

Chirurgie Multisites, Protocole de mobilisation en post opératoire immédiat.

PR BRUNO DOHIN
CHU NORD, SAINT ETIENNE.

Résumé :

1. Introduction

Les patients paralysés cérébraux opérés de chirurgie multisites sont le plus souvent à mobilité réduite et lorsque ce n'est pas le cas, la chirurgie augmente leur dépendance. Leurs difficultés, associées aux douleurs et la sidération musculaire post opératoires, augmentent leur immobilité. Les risques de complications cutanées, de perte musculaire et d'ankylose en sont augmentés. Il importe donc que ces patients soient particulièrement stimulés et mobilisés. La prévention des lésions cutanées de décubitus (phlyctènes, escarres...) est essentielle et le point de vigilance dès les premières heures post-opératoire. Les postures et mobilisation sont donc indispensables, même si la mise en place de matelas fluidisés est un plus, car la présence d'appareillages d'immobilisation (plâtres, attelles...) rend les parties molles immobilisées, inaccessibles à l'effet du matelas qui devient un « faux ami ». Si les phénomènes douloureux sont au premier plan, il faudra adapter le traitement antalgique, ne serait-ce que pour permettre les mobilisations.

2. Traitement de la douleur et sa prévention

Du point de vue thérapeutique, les patients à risque devraient bénéficier, en plus du traitement antalgique classique, de la prescription de Valium® (myorelaxant pour éviter les spasmes musculaires, très fréquents en post opératoire chez les patients spastiques) et de Neurontin® (pour les douleurs neuropathiques, très caractéristiques). Ces douleurs spécifiques devront être recherchées et identifiées très tôt par des questions systématiques et répétées au cours de la journée. Surtout, elles devront être différenciées de la douleur nociceptive liée à la chirurgie. Certains patients peuvent bénéficier d'injections en pré opératoire de toxine botulinique au niveau des muscles opérés. Cela améliore les douleurs post opératoire et les spasmes (Dohin B, 2007).

2.1. Identifier les douleurs :

plusieurs types de douleurs sont à identifier dans les suites opératoires.

2.1.1. La douleur nociceptive

liée à la chirurgie elle-même elle est la plus facile à identifier ou au moins à appréhender. Elle peut être majorée par l'anxiété et la sensibilité émotionnelle de ces enfants, mais devra toujours être prise en compte quel que soit son expression. Son traitement n'est

pas le sujet du présent propos, cependant de simples mesures de prévention peuvent participer à son traitement et la délicatesse des soins, des mobilisations et séances de rééducation, enfin les propos rassurants font partie de son traitement et de sa prévention.

2.1.2. La douleur spastique

C'est une des deux douleurs particulières dans le contexte. La chirurgie et son contexte émotionnel active l'expression de la spasticité. Celle-ci est bien connue pour être douloureuse et dans les suites d'une chirurgie, les spasmes et contractures involontaires des muscles majorent les douleurs post chirurgicale. Identifier les spasmes musculaires doit conduire à prescrire un traitement myorelaxant qui sera adapté en fonction des traitements antalgiques déjà sédatifs et des risques propres du patient. Le traitement de fond de la spasticité par du baclofène est peu efficace, mais si le patient en bénéficiait avant la chirurgie, il doit être poursuivi. Quant aux patients munis d'une pompe à baclofène, ils doivent voir le fonctionnement de leur pompe vérifié en postopératoire.

2.1.3. La douleur neuropathique

Ces patients souvent très rétractés sont opérés pour réaligner leurs membres et la conséquence en est un étirement des nerfs périphériques. Cela peut être à l'origine de douleurs dites neuropathiques. Elles correspondent à des manifestations inconfortables voire très douloureuses émises par les nerfs étirés qui s'activent spontanément. Les patients ressentent des dysesthésies (douleurs à l'effleurement, sensations de brûlure ou au contraire anesthésie), des paresthésies (engourdissement, fourmillements, picotements) voire des douleurs spontanées fulgurantes à type de « décharge électriques ». Ces signes particuliers doivent être précocement identifiés afin de rapidement mettre en route un traitement à base de médicaments favorisant la disparition de ces symptômes comme la gabapentine, l'amitriptyline, ou d'autres encore. Ces douleurs sont lancinantes, chroniques et dépistées tardivement plus difficiles à traiter voire peuvent déboucher sur un syndrome douloureux chronique.

3. Protocole de mobilisation :

Il ne s'agit que d'un exemple illustrant notre pratique pour prévenir les complications de décubitus chez ces patients déjà ou devenus complètement dépendants en postopératoire. Ce protocole vient en complément des mesures infirmières indispensables aux soins quotidiens des patients.

De J1 à J2 inclus, le patient devra être placé en position assise au lit : c'est-à-dire dossier relevé à 45°, hanches à 90° et genoux à 70-90° à l'aide d'un lit électrique ou de coussins adaptés (sans les attelles de Zimmer qui immobilisent les genoux). Cette posture doit être maintenue au moins 1 heure par demi-journée et changée si possible plusieurs fois en alternance avec le décubitus strict avec les attelles de Zimmer. Lorsque la chirurgie le permet des postures en décubitus latéral sont ajoutés, hanches et genoux fléchis, au besoin avec un oreiller entre les cuisses.

A partir de J3 : Ce moment coïncide en général avec l'ablation des cathéter périduraux et des drains de Redon. C'est le moment de la mise au fauteuil au moins une heure par demi-journée et/ou pour les repas. Lors de l'ablation des drains de Redon, un contrôle visuel est effectué au niveau des pansements et de toute la peau accessible en sortant les jambes de l'attelle de Zimmer et lorsque c'est possible des attelles plâtrées positionnées en post opératoire immédiat. Une attention particulière sera portée aux mollets et talons. Le pansement est refait si besoin.

Les jours suivant les postures sont continuées en augmentant le temps. Un apprentissage des transferts assis, ou debout en appui unipodal pour les cas unilatéraux, est débuté en fonction du niveau fonctionnel. Le but est de faciliter l'autonomie avant le transfert du patient vers le service de rééducation.

DOI : 10.34814/sofop-2023-003