et que le médecin prescrira des antidouleurs afin de réduire cette dernière. Je lui ai également expliqué, à l'aide de ma partie théorique, qu'il retrouverait un usage fonctionnel normal après trois mois.</p>	<p>tous les membres du personnel soignant étaient à sa disposition le cas échéant.</p> <p>En conclusion, je pense que ma présence a été bénéfique. Quand je l'ai quitté, il appréhendait moins l'intervention.</p>
--	--

2. Traitement pré-opératoire

Médicamenteux:

Nom - famille	Indications Contre indications	Voie D'adm	Posologie	Surveillances	Evaluations
<p>Tenormin Mitis 50 mg antihypertenseur</p>	<p>Ind: Traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine C/I: hypersensibilité insuffisance cardiaque</p>	Per-os	1 comprimé à 8h du matin	<p>E.A: prendre la tension E.S: surveillances des extrémités (qui peuvent refroidir)</p>	<p>Eval: TA : 145/90 mm de mercure Eval: extrémités rosées et non froides</p>
<p>Zyloric 300 mg médicament de la goutte</p>	<p>Ind: traitement de la goutte. C/I: hypersensibilité pour l'allopurinol</p>	Per-os	1 comprimé à 8h du matin	<p>E.A: surveillance des douleurs articulaires E.S: surveillance de l'état de peau (prurit, desquamation), surveillance de douleur gastrique et douleur rénale.</p>	<p>Eval: pas de douleur Eval: aucun signe</p>

Xanax 0,5 mg anxiolytique	Ind: états d'anxiété, de tension nerveuse provoquée par l'imminence de l'intervention C/I: hypersensibilité aux benzo-diazépines	Per-os	1 comprimé à 21h	E.A: surveillance de l'état d'anxiété E.S: surveillance des vertiges, maux de tête, troubles de la vue	Eval: a bien dormi et est décontracté Eval: aucun signe
--	---	--------	------------------	---	--

Le patient n'a pas reçu au jour 0 le tenormin mitis, le zyloric et le xanax

Nom - famille	Indications Contre indications	Voie D'adm	Posologie	Surveillances	Evaluations
Dormicum 5 mg sédatif	Ind: sédation en prémédication.. C/I: Hypersensibilité connue au midazolam	I.M.	1 ampoule	E.A: léger endormissement E.S: prendre la tension	Eval: léger endormissement présent mais reste bien conscient Eval: TA : 145/90 mm de mercure
Robinul 0,2 mg pré-médication	Ind: relâchement musculaire C/I: Hypersensibilité au glycopyrrolate	I.M.	1 ampoule	E.A: vérifier la détente musculaire E.S: prendre les pulsations, vérifier l'état de la bouche	Eval: le patient est bien détendu Eval: 78 pulsations par minute, bouche non sèche.

N.B. Comme le médecin a instauré dans son traitement de la Clexane, on a stoppé le Dispril.

Diététique:

Le patient a un régime sans sel (antécédents cardiaques et hypertension artérielle).

Il a également un régime limité à 1800 calories, ce qui permet de stabiliser son diabète (de type 2) sans aucune médication.

***Après l'injection IM de Dormicum et Robinul,
j'ai aidé l'infirmier a conduire le patient en salle d'opération à 7h45***

3. Préparation physique

Lors de l'entrée du patient dans le service, je lui ai expliqué les différentes préparations qui seront réalisées en pré-opératoire :

La veille:

RP :

- Rasage du site opératoire (partie allant de la crête iliaque au genou, face antérieure et extérieure, pli inguinal inclus)*
- Réfection du champ opératoire avec Isobétadine dermique*
- Vérification de la température corporelle (36,9°C)*
- Douche à l'Hibiscrub, le soir, il a effectué sa toilette seul.*
- je me suis assuré du passage de l'anesthésiste: l'anesthésiste est passé en fin d'après midi et a expliqué au patient qu'il lui ferait une rachianesthésie (il lui a également expliqué le déroulement), le patient n'a pas posé de question par la suite.*

RC :

- Bien spécifier au patient qu'il ne pourra plus manger à partir de minuit (à jeûn à partir de minuit sur prescription médicale).*
- Donner un comprimé de Xanax 0,5 mg (à 21 heures) pour qu'il passe une bonne nuit (sur PM) (il dit avoir bien dormi).*

Il a bien compris les interventions et les a respectées.

Jour opératoire:

RP :

- Vérification de la température corporelle (36,8°C)*
- Prise de la tension artérielle : 145/90 mm de mercure.*
- Prise des pulsations : 78 pulsations par minute.*
- Douche à l'Hibiscrub, le matin, il a effectué sa toilette seul.*

RC :

- Prémédication:

On dit au patient d'ôter ses prothèses et ses lunettes.

On lui dit d'aller aux toilettes avant l'injection et de revêtir une blouse d'opéré après avoir ôté ses vêtements.

Après cela, on lui injecte, en intra musculaire, 5 mg de Dormicum et 0,2 mg de Robinul (30 minutes avant l'intervention) et lui spécifie qu'il ne pourra dès lors plus

se lever.

- Vérification qu'il est bien à jeûn (il l'a bien respecté depuis minuit).

Il a bien compris les interventions et les a respectées

Cette préparation est semblable à celle vue en partie théorie.

IV - Période post-opératoire

1. Salle de réveil

Une perfusion a été posée au patient en salle d'opération..

Le patient recoit: 1 L Hartmann (reste 900cc).

Il a une sonde urinaire et 2 redons au bas de la plaie (coté genou) de chaque coté de la plaie.

Il a un brassard sur son bras gauche qui est relié à un moniteur qui indique en permanence sa TA. Ses pulsations et sa fréquence respiratoire nous sont indiquées par l'intermédiaire des électrodes. De plus, il a à son doigt un saturomètre (relié aussi au moniteur) qui nous indique sa saturation en O2 qui doit rester normalement aux alentours de 100% (95 à 97%)

PARAMETRES							PERTES			Eval. Cliniq.
Heure	PuJsat	TA mmHg	saturation O2	Mode ventilat.	Fréqu. respi.	O2	Diurèse	Drains 1 2		
10h30	64	96/62	93%	masque	14	6l	400 cc		-	8/10
11h00	60	109/68	97%	masque	11	6l	500 cc		-	8/10
<i>Le patient commence à savoir bouger sa jambe droite. Aucune douleur.</i>										
11h30	60	100/49	98%	stop	18	stop	600 cc	60cc	-	9/10
12h00	63	114/65	97%	-	14	-	620 cc	70cc	-	9/10
12h30	62	95/46	96%	-	14	-	710 cc	70cc	-	9/10
13h00	74	103/65	96%	-	14	-	710 cc	70cc	-	9/10
13h30	68	109/68	98%	-	16	-	800 cc	70cc	-	9/10
14h30	66	112/71	98%	-	15	-	900 cc	75cc	-	9/10
15h00	66	126/64	98%	-	15	-	900 cc	80cc	-	9/10
<i>Retour</i>										

Le patient est remonté dans le service avec des paramètres dans les normes (TA 100 à 150/50 à 100 mm de mercure, Pulsations 60 à 80 pulsations par minute, Saturation 95 à 100%, respiration 12 à 16 mouvements par minutes).

Evaluation Clinique (/10)

Réalisée en salle de réveil grâce à cette échelle

Activité motrice spontanée: 0 ne peut pas bouger
1 peut bouger deux extrémités
2 peut bouger les quatre extrémités

Respiration: 0 apnéique
1 respire de façon dyspnéique
2 respire aisément

Circulation: 0 froideur d'un membre couvert
1 tiédeur d'un membre couvert
2 veine apparente

Conscience: 0 endormi
1 éveillable à l'appel
2 pleinement éveillé

Coloration: 0 cyanosée
1 pâle, marbrée
2 normale

Le patient est retourné dans sa chambre avec un coussin abducteur (trapézoïdale) (P.M), vers 15h après avoir reçu 2 g De prodafalgan dans un baby baxter (P.M.), il était bien éveillé et ne présentait pas de douleur.

2. Plan de soins

A. Jour 0

Médicaments :

Nom - Famille	Indications Contre indications	Voie D'adm	Posologie	Surveillances	Evaluations
Cefacidal. 1 gr Anti-biotiques	Ind.: prévention d'infection lors d'intervention au niveau de l'os C/I: allergie	Intra-veineuse directe (en 3 à 5 minutes)	1 g dilué dans 10 cc de serum physiologique à 16h et à minuit	E.A: Prendre la température, voir si douleur, chaleur et rougeur de la peau autour de la plaie E.S: surveillance de l'état de la peau (rush) et des douleurs au point d'injection.	Eval : pas de signe d'infection, T° 36,5°C Eval : aucun signe
Dipidolor 20 mg Analgésique morphinique	Ind: Traitement de la douleur aiguë post - opératoire C/I: insuffisance Respiratoire	I.M.	1 ampoule de 20 mg à minuit	E.A: évaluer la douleur (oralement ou échelle numérique) E.S: prendre les pulsations, vérifier l'état de la peau	Eval : il évalue sa douleur à 5 sur l'échelle numérique et à 3 une heure après l'injection Eval : aucun signe, pulsations : 75 battements par minute

Pro-Dafalgan 2 g Antidouleur	Ind : Traitement de la douleur C/I: Allergie au paracétamol	I.V. lente (30minutes)	2 g dilués dans 50 cc de serum physiologique à 10h et à 16h	E.A: évaluer la douleur (oralement ou échelle numérique) E.S: surveiller état de la peau (éruption), voir si vertiges, nausées.	Eval : il évalue sa douleur à 6 sur l'échelle numérique à 10h et à 2 une heure après l'injection Eval : aucun signe
Clexane 40 mg Anti-coagulant	Ind.: Prévention de la thrombose veineuse profonde C/I: hémorragies, Endocardite, insuffisance hépatique ou rénale	Injection sous-cutanée	1 ampoule seringue à 21h	E.A: surveillances des membres inférieurs (douleurs, rougeurs, chaleur, gonflement), prendre les pulsations et la température E.S: surveillance du point d'injection (Ecchymoses), et hémorragies (épistaxis, gingivoragie...) Eval : aucun signe	Eval : aucun signe, pulsations 75 battements par minute, et 36,5°C. Eval : aucun signe

Programme de perfusion:

Entretien: 1000 ml de Na Cl 0,9% par 24 h (de 8h à 8h)
Débit: 1000X20 / 1440 soit environ 14 gouttes / minute

Analgésique: Pro-Dafalgan
Calcul du débit: 50 x 20 / 30 soit environ 33 gouttes / minute

Pas de transfusion.

J'ai effectué la préparation et l'administration des perfusions aux heures respectives des prescriptions médicales.

Le patient ne présente ni nausées ni vomissements.

La sous cutané de Clexane a été effectuée par l'infirmière de l'après midi.

Prescriptions non médicamenteuses :

Glycémie :

Prise de la glycémie chaque matin à jeûn afin de surveiller le diabète.

Intervention :

J'ai pris la glycémie du patient ce matin à 7h, il était à jeûn depuis minuit.

J'ai surveillé les signes d'hypoglycémie (palpitations, sueur, sensation de faim, tremblement et troubles visuels) .

Evaluation :

Le patient a une glycémie de 99 mg/dl de sang, ce qui est dans les normes (80 à 120 mg/dl). Le patient n'a aucun signe d'hypoglycémie.

Diététique :

Le patient doit rester à jeûn ce jour et ce, jusqu'au retour du péristaltisme (présence de gaz), il pourra boire à partir de 22h.

Suite à l'anesthésie, il y a arrêt du péristaltisme et donc un arrêt de l'avancée du bol alimentaire.

Intervention :

Je me suis assuré qu'il ne reçoive pas son repas au retour de salle d'opération, qu'il ne mange pas avant l'autorisation de l'anesthésiste (22h).

Evaluation :

Le patient a compris l'intérêt de son jeûne et dit ne pas avoir faim, il n'a rien reçu à manger. Il a réclamé à boire dès son retour de salle mais n'a bu qu'à 22h. il n'a présenté ni nausée, ni vomissement.

Bas antithrombose :

Le patient doit porter au retour de salle d'opération un bas antithrombose du côté de la jambe non opérée afin de prévenir la survenue de thrombophlébites

Intervention :

Je me suis assuré que le patient accepte ses bas et en soit porteur (côté non opéré, sur PM : le bas côté opéré n'est mis qu'après ablation des drains de redon) et j'ai surveillé les membres inférieurs (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, pulsations, température) le long des trajet veineux.

Evaluation :

Le patient porte bien son bas et ne présente aucun signe de phlébite de l'autre côté, pulsations 75 battements par minute, et 36,5°C.

Plaies et pansement :

Le patient a un pansement sur la hanche qui recouvre sa plaie, le pansement n'est pas à changer.

Intervention :

Je surveille l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre (saignement). Je surveille l'état de la peau autour du pansement (rougeur, douleur, induration...).

Evaluation :

Le pansement est bien collé mais il comporte une tache de sang de 2cm sur 10 cm de long, je l'ai entourée avec mon stylo. La peau autour ne présente aucune induration, ni rougeur, ni douleur.

Sonde urinaire :

Le patient est porteur d'une sonde vésicale qui a été posée en salle d'opération afin d'éviter la rétention urinaire due à l'arrêt du péristaltisme.

Intervention :

Surveiller le COQA des urines, les connexions, l'absence de coudure, la position déclive du sac.

Evaluation :

Le sac contient 500cc d'urine à 16h00, elles sont limpides et ambrées. Le sac urinaire est positionné correctement.

Coussin trapézoïdal :

Un coussin trapézoïdal a été mis entre les jambes du patient en salle de réveil, juste après l'intervention afin de conserver la jambe opérée en abduction pour éviter la luxation de la hanche.

Intervention :

J'ai vérifié que le coussin soit placé correctement au retour de salle, que le patient l'accepte et que le membre soit en bonne position dans l'alignement du corps. J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

Evaluation :

Le patient accepte bien le coussin, le membre est rectiligne dans l'alignement, et ne présente aucun signe de luxation.

Drains :

Durant l'intervention, 2 drains de redon ont été placés afin d'éviter la survenue d'hématome et surveiller la survenue d'hémorragie interne.

Intervention :

Je me suis assuré que l'aspiration était toujours présente, qu'il n'y ait pas de coudure, j'ai relevé le COQA de la substance drainée.

Evaluation :

Le redon A a donné 85cc et le B n'a rien donné, à 16h. La qualité du drainage est du sang frais l'aspiration est toujours présente et il n'y a pas de problème connexions.

Etude des besoins perturbés :

Besoin de se mouvoir :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, l'anesthésie, les appareillages (sonde, drains, perfusions), la douleur au niveau de la hanche opérée , la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se mobiliser dans le lit liée aux appareillages, à la fatigue, à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient restera en décubitus dorsal ce jour et aura une position confortable.

➤ *Interventions :*

J'ai mis à proximité du patient tous les objets dont il pourrait avoir l'utilité (sonnette, télécommande, table de nuit).

➤ *Evaluations :*

Le patient a respecté sa position de décubitus dorsal, il a somnolé durant l'après midi et a très peu bougé, il se sent néanmoins bien installé.

Besoin d'éviter les dangers :

➤ *Problèmes :*

Risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale, la présence d'un cathéter, de redons, d'une sonde vésicale.

➤ *Objectifs :*

Le patient ne présentera aucun signe d'infection, il restera apyrétique, n'aura ni douleur, ni rougeur, ni gonflement, jusqu'à la fin de son hospitalisation.

➤ *Interventions :*

J'ai pris la température corporelle

J'ai vérifié le point de ponction de la perfusion et la peau autour afin de déceler des rougeurs, de la chaleur, de la douleur ou un gonflement. J'ai vérifié que la perfusion coulait bien (débit et reflux) et j'ai expliqué au patient qu'il faut éviter toute traction et de couder la tubulure.

J'ai vérifié l'état du pansement.

➤ *Evaluations :*

Le patient a une température 36.5°C, il ne présente aucune rougeur, ni douleur, ni chaleur ni gonflement, la perfusion coule bien (débit à 14gtes/min) et présente un reflux. Le pansement de la plaie est bien collé mais présente une tache de sang d'environ 2 cm sur 10 cm de long, je l'ai entourée avec mon stylo.

➤ Problèmes :

Risque de luxation liée à une mauvaise mobilisation de la jambe opérée ou à un mauvais mouvement.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de luxation ce jour et gardera son membre dans une bonne position.

➤ Interventions :

J'ai éduqué le patient en lui indiquant ne pas croiser les jambes, de ne pas dormir sur le cote opéré, de garder sa jambe dans l'axe du corps (aidé par un coussin trapézoïdal sur prescription médicale).

J'ai manipulé prudemment le patient (pas de rotation interne, pas de flexion forcée, coussin entre les genoux lors de la mise en décubitus latéral).

J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

➤ Evaluations :

Le patient a compris et suit les directives données. Les manipulations du patient n'ont posé aucun problème. Le patient ne présente aucun signe de luxation.

➤ Problèmes :

Risque de phlébite liée à l'immobilité et à l'intervention.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement dans les membres inférieurs) ce jour.

➤ Interventions :

J'ai vérifié que le bas anti-thrombose (bas de Kendall) (P.M.) soit mis à la jambes non opérée. J'ai surveillé des membres inférieurs afin d'observer la présence de signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, pulsations, température).

➤ Evaluations :

Le patient a compris l'importance du port des bas. Les extrémités des membres sont tièdes, sans œdèmes ni gonflement, sans rougeur et sans douleur, pulsations 75 battements par minute, et 36,5°C.

B. Jour 1

Médicaments :

➤ Cefacidal 1g: 1 I.V lente (3 à 5 minutes) à 8h

Evaluation : Le patient est resté apyrétique toute la journée (8h : 36,3°C ; 14h : 36,5°C ; 20h : 36,1°C), aucun signe d'infection, aucun signe d'effet secondaire

- *Dipidolor 20 mg: 1 IM à 6h*
Evaluation : Avant 6 heures, il évaluait sa douleur à 5. Après avoir reçu ses antalgiques, son évaluation s'est ramenée à 2. Pas de signe d'effet secondaire, pulsation : 67 battements par minute.

- *Clexane 40 mg: 1 ampoule seringue à 18h*
Evaluation : aucun signe de phlébite sur les membres inférieurs, pulsations à 67 battements/minute et 36.3°C. et aucun signe d'effet secondaire.

- *Pro-dafalgan 2g: 2 g à 10h et 16h.*
Evaluation : Avant 10 heures, il évaluait sa douleur à 4. Après avoir reçu ses antalgiques, son évaluation s'est ramenée à 1. Tout le reste de la journée la douleur n'a jamais plus dépassé " 1". Pas de signe d'effet secondaire, pulsation : 67 battements par minute.

Nom - famille	Indications Contre indications	Voie D'adm	Posologie	Surveillances
Tenormin Mitis 50 mg antihypertenseur	Ind: Traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine C/I: hypersensibilité, insuffisance cardiaque	Per-os	1 comprimé à 8h du matin	E.A: prendre la tension Eval : TA 11/7 cm/hg E.S: surveillance des extrémités (qui peuvent refroidir) Eval : les extrémités sont colorées et non froides
Zyloric 300 mg médicament de la goutte	Ind: traitement de la goutte. C/I: hypersensibilité pour l'allopurinol	Per-os	1 comprimé à 8h du matin	E.A: surveillance des douleurs articulaires Eval : pas douleur au niveau articulaire E.S: surveillance de l'état de peau (prurit, desquamation), surveillance de douleur gastrique et douleur rénale. Eval : aucun signe

Programme de perfusion:

Entretien: 1000 ml de Na Cl 0,9% par 24 h (de 8h à 8h)
Débit: environ 14 gouttes / minute

Analgésique: Pro-Dafalgan
Calcul du débit: environ 33 gouttes / minute

J'ai effectué la préparation et l'administration des perfusions aux heures respectives des prescriptions médicales.

La sous cutanée a été effectuée par l'infirmière de l'après midi.

Prescriptions non médicamenteuses :

Glycémie :

Prise de la glycémie chaque matin à jeûn afin de surveiller le diabète.

Intervention :

J'ai pris la glycémie du patient ce matin à 7h. J'ai surveillé les signes d'hypoglycémie (palpitations, sueur, sensation de faim, tremblement et troubles visuels, coma) .

Evaluation :

Le patient a une glycémie de 118 mg/dl de sang. Il ne présente aucun signe d'hypoglycémie.

Diététique :

Pendant toute l'hospitalisation, le patient reçoit un régime sans sel (car hypertension artérielle) et limité à 1800 calories, ce qui permet de stabiliser son diabète de type 2. Le patient pourra recevoir un déjeuner léger ce jour s'il a eu des gaz.

Intervention :

je demande au patient s'il a eu des gaz et je lui donne un déjeuner léger le cas échéant, je lui donne son repas de midi en m'assurant que le régime a été respecté

Evaluation :

Le patient a eu des gaz, il a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 biscottes et 1 bol de café). Il a reçu à boire hier à 22h, 2 verres d'eau. Le midi le patient a mangé la totalité de son plateau qui était un menu léger (un bol de bouillon et 2 biscottes).

Bas antithrombose :

Le patient doit porter le bas antithrombose (côté non opéré) afin de prévenir la survenue de phlébites, le second bas sera mis quand les redons seront ôtés.

Intervention :

J'ai remis le bas à la jambe non opérée du patient après la toilette, j'ai surveillé les membres inférieurs (rougeur, chaleur, douleur, gonflement)

Evaluation :

Le patient porte bien son bas et ne présente aucun signe de phlébite au membre inférieur, pulsations à 67 battements/minute et 36.3°C. Il accepte bien les bas mais les retire la nuit pour dormir.

Plaies et pansement :

La réfection du pansement est à effectuer tous les 2 jours à compter de J2 (sauf s'il est décollé).

Intervention :

Je surveille l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre. Je surveille l'état de la peau autour du pansement (rougeur, douleur, induration...).

Evaluation :

Le pansement est bien collé et la tache de sang (2cm sur 10 cm de long) n'a pas évolué. Le pansement n'a pas été refait ce jour.

Examen microscopique des urines :

Un EMU est demandé par le médecin afin de voir l'absence d'infection urinaire. Si l'examen s'avère négatif la sonde pourra être ôtée.

Intervention :

J'ai effectué un prélèvement par ponction tangentielle à la sonde, puis l'ai envoyé au laboratoire accompagné de la demande du médecin. J'ai expliqué au patient l'intérêt de ce prélèvement.

Evaluation :

Le patient a bien compris l'intérêt de l'examen. Le prélèvement a été envoyé au laboratoire à 9h00, les résultats sont revenus négatifs (Quelques leucocytes, Quelques cellules épithéliales pavimenteuses, Culture aérobie négative), la sonde a été ôtée à 11h00.

Sonde urinaire :

Intervention :

J'ai surveillé le COQA des urines, surveiller les connexions, l'absence de couture. Enlever la sonde si les résultats de l'EMU sont négatifs.

Evaluation :

Le sac contient 1400cc d'urine à 11h00, elles sont claires et inodores. La sonde a été ôtée à 11h00 après réception des résultats de l'EMU.

Kinésithérapie :

Le kinésithérapeute va assurer la rééducation et une partie de l'éducation du patient.

Intervention :

Je m'assure du passage du kinésithérapeute à la fin des soins, de la compréhension, de l'application des informations données et de l'évolution de la mobilisation du patient.

Evaluation :

Le patient a fait avec le kiné des exercices au lit (petites postures en flexion en plaçant un petit coussin sous le genou, massage du membre inférieur sans approcher la hanche opérée, contraction statique du quadriceps, fessiers)

Coussin trapézoïdal :

Intervention :

J'ai vérifié que le coussin soit placé après la toilette, que le patient l'accepte et que le membre soit en bonne position. J'ai surveillé les signes de luxation.

Evaluation :

Le patient accepte bien le coussin, le membre est rectiligne dans l'alignement et ne présente aucun signe de luxation.

Drains :

Intervention :

Je me suis assuré que l'aspiration était toujours présente, qu'il n'y ait pas de coudure, j'ai relevé le COQA de la substance drainée.

Evaluation :

Le redon A a donné 180cc (95cc depuis le relevé du jour 0) et le B a donné 5cc, l'aspiration est toujours présente, le redon A à été changé, qualité du drainage : sang frais. Il n'y a pas de problème connexions.

Prise de sang :

Une prise de sang est demandée par le médecin afin de connaître l'hématologie pour prévenir des risques de choc hypovolémique.

Intervention :

J'ai prévenu le patient que j'allais lui effectuer une prise de sang, j'ai effectué le prélèvement et je l'ai envoyé au laboratoire. J'ai surveillé les signes et symptômes de choc hypovolémique (augmentation de la fréquence cardiaque en présence d'une TA normale, débit urinaire inférieur à 30 ml/h, agitation, augmentation de la fréquence respiratoire, peau froide, moite).

Evaluation :

Le patient a bien compris l'intérêt du prélèvement. Il a été envoyé au laboratoire à 7h30. Les résultats sont revenus à 8h15 : hémoglobine à 13,7 g/dl (Norme : 13 à 18 g/dl), hématocrite à 47,9% (norme : 42 à 54 %). Le patient ne présente aucun signe de choc hypovolémique, il a une fréquence cardiaque de 68 pulsations /min, et une TA de 11/7 cm de Hg, son débit urinaire est supérieur à 30 ml/h -> 1100 cc /20h, il n'est pas agité, il a une fréquence respiratoire de 17 mouvements par minute, sa peau est tiède.

Etude des besoins perturbés :

Besoin de se mouvoir :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se mobiliser dans le lit liée aux appareillages, à la fatigue, à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient restera en décubitus dorsal et aura une position confortable, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai mis à proximité du patient tous les objets dont il pourrait avoir l'utilité (sonnette, télécommande, table de nuit).

➤ *Evaluations :*

Le patient a respecté sa position de décubitus dorsal, il sonne régulièrement pour l'aider à lui mobiliser la jambe quand il souhaite se déplacer dans le lit.

Besoin d'éviter les dangers :

➤ *Problèmes :*

Risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale, la présence d'un cathéter, de redons, d'une sonde vésicale.

➤ *Objectifs :*

Le patient ne présentera aucun signe d'infection, il restera apyrétique, n'aura ni douleur, ni rougeur, ni gonflement, jusqu'à la fin de son hospitalisation.

➤ *Interventions :*

J'ai pris la température corporelle

J'ai vérifié le point de ponction de la perfusion et la peau autour afin de déceler des rougeurs, de la chaleur, de la douleur ou un gonflement. J'ai vérifié que la perfusion coulait bien (débit et reflux) et j'ai expliqué au patient qu'il faut éviter toute traction et de couder la tubulure.

J'ai vérifié l'état du pansement.

➤ *Evaluations :*

Le patient est resté apyrétique toute la journée (8h : 36,3°C ; 14h : 36,5°C ; 20h : 36,1°C), il ne présente aucune rougeur, ni douleur, ni chaleur ni gonflement, la perfusion coule bien (débit à 14gtes/min) et présente un reflux. Le pansement de la plaie est bien collé, la tache de sang n'a pas évoluée.

➤ Problèmes :

Risque de luxation liée à une mauvaise mobilisation de la jambe opérée ou à un mauvais mouvement.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de luxation ce jour et gardera son membre dans une bonne position.

➤ Interventions :

J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

➤ Evaluations :

Le patient suit les directives données. Les manipulations du patient n'ont posé aucun problème. Le patient ne présente aucun signe de luxation.

➤ Problèmes :

Risque de phlébite liée à l'immobilité et à l'intervention.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement dans les membres inférieurs) ce jour.

➤ Interventions :

J'ai vérifié que le bas anti-thrombose (bas de Kendall) (P.M.) soit mis à la jambes non opérée. J'ai surveillé des membres inférieurs afin d'observer la présence de signe de phlébite

➤ Evaluations :

Les extrémités des membres sont tièdes, sans œdèmes ni gonflement, sans rougeur et sans douleur, pulsations à 67 battements/minute et 36.3°C..

➤ Problèmes :

Risque d'altération à l'intégrité de la peau liée à l'immobilité

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucune altération de la peau au niveau des points d'appui ce jour.

➤ Interventions :

J'ai réalisé des frictions au dermalex au niveau du dos, du siège, des talons et des coudes lors de la toilette. Je me suis assuré que la literie était sèche et bien tendue. J'ai mis un matelas mousse

➤ Evaluations :

Le patient ne présente aucune rougeur

Besoin de boire et manger :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à manger seul au lit liée aux appareillages, à la fatigue, à la douleur et à l'immobilité.

➤ *Objectifs :*

Le patient recevra ses repas et sera installé confortablement pour les manger, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai mis le patient en position semi-assise avant les repas, je lui ai amené le plateau. J'ai laissé à portée de main sa bouteille d'eau.

➤ *Evaluations :*

Le patient a eu des gaz, il a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 biscottes et 1 bol de café). Il a reçu à boire hier à 22h, 2 verres d'eau. Le midi le patient a mangé la totalité de son plateau qui était un menu léger (un bol de bouillon et 2 biscottes). Il a bu 1,2 litres d'eau durant la journée

Besoins d'être propre et de protéger ses téguments :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se prendre en charge pour sa toilette liée à l'intervention chirurgicale, aux appareillages (sonde, drains, perfusions), à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient participera à la réalisation de sa toilette en lavant la partie supérieure de son corps (visage, cou, bras, torse), ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai réalisé une toilette complète au lit en faisant participer et en stimulant le patient

J'ai réalisé les soins complémentaires (brossages de dents, coiffure, frictions au point d'appui : coude, siège, omoplate)

➤ *Evaluations :*

Le patient s'est lavé le visage seul. J'ai effectué le reste de la toilette. Il se sentait propre et rafraîchi après la toilette. Le patient s'est brossé les dents, seul et s'est coiffé, seul. Il n'a pas de rougeur au point d'appui.

Besoins de se vêtir et de se dévêtir :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se vêtir et à se dévêtir seul, liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages (sonde, drains, perfusions), à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient participera à son habillage, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai aidé le patient à se vêtir en lui passant la perfusion et en lui présentant les orifices de la tête et des bras, et j'ai mis moi-même le pantalon au patient.

➤ *Evaluations :*

Le patient n'a pas du tout participé, j'ai dû l'habiller entièrement.

Besoin d'apprendre :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Education du patient liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages (sonde, drains, perfusions), à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient recevra ce jour les informations nécessaires à sa mobilisation et recevra toutes les informations sur ces appareillages.

➤ *Interventions :*

J'ai éduqué le patient en lui indiquant ne pas croiser les jambes, de ne pas dormir sur le cote opéré, de garder sa jambe dans l'axe du corps (aidé par un coussin trapézoïdal sur prescription médicale).

Je lui ai rappelé qu'il devait mettre un coussin entre ses jambes pour se tourner sur le coté.

J'ai répondu à toutes les questions qu'il se posait sur son intervention ou sur les appareillages, je lui ai rappelé qu'il pouvait s'il le souhaitait relire la brochure qui lui a été remise à son entrée.

➤ *Evaluations :*

Le patient a compris toutes les informations reçues et fait très attention à sa jambe durant ses mobilisations au lit.

C. Jour 2

Médicaments :

➤ *Tenormin Mitis 50 mg: 1 comprimé à 8h*
Evaluation : le patient présente une tension artérielle de 13/8 cm de Hg, ses extrémités sont colorées et non froides.

➤ *Zyloric 300 mg: 1 comprimé à 8h*
Evaluation : le patient ne présente aucune douleur articulaire, et aucun effet secondaire

➤ *Clexane 40 mg: 1 ampoule seringue à 18h*
Evaluation : aucun signe de phlébite sur les membres inférieurs et aucun signe d'effet secondaire. Pulsation : 72 battements par minute, Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,0°C ; 14h : 36,4°C ; 20h : 36,2°C)

➤ *Pro-dafalgan 2g: 2 g à 6h et 12h.*
Evaluation : Avant 6 heures, il évaluait sa douleur à 2. Après avoir reçu son injection, son évaluation s'est ramenée à 1 (et ce jusqu'à 18h. Pas de signe d'effet secondaire, pulsation : 67 battements par minute.

La perfusion a été ôtée après le pro-dafalgan de 12h et on lui donne donc du Contramal 50 mg à 18h et à 21h

Nom - famille	Indications Contre indications	Voie D'adm	Posologie	Surveillances
Contramal 50 mg antidouleur	Ind: Traitement de la douleur aiguë C/I: intoxication alcoolique	Per-os	1 comprimé à 18h et 21h	E.A: voir si douleur et l'évaluer (oralement ou échelle numérique) Eval : il évalue sa douleur à 1 sur l'échelle numérique avant de recevoir son comprimé et à 0 une heure après. E.S: voir si nausée, vertiges, tremblements, somnolence, bouffée de chaleur, surveiller l'état de la bouche (sécheresse) Eval : aucun signe

Programme de perfusion:

Entretien: 1000 ml de NaCl 0,9% par 24 h (de 8h à 8h)

Débit: environ 14 gouttes / minute

Analgésique: Pro-Dafalgan

Calcul du débit: environ 33 gouttes / minute

J'ai effectué la préparation et l'administration des perfusions aux heures respectives des prescriptions médicales.

J'ai retiré les perfusions à midi sur prescription médicale.

La sous cutanée a été effectuée par l'infirmière de l'après midi.

Prescriptions non médicamenteuses :

Diététique :

Pendant toute l'hospitalisation, le patient reçoit un régime sans sel et limité à 1800 calories, ce qui permet de stabiliser son diabète de type 2.

Intervention :

je demande au patient s'il a eu des gaz et je lui donne un déjeuner, à midi je m'assure que son plateau comporte bien un menu désodé et à 1800 calories.

Evaluation :

Le patient a eu des gaz le matin, il a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 tartines et 1 bol de café). Le patient a reçu son repas de midi qu'il a entièrement mangé.

Glycémie :

Prise de la glycémie chaque matin à jeûn afin de surveiller le diabète.

Intervention :

J'ai pris la glycémie du patient ce matin à 7h. J'ai surveillé les signes d'hypoglycémie (palpitations, sueur, sensation de faim, tremblement et troubles visuels, coma) et d'hyperglycémie (soif intense, pollakiurie, fatigue, amaigrissement)

Evaluation :

Le patient a une glycémie de 109 mg/dl de sang. Il ne présente aucun signe d'hypo ou d'hyperglycémie.

Bas antithrombose :

Le patient doit porter le bas antithrombose, coté non opéré, afin de prévenir la survenue de phlébites

Intervention :

J' ai remis le bas à la jambe du patient après la toilette, j'ai surveillé les membre inférieurs (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, pulsations, température).

Evaluation :

Le patient porte bien son bas et ne présente aucun signe de phlébite au membre inférieur, pulsations à 67 battements/minute et 36.3°C. Il accepte bien les bas mais les retire la nuit pour dormir.

Plaies et pansement :

La réfection du pansement est à effectuer ce jour après le passage du médecin

Intervention :

Je surveille l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre. J'attends le passage du médecin pour effectuer la réfection du pansement (désinfection à l'hibidil, sécher et recouvrir avec des compresses et du fixomull) Je surveille l'état de la peau et la plaie (rougeur, douleur, induration...).

Evaluation :

Le pansement était bien collé. Le pansement a été refait après la toilette, la plaie est propre, non oedématiée, il n'y a aucun signe d'infection localisée.

Kinésithérapie :

Le kinésithérapeute, avec ma participation, effectuer le premier lever

Intervention :

Je m'assure du passage du kinésithérapeute à la fin des soins, de la compréhension, de l'application des informations données et de l'évolution de la mobilisation du patient.

Evaluation :

Le patient a fait avec le kiné des exercices au lit (petites postures en flexion en plaçant un petit coussin sous le genou, massage du membre inférieur sans approcher la hanche opérée, contraction statique du quadriceps, fessiers) et a réalisé le premier lever.

Radiographie de contrôle :

Une radio de contrôle est demandée par le médecin afin de vérifier le bon positionnement et le bon scellement de la prothèse et ainsi effectuer le premier lever.

Intervention :

Je me suis assuré que la demande soit bien descendue à la radio et je m'assure que les soins soient terminés quand on vient le chercher pour passer sa radio. J'ai vérifié que le protocole de la radio soit amené dans le service et que le médecin la consulte.

Evaluation :

La demande de radio a été envoyée à 7h30. Le patient avait terminé ses soins au moment où on est venu le chercher pour la radio. Il est revenu avec la radio et le protocole, le médecin l'a vu lors de son passage, la prothèse est bien scellée et ne présente aucune malformation. Le premier lever sera effectué ce jour.

Premier lever sans appui :

Intervention :

J'effectue le premier lever lors du passage du kinésithérapeute. Je prends la tension artérielle, et je m'assure que le patient n'ait pas de vertige, je le laisse au fauteuil durant 10 minutes avant de le remettre au lit.

Evaluation :

Le patient a une tension artérielle de 12/7 cm de hg et ne présente pas de vertige quand il est assis au bord du lit. Il se sentait bien au fauteuil et est resté 30 minutes avant de demander à se recoucher.

Coussin trapézoïdal :

Intervention :

J'ai vérifié que le coussin soit placé après la toilette et après que le patient revienne au lit. J'ai vérifié que le membre soit en bonne position. J'ai surveillé les signes de luxation.

Evaluation :

Le patient accepte bien le coussin, le membre est rectiligne dans l'alignement et ne présente aucun signe de luxation.

Drains :

Intervention :

Je me suis assuré que l'aspiration était toujours présente, qu'il n'y ait pas de coudure, j'ai relevé le COQA de la substance drainée.

Evaluation :

Le redon A a donné 30cc (en 24 h) et le B a donné 5cc (inchangé en 24 h), l'aspiration est toujours présente, qualité du drainage : serro-sanguin.. Il n'y a pas de problème connexions, ni de coudure.

Prise de sang :

Une prise de sang est demandée par le médecin afin de connaître l'hématologie pour prévenir des risques de choc hypovolémique. Et ôter la perfusion en fonction des résultats

Intervention :

J'ai prévenu le patient que j'allais lui effectuer une prise de sang ce jour, j'ai effectué le prélèvement et je l'ai envoyé au laboratoire. J'ai surveillé les signes et symptômes de choc hypovolémique (augmentation de la fréquence cardiaque en présence d'une TA normale, agitation, augmentation de la fréquence respiratoire, peau froide, moite). Demander au médecin de regarder les résultats afin de savoir si on peut enlever la perfusion.

Evaluation :

Le patient a bien compris l'intérêt du prélèvement. Il a été envoyé au laboratoire à 7h30. Les résultats sont revenus à 8h00 : hémoglobine à 13,3 g/dl (Norme : 13 à 18 g/dl), hématokrite à 44,5% (norme : 42 à 54 %). Le patient ne présente aucun signe de choc hypovolémique, il a une fréquence cardiaque de 67 pulsations /min, et une TA de 13/8 cm de Hg, il n'est pas agité, il a une fréquence respiratoire de 15 mouvements par minute, sa peau est tiède.

La perfusion a été ôtée après la perfusion de pro-dafalgan de midi.

Etude des besoins perturbés :

Besoin de se mouvoir :

➤ **Signes de dépendance :**

Intervention chirurgicale, les appareillages (sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ **Problèmes :**

Incapacité du patient à se mobiliser dans le lit et de se déplacer du lit au fauteuil liée aux appareillages, à la fatigue, à la douleur.

➤ **Objectifs :**

Le patient effectuera son premier lever sans appui ce jour et sera installé au fauteuil durant 10 minutes.

➤ **Interventions :**

J'ai mis à proximité du patient tous les objets dont il pourrait avoir l'utilité (sonnette, télécommande, table de nuit, urinal), j'ai répondu à la sonnette dès que le patient en a besoin. J'ai effectué le premier lever avec l'aide de kinésithérapeute.

➤ **Evaluations :**

Le patient est resté 30 minutes au fauteuil, il se dit bien installé, je suis allé le remettre au lit dès qu'il l'a souhaité il avait tout à disposition (sonnette, urinal...).

Besoin d'éviter les dangers :

➤ **Problèmes :**

Risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale, la présence d'un cathéter, de redons, d'une sonde vésicale.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe d'infection, il restera apyrétique, n'aura ni douleur, ni rougeur, ni gonflement jusqu'à la fin de son hospitalisation.

➤ Interventions :

J'ai pris la température corporelle

J'ai vérifié le point de ponction de la perfusion et la peau autour afin de déceler des rougeurs, de la chaleur, de la douleur ou un gonflement. J'ai vérifié que la perfusion coulait bien (débit et reflux) et j'ai expliqué au patient qu'il faut éviter toute traction et de couder la tubulure. J'ai attendu les résultats de la prise de sang pour enlever la perfusion (sur PM).

J'ai effectué la réfection du pansement.

➤ Evaluations :

Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,0°C ; 14h : 36,4°C ; 20h : 36,2°C), il ne présente aucune rougeur, ni douleur, ni chaleur ni gonflement, la perfusion coule bien (débit à 14gtes/min) et présente un reflux. Le pansement de la plaie est bien collé, la plaie est propre et non oedématiée. La perfusion a été ôtée à midi

➤ Problèmes :

Risque de luxation liée à une mauvaise mobilisation de la jambe opérée ou à un mauvais mouvement.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de luxation ce jour, il gardera son membre dans une bonne position et ne subira pas de mauvais mouvements durant le premier lever.

➤ Interventions :

J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

➤ Evaluations :

Le patient suit les directives données. Les manipulations du patient n'ont posé aucun problème. Le patient ne présente aucun signe de luxation.

➤ Problèmes :

Risque de phlébite liée à l'immobilité et à l'intervention.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement dans les membres inférieurs) ce jour.

➤ Interventions :

J'ai vérifié que le bas anti-thrombose (bas de Kendall) (P.M.) soit mis a la jambes non opérée. J'ai surveillé des membres inférieurs afin d'observer la présence de signe de phlébite

➤ *Evaluations :*

Les extrémités des membres sont tièdes, sans œdèmes ni gonflement, sans rougeur et sans douleur.

➤ *Problèmes :*

Risque d'altération à l'intégrité de la peau liée à l'immobilité

➤ *Objectifs :*

Le patient ne présentera aucune altération de la peau au niveau des points d'appui ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai réalisé des frictions au dermalex au niveau du dos, du siège, des talons et des coudes lors de la toilette. Je me suis assuré que la literie était sèche et bien tendue.

➤ *Evaluations :*

Le patient ne présente aucune rougeur

Besoin de boire et manger :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à manger seul au lit liée aux appareillages, à la fatigue, à la douleur et à l'immobilité.

➤ *Objectifs :*

Le patient recevra ses repas et sera installé confortablement pour les manger, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai mis le patient en position semi assise avant les repas, je lui ai amené le plateau. J'ai laissé à portée de main sa bouteille d'eau.

➤ *Evaluations :*

Le patient a eu des gaz, il a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 biscottes et 1 bol de café). Le midi le patient a mangé la totalité de son plateau. Il a bu 1,5 litres d'eau durant la journée

Besoins d'être propre et de protéger ses téguments :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se prendre en charge pour sa toilette liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages (sonde, drains, perfusions), à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient participera à la réalisation de sa toilette en lavant la partie supérieure de son corps (visage, cou, bras, torse), ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai réalisé une aide toilette au lit en faisant participer et en stimulant le patient.

J'ai réalisé les soins complémentaires (brossages de dents, coiffure, frictions au point d'appuis : coude, siège, omoplate)

➤ *Evaluations :*

Le patient s'est lavé le visage, le torse et les bras et la partie intime, seul. J'ai effectué le reste de la toilette. Le patient s'est brossé les dents, seul et s'est coiffé, seul. Il n'a pas de rougeur au point d'appui.

Besoins de se vêtir et de se dévêtir :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se vêtir et à se dévêtir seul, liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages (sonde, drains, perfusions), à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient participera à son habillage, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai aidé le patient à se vêtir en lui passant la perfusion et en lui présentant les orifices de la tête et des bras, et j'ai mis moi-même le pantalon au patient

➤ *Evaluations :*

Le patient s'est habillé seul la partie supérieure du corps, j'ai juste mis son pantalon.

Besoin d'éliminer :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue, l'immobilité

➤ *Problèmes :*

Le patient est, ce jour, incapable de se rendre seul à la toilette.

➤ *Objectifs :*

Le patient réalisera au moins 5 mictions par jour.

➤ *Interventions :*

J'ai mis l'urinal à disposition du patient, un membre du personnel soignant se rendra dans la chambre dès que le patient sonnera pour avoir le bassin de lit, le patient boira au moins 1,5L d'eau, J'ai laissé à portée de main sa bouteille d'eau

➤ *Evaluations :*

Le patient n'est pas allé à selle, il a réalisé 6 mictions durant le journée, les urines sont lipidiques, claires et non odorantes.

Besoin d'apprendre :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale, les appareillages(sonde, drains, perfusions), la douleur, la fatigue

➤ *Problèmes :*

Le patient ne sait pas comment se réalisera son premier lever et ne sait pas comment il se mobilisera du lit au fauteuil, liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages, à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient recevra ce jour les informations nécessaires à sa mobilisation, à son premier lever et recevra toutes les informations sur ces appareillages.

➤ *Interventions :*

J'ai rappelé au patient les gestes interdits (rotation interne, adduction, flexion). Je lui ai expliqué l'intérêt des P.M. (coussin, perfusion, le premier lever, le manque d'appui sur mon membre opéré ...), je lui ai indiqué que son premier lever serait effectué avec le kinésithérapeute.

Je lui ai expliqué qu'il devait utiliser sa jambe non opérée pour mobiliser sa jambe opérée en la glissant en dessous, qu'il devait utiliser le perroquet pour s'asseoir au lit.

➤ *Evaluations :*

Le patient a compris toutes les informations reçues et fait très attention à sa jambe durant ses mobilisations et respecte bien l'absence d'appui lors de la mobilisation du lit au fauteuil.

D. Jour 3

Médicaments :

- *Tenormin Mitis 50 mg: 1 comprimé à 8h*
Evaluation : le patient présente une tension artérielle de 13/7 cm de Hg, ses extrémités sont colorées et non froides.
- *Zyloric 300 mg: 1 comprimé à 8h*
Evaluation : le patient ne présente aucune douleur articulaire, et aucun effet secondaire
- *Clexane 40 mg: 1 ampoule seringue à 18h*
Evaluation : aucun signe de phlébite sur les membres inférieurs et aucun signe d'effet secondaire. Pulsation : 70 battements par minute, Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,1°C ; 14h : 36,4°C ; 20h : 36,3°C)
- *Contramal 50 mg: 1 comprimé à 8h, 12h puis **stoppé**.*
Evaluation : le patient a évalué sa douleur à 0 sur l'échelle numérique toute la journée et ne présente aucun signe d'effet secondaire.

Prescriptions non médicamenteuses :

Diététique :

Pendant toute l'hospitalisation, le patient reçoit un régime sans sel et limité à 1800 calories, ce qui permet de stabiliser son diabète de type 2.

Intervention :

Je lui donne le plateau de son déjeuner, à midi je m'assure que son plateau comporte bien un menu désodé et à 1800 calories.

Evaluation :

Le patient a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 tartines et 1 bol de café). Le patient a reçu son repas de midi qu'il a entièrement mangé.

Glycémie :

Prise de la glycémie chaque matin à jeûn afin de surveiller le diabète.

Intervention :

J'ai pris la glycémie du patient ce matin à 7h. J'ai surveillé les signes d'hypoglycémie (palpitations, sueur, sensation de faim, tremblement et troubles visuels, coma) et d'hyperglycémie (soif intense, pollakiurie, fatigue, amaigrissement)

Evaluation :

Le patient a une glycémie de 103 mg/dl de sang. Il ne présente aucun signe d'hypo ou d'hyperglycémie.

Bas antithrombose :

Le patient doit porter le bas antithrombose, coté non opéré, afin de prévenir la survenue de phlébites, le second bas sera mis après ablation des redons (PM).

Intervention :

J'ai remis le bas à la jambe du patient après la toilette, j'ai surveillé les membres inférieurs (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, pulsations, température) et j'ai remis le bas à la jambe opérée après ablations des redons.

Evaluation :

Le patient porte bien son bas et ne présente aucun signe de phlébite au membre inférieur, pulsations à 70 battements/minute et 36.0°C.

Plaies et pansement :

La réfection du pansement est à effectuer avec l'enlèvement des redons.

Intervention :

Je surveille l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre. J'attends le passage du médecin pour effectuer la réfection du pansement (désinfection à l'alcool et recouvrir avec des compresses et du fixomull) Je surveille l'état de la peau et la plaie (rougeur, douleur, gonflement, induration...).

Evaluation :

Le pansement était bien collé. Le pansement a été refait après la toilette, en même temps que l'ablation de redons, la plaie est propre, non oedématiée, il n'y a aucun signe d'infection.

Kinésithérapie :

Le kinésithérapeute va assurer la rééducation de la marche du patient.

Intervention :

Je m'assure du passage du kinésithérapeute à la fin des soins, de la compréhension, de l'application des informations données et de l'évolution de la mobilisation du patient.

Evaluation :

Le patient a fait avec le kiné des exercices au lit (mouvement d'abduction, d'extension, et de flexion de hanche) puis il a marché avec la tribune dans la chambre (environ 15m).

Marche sans appui :

Intervention :

J'ai expliqué au patient qu'il allait se lever pour marcher avec le kinésithérapeute mais qu'il ne pourrait pas prendre appui sur son membre opéré afin d'éviter la luxation et le descellement de la prothèse.

Evaluation :

Le patient a marché dans sa chambre avec le patient qui a respecté la prescription, le patient a bien compris l'intérêt d'éviter l'appui du membre opéré.

Coussin trapézoïdal :

Intervention :

J'ai vérifié que le coussin soit placé quand le patient revient au lit. J'ai vérifié que le membre soit en bonne position. J'ai surveillé les signes de luxation.

Evaluation :

Le patient accepte bien le coussin, le membre est rectiligne dans l'alignement et ne présente aucun signe de luxation.

Ablation des drains de redons :

Intervention :

J'ai relevé le COQA de la substance drainée, j'ai expliqué au patient la méthode pour enlever ses drains, avant de les ôter.

Evaluation :

Le redon A n'a rien donné et contient toujours 30cc, le B est toujours à 5cc, qualité du drainage : serro-sanguin. Le patient a bien compris ce que j'allais faire, il n'a pas ressenti de douleur et se sent soulagé et «libéré» pour ses mobilisation.

Prise de sang :

Une prise de sang est demandée par le médecin afin de connaître l'hématologie pour prévenir des risques de choc hypovolémique.

Intervention :

J'ai prévenu le patient que j'allais lui effectuer une prise de sang ce jour, je lui ai expliqué l'intérêt de ces prélèvements quotidiens. J'ai effectué le prélèvement et je l'ai envoyé au laboratoire. J'ai surveillé les signes et symptômes de choc hypovolémique

(augmentation de la fréquence cardiaque en présence d'une TA normale, agitation, augmentation de la fréquence respiratoire, peau froide, moite). J'ai Demandé au médecin de regarder les résultats afin de savoir si on peut enlever la perfusion.

Evaluation :

Le patient a bien compris l'intérêt du prélèvement. Il a été envoyé au laboratoire à 7h30. les résultats sont revenus à 8h15 : hémoglobine à 14,1 g/dl (Norme : 13 à 18 g/dl), hématocrite à 45,5% (norme : 42 a 54 %). Le patient ne présente aucun signe de choc hypovolémique, il a une fréquence cardiaque de 70 pulsations /min, et une TA de 13/7 cm de Hg, il n'est pas agité, il a une fréquence respiratoire de 16 mouvements par minute, sa peau est tiède.

Etude des besoins perturbés :

Besoin de se mouvoir :

➤ ***Signes de dépendance :***

Intervention chirurgicale, les appareillages(drains), la douleur, la fatigue

➤ ***Problèmes :***

Incapacité du patient à se mobiliser dans le lit et à se déplacer du lit au fauteuil liée aux drains, à la fatigue, à la douleur.

➤ ***Objectifs :***

Le patient sera levé au fauteuil après la réfection de son pansement et retournera au lit dès qu'il le souhaitera.

➤ ***Interventions :***

J'ai levé le patient, après la réfection de son pansement et l'enlèvement des drains de redons, avec l'aide d'une infirmière diplômée. Le kinésithérapeute est venu pour le faire marcher dans la chambre avec la tribune. J'ai mis la sonnette, l'urinal, son verre et la bouteille d'eau à sa disposition.

➤ ***Evaluations :***

Le patient a marché dans la chambre avec la tribune avec l'aide du kinésithérapeute (environ 15m), puis est resté au fauteuil jusqu'en début d'après midi (13h30).

Besoin d'éviter les dangers :

➤ ***Problèmes :***

Risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale, la présence de redons.

➤ ***Objectifs :***

Le patient ne présentera aucun signe d'infection, il restera apyrétique, n'aura ni douleur, ni rougeur, ni gonflement jusqu'à la fin de son hospitalisation.

➤ ***Interventions :***

J'ai pris la température corporelle

J'ai effectué la réfection du pansement et l'ablation des redons.

➤ ***Evaluations :***

Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,0°C ; 14h : 36,4°C ; 20h : 36,2°C). Le pansement de la plaie est bien collé, la plaie est propre et non oedématiée, l'orifice des redons est propre, non rouge et indolore.

➤ ***Problèmes :***

Risque de luxation liée à une mauvaise manipulation de la jambe opérée ou à un mauvais mouvement.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de luxation ce jour, il gardera son membre dans une bonne position et ne subira pas de mauvais mouvements durant les exercices et la marche avec la tribune.

➤ Interventions :

J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

➤ Evaluations :

Le patient suit les directives données. Les manipulations du patient n'ont posé aucun problème. Le patient ne présente aucun signe de luxation.

Le patient n'a pas pris appui sur son membre opéré durant la marche en chambre

➤ Problèmes :

Risque de phlébite liée à l'immobilité et à l'intervention.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement dans les membres inférieurs) ce jour.

➤ Interventions :

J'ai surveillé les membres inférieurs afin d'observer la présence de signe de phlébite

➤ Evaluations :

Les extrémités des membres sont tièdes, sans œdèmes ni gonflement, sans rougeur et sans douleur.

➤ Problèmes :

Risque d'altération à l'intégrité de la peau liée à l'immobilité

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucune altération de la peau au niveau des points d'appui ce jour.

➤ Interventions :

J'ai réalisé des frictions au dermalex au niveau du dos, du siège, des talons et des coudes lors de la toilette. Je me suis assuré que la literie était sèche et bien tendue.

➤ Evaluations :

Le patient ne présente aucune rougeur

Besoins d'être propre et de protéger ses téguments :

➤ *Signes de dépendance :*
Intervention chirurgicale, les appareillages(drains), la douleur.

➤ *Problèmes :*
Incapacité du patient à se prendre en charge pour sa toilette liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages, à la douleur.

➤ *Objectifs :*
Le patient participera à la réalisation de sa toilette en lavant la partie supérieure de son corps (visage, cou, bras, torse, partie intime), ce jour.

➤ *Interventions :*
J'ai réalisé une aide toilette au lit en faisant participer et en stimulant le patient.

➤ *Evaluations :*
Le patient s'est lavé le visage, le torse et les bras et la partie intime, seul. J'ai effectué le reste de la toilette. Le patient s'est brossé les dents, seul et s'est coiffé, seul. Il n'a pas de rougeur au point d'appui.

Besoins de se vêtir et de se dévêtir :

➤ *Signes de dépendance :*
Intervention chirurgicale, les appareillages(drains), la douleur.

➤ *Problèmes :*
Incapacité du patient à se vêtir et à se dévêtir seul, liée à Intervention chirurgicale, aux appareillages (drains).

➤ *Objectifs :*
Le patient participera à son habillage, ce jour.

➤ *Interventions :*
J'ai aidé le patient à se vêtir en lui mettant ses bas et son pantalon.

➤ *Evaluations :*
J'ai mis les bas du patient et il a mis son pyjama seul (haut et pantalon).

Besoin d'éliminer :

➤ *Signes de dépendance :*
Intervention chirurgicale, les appareillages(drains), l'immobilité.

➤ *Problèmes :*
Le patient est, ce jour, incapable de se rendre seul à la toilette.

➤ Objectifs :

Le patient réalisera au moins 5 mictions par jour.

➤ Interventions :

J'ai mis l'urinal à disposition du patient, un membre du personnel soignant se rendra dans la chambre dès que le patient sonnera pour avoir le bassin de lit, le patient boira au moins 1,5L d'eau, J'ai laissé à portée de main sa bouteille d'eau et son verre.

➤ Evaluations :

Le patient est allé à selle ce matin dans le bassin de lit, il a réalisé 5 mictions durant la journée, les urines sont lipidiques, claires et non odorantes. Il a bu 1,5l d'eau durant la journée.

Besoin d'apprendre :

➤ Signes de dépendance :

Intervention chirurgicale, les appareillages(drains).

➤ Problèmes :

Le patient ne sait pas comment il va marcher avec la tribune lié à l'intervention chirurgicale, aux appareillages.

➤ Objectifs :

Le patient recevra ce jour les informations nécessaires à sa mobilisation.

➤ Interventions :

J'ai rappelé au patient les gestes interdits. Je lui ai expliqué l'intérêt des P.M. (coussin, l'absence d'appui sur son membre opéré ...), je lui ai expliqué comment s'asseoir au lit et mobiliser sa jambe opérée avec la jambe saine. Je lui ai expliqué qu'il devait se servir de ses bras pour appuyer sur la tribune et avancer la tribune puis la jambe saine et enfin la jambe opérée.

Je lui ai rappelé qu'il pouvait s'il le souhaitait relire la brochure qui lui a été remise à son entrée.

➤ Evaluations :

Le patient a compris toutes les informations reçues et fait très attention à sa jambe durant ses mobilisations, la marche et respecte bien l'absence d'appui lors de la mobilisation et la marche.

E. Jour 4

Médicaments : (jusqu'à la fin de l'hospitalisation)

- Tenormin Mitis 50 mg: 1 comprimé à 8h

Evaluation : le patient présente une tension artérielle de 14/7 cm de Hg, ses extrémités sont colorées et non froides.

- Zyloric 300 mg: 1 comprimé à 8h

Evaluation : le patient ne présente aucune douleur articulaire, et aucun effet secondaire

- Clexane 40 mg: 1 ampoule seringue à 18h

Evaluation : aucun signe de phlébite sur les membres inférieurs et aucun signe d'effet secondaire. Pulsation : 72 battements par minute, Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,4°C ; 14h : 36,6°C ; 20h : 36,4°C)

Prescriptions non médicamenteuses :

Diététique :

Pendant toute l'hospitalisation, le patient reçoit un régime sans sel et limité à 1800 calories, ce qui permet de stabiliser son diabète de type 2.

Intervention :

Je lui donne le plateau de son déjeuner, à midi je m'assure que son plateau comporte bien un menu désodé et à 1800 calories.

Evaluation :

Le patient a reçu son déjeuner et en a mangé la totalité (2 tartines et 1 bol de café). Le patient a reçu son repas de midi qu'il a entièrement mangé.

Glycémie :

Prise de la glycémie chaque matin à jeûn afin de surveiller le diabète.

Intervention :

J'ai pris la glycémie du patient ce matin à 7h. J'ai surveillé les signes d'hypoglycémie (palpitations, sueur, sensation de faim, tremblement et troubles visuels, coma) et d'hyperglycémie (soif intense, pollakiurie, fatigue, amaigrissement)

Evaluation :

Le patient a une glycémie de 109 mg/dl de sang. Il ne présente aucun signe d'hypo ou d'hyperglycémie. (J5: 97 mg/dl; J6: 100 mg/dl; J7: 89 mg/dl; J8: 99 mg/dl; J9: 102 mg/dl; J10: 99 mg/dl)

Bas antithrombose :

Le patient doit porter les deux bas antithrombose, afin de prévenir la survenue de phlébites.

Intervention :

J'ai remis les bas aux jambes du patient après la toilette, j'ai surveillé les membres inférieurs (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, pulsations, température).

Evaluation :

Le patient a remis le bas de sa jambe non opérée mais n'a pas su le mettre à la jambe opérée, je lui ai donc mis son bas. Il ne présente aucun signe de phlébite au membre inférieur, pulsations à 72 battements/minute et 36,4°C.

Pansement :

le pansement n'est pas à refaire ce jour mais à surveiller.

Intervention :

Je surveille l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre. Je surveille l'état de la peau autour du pansement (rougeur, induration, douleur, chaleur, gonflement)

Evaluation :

Le pansement était bien collé et propre. La peau ne présente ni rougeur, ni douleur, ni gonflement, ni chaleur.

Kinésithérapie :

Le kinésithérapeute va assurer la rééducation de la marche du patient.

Intervention :

Je m'assure du passage du kinésithérapeute à la fin des soins, de la compréhension, de l'application des informations données et de l'évolution de la mobilisation du patient..

Evaluation :

Le patient a fait avec le kiné des exercices au lit (mouvement d'abduction, d'extension, et de flexion de hanche) puis il a marché avec la tribune dans la chambre et le couloir (environ 30m).

Marche sans appui :

Intervention :

J'ai expliqué au patient qu'il allait se lever pour marcher avec le kinésithérapeute mais qu'il ne pourrait pas prendre appui sur son membre opéré afin d'éviter la luxation et le descellement de la prothèse.

Evaluation :

Le patient a marché dans sa chambre avec le kinésithérapeute, il a respecté la prescription et a bien compris l'intérêt d'éviter l'appui du membre opéré.

Coussin trapézoïdal :

Intervention :

J'ai vérifié que le coussin soit placé quand le patient revient au lit. J'ai vérifié que le membre soit en bonne position. J'ai surveillé les signes de luxation.

Evaluation :

Le patient accepte bien le coussin, le membre est rectiligne dans l'alignement et ne présente aucun signe de luxation.

Etude des besoins perturbés :

Besoin de se mouvoir :

➤ *Signes de dépendance :*
Intervention chirurgicale.

➤ *Problèmes :*
Incapacité du patient à se mobiliser dans le lit et de se déplacer du lit au fauteuil, seul, lié à l'intervention.

➤ *Objectifs :*
Le patient sera levé pour faire sa toilette au lavabo et retournera au lit dès qu'il le souhaitera.

➤ *Interventions :*
J'ai levé le patient avec l'aide d'une infirmière diplômée. Le kinésithérapeute est venu pour le faire marcher avec la tribune jusque dans le couloir. J'ai mis la sonnette, l'urinal, son verre et la bouteille d'eau à sa disposition.

➤ *Evaluations :*
Le patient a marché avec la tribune avec l'aide du kinésithérapeute (environ 30m), puis est resté au fauteuil jusqu'en début d'après midi (16h00).

Besoin d'éviter les dangers :

➤ *Problèmes :*
Risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale.

➤ *Objectifs :*
Le patient ne présentera aucun signe d'infection, il restera apyrétique, n'aura ni douleur, ni rougeur, ni gonflement jusqu'à la fin de son hospitalisation.

➤ *Interventions :*
J'ai pris la température corporelle
J'ai surveillé l'état du pansement, qu'il soit bien collé, propre. Je surveille l'état de la peau autour du pansement (rougeur, induration, douleur, chaleur, gonflement)

➤ Evaluations :

Le patient n'a pas présenté de température ce jour (8h : 36,4°C ; 14h : 36,6°C ; 20h : 36,4°C). Le pansement est propre et bien collé, il n'y a aucun signe d'infection au niveau de la peau.

➤ Problèmes :

Risque de luxation liée à une mauvaise mobilisation de la jambe opérée ou à un mauvais mouvement.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de luxation ce jour, il gardera son membre dans une bonne position et ne subira pas de mauvais mouvements durant les exercices et la marche avec la tribune.

➤ Interventions :

J'ai surveillé les signes de luxation (raccourcissement de la jambe du côté atteint, incapacité de bouger, rotation anormale, saillies au niveau de la région opérée, douleur).

➤ Evaluations :

Le patient suit les directives données. Les mobilisations du patient n'ont posé aucun problème. Le patient ne présente aucun signe de luxation.

Le patient n'a pas pris appui sur son membre opéré durant la marche en chambre

➤ Problèmes :

Risque de phlébite liée à l'immobilité et à l'intervention.

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucun signe de phlébite (rougeur, chaleur, douleur, gonflement dans les membres inférieurs) ce jour.

➤ Interventions :

J'ai surveillé des membres inférieurs afin d'observer la présence de signe de phlébite

➤ Evaluations :

Les extrémités des membres sont tièdes, sans œdèmes ni gonflement, sans rougeur et sans douleur.

➤ Problèmes :

Risque d'altération à l'intégrité de la peau liée à l'immobilité

➤ Objectifs :

Le patient ne présentera aucune altération de la peau au niveau des points d'appui ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai réalisé des frictions au dermalex au niveau du dos, du siège, des talons et des coudes lors de la toilette.

➤ *Evaluations :*

Le patient ne présente aucune rougeur

Besoins d'être propre et de protéger ses téguments :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale.

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se prendre en charge pour sa toilette liée à l'intervention chirurgicale, aux appareillages, à la douleur.

➤ *Objectifs :*

Le patient se lavera seul la partie supérieure du corps (visage, cou, bras, torse, partie intime), ce jour, au lavabo.

➤ *Interventions :*

J'ai réalisé une aide toilette au lavabo après avoir lavé les jambes et pieds au lit et remis les bas antithrombose.

➤ *Evaluations :*

Le patient s'est lavé seul, il restait à faire les pieds et le dos. Le patient s'est brossé les dents, seul et s'est coiffé, seul. Il n'a pas de rougeur au point d'appui.

Besoins de se vêtir et de se dévêtir :

➤ *Signes de dépendance :*

Intervention chirurgicale.

➤ *Problèmes :*

Incapacité du patient à se vêtir et à se dévêtir seul, liée à l'intervention chirurgicale, aux appareillages (drains).

➤ *Objectifs :*

Le patient participera à son habillage, ce jour.

➤ *Interventions :*

J'ai aidé le patient à se vêtir en lui mettant ses bas et son pantalon.

➤ *Evaluations :*

Le patient s'est habillé seul.

Besoin d'apprendre :

➤ *Signes de dépendance :*
Intervention chirurgicale.

➤ *Problèmes :*
Le patient ne sait pas comment il va marcher avec la tribune liée à l'intervention chirurgicale, aux appareillages.

➤ *Objectifs :*
Le patient recevra ce jour les informations nécessaires à sa mobilisation.

➤ *Interventions :*
J'ai rappelé au patient les gestes interdits. Je lui ai expliqué l'intérêt des P.M. (coussin, l'absence d'appui sur son membre opéré ...), je lui ai expliqué comment s'asseoir au lit et mobiliser sa jambe opérée avec la jambe saine. Je lui ai expliqué qu'il devait se servir de ses bras pour appuyer sur la tribune et avancer la tribune puis la jambe saine et enfin la jambe opérée.

Je lui ai expliqué comment il devait mettre ses bas seuls (en se mettant sur le côté avec un coussin entre les jambes, il met sa jambe droite et son genou en flexion afin d'atteindre son pied et glisser le bas)

Je lui ai rappelé qu'il pouvait s'il le souhaitait relire la brochure qui lui a été remise à son entrée.

➤ *Evaluations :*
Le patient a compris toutes les informations reçues et fait très attention à sa jambe durant ses mobilisations, la marche et respecte bien l'absence d'appui lors de la mobilisation et la marche.

3. Evolution de la mobilisation

Le patient a continué ses exercices de mobilisation et de marche avec le kinésithérapeute:

Cinquième jour: marche avec deux cannes dans la chambre et le couloir.

Sixième jour: marche avec une canne du côté opposé à la prothèse dans la chambre et le couloir.

Huitième jour: marche dans les escaliers avec une canne.

N.B. Intérêt des cannes: soulager l'appui, réapprendre une marche sans boiterie

Au cinquième jour le patient se déplace seul avec la tribune, il réalise également seul sa toilette au lavabo.

VI - Devenir du patient

Le patient est sorti de l'hôpital le 27 novembre. Il n'a eu aucune complication et sa rééducation se passe très bien. Le médecin lui a prescrit 60 séances de kinésithérapie.

Il est venu en consultation ce 2 décembre où on lui a fait une radiographie de contrôle qui s'est révélée satisfaisante (la prothèse n'a pas bougé et n'indique aucune luxation).

Il a eu un nouveau rendez-vous le 6 janvier 2003 et un autre pour le début de l'année 2004.

Chez lui, il doit garder les bas Kendall pendant quinze jours et il a stoppé les Clexane le 17/12, il n'a jamais présenté de signe de thrombophlébite..

Il a fait l'acquisition d'un rehausseur de toilette ...

Il a bien compris l'importance des restrictions momentanées de mobilité afin de pouvoir au plus vite retrouver une mobilité normale.

Conclusion

A l'issue de cette étude théorique et pratique, grâce aux recherches, témoignage, et analyse, je me suis rendu compte que la réalisation de ce travail m'a fait progresser dans ma réflexion professionnelle et personnelle, a permis d'enrichir ma relation avec les soignants, m'a permis de prendre conscience de l'importance de la prise en charge globale d'un patient, tant sur le plan physique que psychique

Mon stage m'a également permis de mettre en place dans le service, une analyse de la douleur ressentie par le patient à l'aide d'une échelle numérique, qui n'était jusqu'à présent réalisée que verbalement.

J'ai également voulu démontrer la nécessité de l'information pré-opératoire, et selon La Charte du Patient Hospitalisé, « L'information donnée au patient doit être accessible et loyale ».

Certes, l'exercice de notre profession nous fait nécessairement progresser dans un savoir, un savoir-faire et un savoir-être qui s'approfondiront avec de la pratique et de l'expérience. Cependant, dans notre métier, rien n'est tout à fait mécanique, et pour réaliser de bons soins, il faut toujours ce sens du devoir que l'on appelle la conscience professionnelle.

Pendant mon stage je peux donc dire que j'ai atteint mon objectif car le patient a bien vécu son hospitalisation, il a participé activement à sa rééducation et a suivi les conseils du kinésithérapeute et de l'équipe soignante.

Cela m'a permis de constater que le rôle de l'infirmier est primordial chez ce type de patient.

De plus la corrélation entre les différentes catégories professionnelles (médecin, kinésithérapeute, aide soignante...) s'est avérée être nécessaire pour atteindre le but final du patient, à savoir, retrouver l'usage complet de son articulation.

Bibliographie

Auteur : Mmes Clospain, Hallot
Titre : Principes de soins infirmiers chirurgie
Sous titre : 2^{ème} année Infirmier(e) Hospitalier(e)
Lieu d'édition : Hornu
Nom de l'éditeur : s.é.
Année d'édition : année scolaire 2000-2001
Nombre de pages : 60 pages

Auteur : Mme Amorelli
Titre : Pathologie chirurgicale
Sous titre : 2^{ème} année Infirmier(e) Hospitalier(e)
Lieu d'édition : Hornu
Nom de l'éditeur : s.é.
Année d'édition : année scolaire 2000-2001
Nombre de pages : 96 pages

Auteur : Mme Brunin
Titre : Psychologie
Sous titre : 2^{ème} année Infirmier(e) Hospitalier(e)
Lieu d'édition : Hornu
Nom de l'éditeur : s.é.
Année d'édition : année scolaire 2000-2001
Nombre de pages : 56 pages

Auteur : Michel Leporrier
Titre de l'article: La prothèse de hanche
Nom de l'encyclopédie: L'encyclopédie médicale Hamburger
Lieu d'édition : Paris
Nom de l'éditeur : Flammarion Médecine
Numéro du volume : Tome 2
Année d'édition : 2001
Nombre de pages : 1895 pages

Auteur : [Victor Simon](#)
Titre : La prothèse de hanche
Lieu d'édition : Paris
Nom de l'éditeur : éditions Masson
Année d'édition : 1997
Nombre de pages : 239 pages

Auteur : Lynda Juall Carpenito
Titre : Manuel de diagnostic infirmier
Sous titre : 5ème édition
Lieu d'édition : Paris
Nom de l'éditeur : InterEditions
Année d'édition : 1995
Nombre de pages : 610 pages

Auteur : XXX
Titre : Compendium
Sous titre : Association générale de l'industrie du médicament
Lieu d'édition : Bruxelles
Nom de l'éditeur : Association générale de l'industrie du médicament
Année d'édition : 2000
Nombre de pages : 1968 pages

Nom du site : <http://www.planete-ortho.com>
Auteur : Yves VOLLETTE
Titre : La prothèse totale de hanche
Sous titre : PTH
Date de recherche : 09 octobre 2002

Nom du site : <http://www.hanche-genou.com>
Auteur : Docteur Jean-Jacques GUEST
Titre : CHIRURGIE DE LA HANCHE
Date de recherche : 09 octobre 2001

Nom du site : <http://www.maitrise-orthop.com/>
Auteur : Christian DELAUNAY
Titre : PROTHESE TOTALE DE CHARNLEY
Date de recherche : 09 octobre 2001

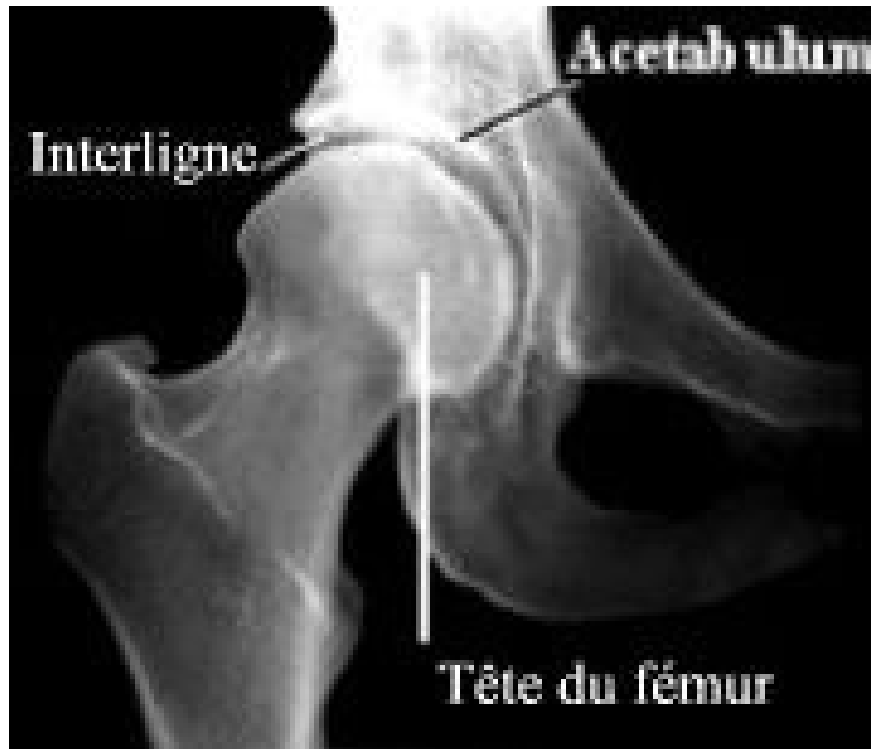
Nom du site : <http://www.croix-saint-simon.org/>
Auteur : Docteur Luc Lhotellier
Titre : Comprendre : la prothèse totale de hanche
Date de recherche : 09 octobre 2001

Nom du site : <http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur/>
Auteur : Docteur Cécile Vigier
Titre : La douleur postopératoire
Date de recherche : 18 novembre 2001

Nom du site : <http://www.douleur.com.fr/>
Auteur : XXX
Titre : Evaluation de la douleur
Sous titre : patients adultes
Date de recherche : 18 novembre 200

ANNEXES

Anatomie de la hanche saine :



Radiographie d'une hanche avec coxarthrose :



Radiographie de luxation de prothèse :



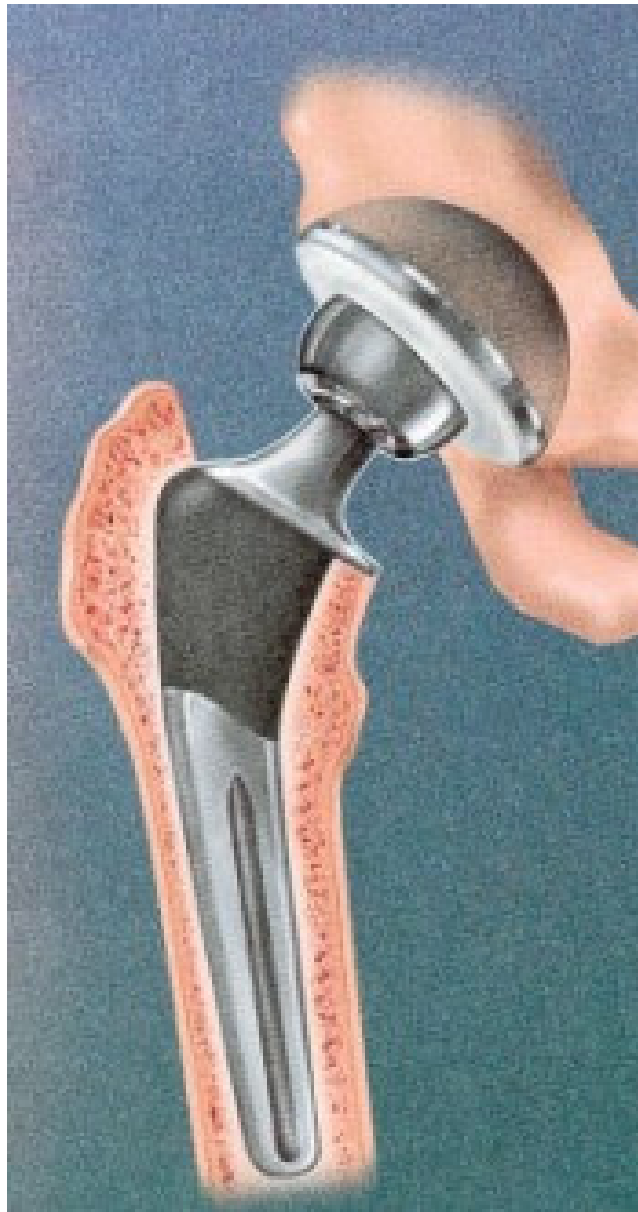
Différents type de prothèse :



Radiographie d'une prothèse totale de hanche :



Coupe Transversale d'une hanche avec prothèse :



Echelle d'évaluation numérique de la douleur :



Livret d'information sur la douleur :

La douleur
n'est pas
une fatalité.

La douleur se prévient.
La douleur se traite.

Traiter votre
douleur,
c'est possible.



Dans cet établissement, les équipes soignantes
s'engagent à prendre en charge votre douleur et à vous
donner toutes les informations utiles.

La douleur n'est pas une fatalité.

Supporter la douleur ne permet pas de mieux lui résister. Les douleurs altèrent le confort et la qualité de vie. Elles diminuent votre énergie et retentissent sur votre vie quotidienne.

On peut la prévenir.

La prise en charge de la douleur doit être une préoccupation quotidienne des équipes soignantes. Après une intervention chirurgicale, pendant un examen douloureux, avant une situation qui peut entraîner une douleur (transport, séance de rééducation...), vous devez être prévenu qu'une douleur peut survenir.

On peut la traiter.

Traiter la douleur, cela peut prendre du temps. C'est contribuer à retrouver le bien-être, l'appétit, le sommeil, l'autonomie et se retrouver avec les autres.

Avoir mal, ce n'est pas normal.

La douleur n'existe pas sans raison, ne la laissez pas s'installer. N'hésitez pas à en parler, votre médecin en cherchera les causes. Il n'y a pas une mais des douleurs qui se distinguent par leur origine, leur durée, leur intensité... La souffrance morale augmente les douleurs. Parlez-en à l'équipe soignante.

Tout le monde ne réagit pas de la même façon à la douleur.

Alors, parlons-en ensemble.

Traiter votre douleur, c'est possible si vous en parlez.

Aidez l'équipe soignante qui vous prend en charge à traiter votre douleur.

Nous ne pouvons rien faire sans votre concours. Pour un enfant ou un membre de votre famille, l'entourage peut aider à la prise en charge de la douleur.

Traiter la douleur, c'est possible.

Nous mettrons en œuvre tous les moyens à notre disposition pour la soulager, même si nous ne pouvons pas garantir l'absence totale de douleur.

Les médicaments :

Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent.

Il existe plusieurs types d'antalgiques (paracétamol, aspirine...). La morphine et ses dérivés sont les plus puissants d'entre eux. Un traitement par la morphine pourra toujours être interrompu si la cause de vos douleurs disparaît, et vous ne courez aucun risque de devenir dépendant vis-à-vis de la morphine.

D'autres médicaments (antimigraineux, anti-inflammatoires...) peuvent aussi vous aider. Certains médicaments ont été conçus pour traiter les dépressions ou les épilepsies. Ils se sont révélés par la suite capables de soulager certaines douleurs, mais leur nom leur est resté. Ne soyez pas étonné si un "antidépresseur" ou un "antiépileptique" (également appelé "anticonvulsivant") vous était prescrit. Dans votre cas, ce sont les actions antalgiques de ce médicament qui sont utilisées.

Les médicaments sont proposés en fonction de la nature et de l'intensité des douleurs. Ils les soulagent, même s'ils ne les suppriment pas toujours totalement. Votre médecin vous prescrira un traitement adapté. Celui-ci sera ajusté en fonction de l'évaluation régulière de vos douleurs.

Les autres moyens :

D'autres moyens peuvent être employés pour réduire les douleurs, améliorer votre confort et votre bien-être : la relaxation, le calme, le repos, les massages, des applications de poches de glace ou d'eau chaude, la stimulation électrique... Comme les médicaments, ils seront adaptés à votre cas.

“Être soulagé c’est possible, mais comment faire ?”

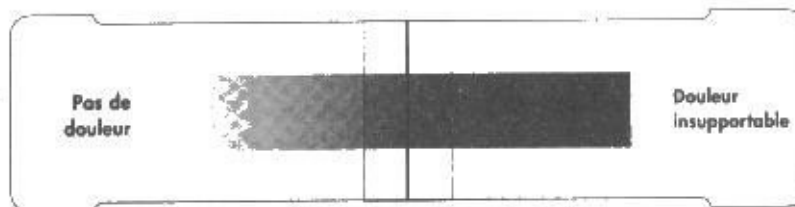
Votre participation est essentielle.

Tout le monde ne réagit pas de la même façon à la douleur.
Vous seul pouvez décrire votre douleur : personne ne peut et ne doit se mettre à votre place.

Plus vous nous donnerez d’informations sur votre douleur et mieux nous vous aiderons. Ne craignez pas de nous interroger.

Évaluez votre douleur :

Une réglette sera mise à votre disposition : elle vous permettra d’indiquer l’importance de votre douleur. Nous vous montrerons comment vous en servir dès votre arrivée.



D’autres outils d’évaluation peuvent être utilisés. L’évaluation de votre douleur doit être systématique et régulière, au même titre que la prise de la tension artérielle, du pouls ou de la température.

L’équipe soignante est là pour vous écouter et vous aider.

Si vous avez mal, prévenez l’équipe soignante. N’hésitez pas à exprimer votre douleur. En l’évoquant, vous aidez les médecins à mieux vous soulager. Ils évalueront votre douleur et vous proposeront les moyens les plus adaptés à votre cas.