

Soins de Prévention pré et post opératoire chez l'enfant polyhandicapé

FATIHA REBAI (IDE), PR BRUNO DOHIN

Saint Etienne

Les patients polyhandicapés sont caractérisés par une extrême dépendance, des troubles importants de communication et nombre de comorbidités. Le contexte familial est souvent délicat (surprotection, dépendance affective...) et ne facilite pas toujours les relations de soin même s'il représente souvent une aide importante dans l'évaluation de ces patients (habitudes, communication...).

Nous souhaitons envisager ici les points spécifiques de prise en charge de ce type de patients qui sont souvent hospitalisés pour des chirurgies lourdes.

1. Chirurgies à risques

elles sont nombreuses, et présentent de nombreux risques, parfois importants,

- Chirurgie tendineuse multiples (ténotomie, neurotomie multisite)
- Chirurgie osseuse (ostéotomie pied, chirurgie des hanches)
- Chirurgie de rachis (arthrodèse de colonne)
 - risque hémorragique : saignement important
 - risque infectieux : fréquence élevée en cas de scoliose neurologique (10 – 20%)
 - risque neurologique : lésion médullaire rare, étirement médullaire ou radiculaire, ischémie médullaire

Sur des patients fragiles (paralysie cérébrale, pathologie neuro-motrice..)

Objectifs chirurgicaux: maintien ou restauration des capacités fonctionnelles, confort, hygiène, douleur...

2. Planification infirmière

2.1. Pre-opératoire

Organisation et planification complexe
IDE référente qui gère cette préparation

- Envoie une fiche de liaison aux parents
- Pour faire connaissance avec l'enfant handicapé,
- Permettre d'améliorer l'accueil, et de faciliter la prise en charge

Cette fiche de liaison contient :

- L'identification du patient
- La ou les personnes à contacter ainsi que leurs coordonnées
- Établissement fréquenté, modalité d'accueil (présence d'éducateur ou parfois tuteur)
- Liste des besoins spécifiques du patient

Mobilité :

- aide partielle ou totale pour les transferts
- fauteuil ou appareillage
- verticaliseur, lève-malade

Alimentation :

- boit seul, au verre, à la cuillère, prend de l'eau gélifiée
- position particulière pour les repas, mange seul ou non
- régime normal, mixé, sans sel, aversion, allergie
- risque de fausse route
- prise de traitement, comment
- alimentation par gastrostomie, régime, horaire, prescription

Sommeil :

- installation, albatros
- habitudes d'endormissement, doudou, musique, lumière
- horaires de sommeil

Douleur :

- signes spécifiques de manifestation de la douleur
- échelle d'évaluation de la douleur utilisée

Respiration :

- troubles ou pas
- appareillage, VNI, Alpha 200, jour – nuit,

Élimination :

- continence, protection (taille), chaise-pot
- tendance à la constipation, lavement, traitement

Hygiène et confort :

- toilette au lit, lit douche, lavabo
- installation particulière
- hygiène bucco-dentaire
- état cutané

Communication, relation :

- peut parler
- compréhension, contact
- moyens de communication, tableau alphabet, tablette

Activités, loisirs, distractions :

- musique, dessin animés et jeux préférés

2.2. Prévoir examens et consultations préopératoires

Objectifs :

- Évaluation de l'état du patient
- Évaluation des risques
- Préparation adaptée
- Traitements prophylactiques si nécessaire

Une Fiche 'navette' est remplie par le chirurgien, la date de l'intervention est fixée ainsi que la consultation d'anesthésie

Préparation respiratoire :

- EFR si patient est capable
- consultation pneumologie si besoin
- kiné respiratoire et cure d'Alpha 300 parfois nécessaire avec +/- hospitalisation quelques jours avant la chirurgie

Préparation neurologique :

- PES – PEM : fait en systématique pour avoir une analyse de référence.
- Mais parfois non réaliste car patient trop spastique ou épilepsie importante
- Toxine botulinique pour réduire spasticité en prévention des douleurs

Préparation cardiaque :

Échographie cardiaque en fonction des antécédents demandée par l'anesthésiste

Autres avis spécialisés nécessaires :

- Dentiste : pour évaluer état dentaire (risque infectieux), si soins dentaires nécessaires, doivent être terminés 6 semaines avant la chirurgie
- Examen de la peau : avis dermatologue si lésions ou acné à traiter
- Diététicienne : état nutritionnel, prévoir régime hyper protéiné pour favoriser la cicatrisation. Si gastrostomie, programme anticipé en lien avec les parents.
- Gastro pédiatre : si dénutrition, indication de pose de gastrostomie
- Hématologue : si problème d'hémostase

Pour le risque hémorragique, protocole EPO si nécessaire géré par anesthésiste, recours au Cell-Saver lors de l'intervention, transfusion...(attention aux Témoins de Jehova)

Imagerie :

- Radiographies du rachis complet
- Radios en bending, c'est une radio du rachis en inclinaison (médecin), clichés dynamique qui évalue la souplesse du rachis et aide à la planification du geste opératoire.
- IRM à la recherche d'une malformation du rachis ou médullaire

Prévention transit digestif :

- régime sans résidu 3 jours avant l'hospitalisation et lavement la veille de l'intervention.

Prévention cutanée :

- Avis dermatologique (cf)
- Prévoir un lit avec matelas à air NIMBUS en cas de patient grabataire.

Entretien téléphonique avec les parents quelques jours avant l'hospitalisation :

- autorisation d'opérer
- carte de groupe sanguin
- traitement personnel avec ordonnance
- amener appareillage respiratoire VNI, appareillage orthopédique : matelas albatros, corset, attelle, fauteuil coque... pompe de nutrition en cas de gastrostomie.

Préparation des suites :

- Réserver une place en réanimation pour le postopératoire immédiat
- Faire demande pour centre de rééducation (logiciel « Trajectoire »)
- Anticiper et appeler le prestataire en cas de futur appareillage
- Organisation d'une visite ou d'un séjour court de l'enfant et de sa famille en service de rééducation.

2.3. POST-OP

Soins spécifiques

- Surveillance 24h en réanimation pédiatrique
- Soins d'hygiène et de confort + hygiène bucco-dentaire
La chirurgie augmente la dépendance de ces enfants le plus souvent à mobilité réduite, il importe qu'ils soient particulièrement stimulés et mobilisés même dans le lit.
- Postures dès J1 en prévention des lésions cutanées de décubitus (phlyctènes, escarres)
- Protocole de mobilisation des chirurgies multisites :
 - positionnement en position assise au lit (sans les attelles de zimmer) hanches à 90° et genoux à 90° en s'aidant de coussin ou cocon à mettre sous les genoux. Cette posture doit être maintenue au moins 1 heure par demi-journée.
 - J3 : en général, ablation des cathéters et redons, mise au fauteuil au moins 1 heure par demi-journée
 - les jours suivants, les postures sont continuées en augmentant le temps
- Pour les arthrodèses de colonne, lever au bord du lit dès J1, la première fois en collaboration avec la kinésithérapeute
- Risque infectieux :
 - surveillance et protection des pansements, éviter souillures et contaminations en particulier à partir du périnée.
 - doit rester propre et occlusif, hydrocellulaire
 - protocole bétadine uniquement pour ablation redons et cathéters de naropeine
 - ablation des strips à J5 et ablation surjet (dos) à J15
 - si écoulement ou problème divers sur la cicatrice, avertir le chirurgien et prévoir de montrer l'état local, au besoin prendre une photo pour évaluer la progression.
 - surveillance hyperthermie
- État nutritionnel et transit digestif
 - La dénutrition entraîne un retard de cicatrisation
 - Il faut peser l'enfant à son entrée en systématique
 - Attention à bien noter ce qu'il mange ou apport par gastrostomie
 - intervention de la diététicienne pour ajustement ou complément calorique
 - surveillance transit : traitement laxatif toujours associé aux morphiniques, lavement si nécessaire
- Gestion de la douleur
 - évaluation avec échelle spécifique FLACC
 - ALR pendant 48h en général :
 - Surveillance clinique 2 fois par poste
 - Constantes pouls tension fréquence respiratoire,
 - Signes d'infection locale ou fièvre (fuite, état du pansement)

- Évaluation bloc sensitivo-moteur, surveillance clinique pluriquotidienne si bloc moteur ou paresthésies: arrêt des ALR si membre engourdi, diminuer dose seulement si intolérance
- Surveiller position vicieuse d'un membre et point de pression
- Douleur :
 - Les patients à risque bénéficient, en plus du traitement antalgique classique, de la prescription de valium \square (myorelaxant pour éviter les spasmes musculaires très douloureux).
 - Prescription de gabapentine pour les douleurs neuropathiques, ces douleurs spécifiques devront être identifiées et différenciées de la douleur nociceptive liée à la chirurgie.
 - Distraction et relaxation adaptées en fonction des habitudes et préférences de l'enfant : information recueillie en pré opératoire
 - Respecter rythme de sommeil tant que possible
- État respiratoire :
 - Kiné respiratoire +/- alpha 200
 - Favoriser fauteuil (possible après livraison du corset pour les chirurgie de rachis)
- Prévention cutanée :
 - Escarre aux points de pression, favorisée par la présence de plâtre ou d'attelle en cours d'ALR
 - Position vicieuse de membre (postures)
 - Réfection des plâtres et/ou mise en place de résine sur les attelles postérieures le jour de la mutation en rééducation.
- Parents :
 - Ecoute, se rendre disponible : passage quotidien de l'équipe chirurgicale
 - Informer, éduquer sur l'alimentation, la surveillance de plâtre, gérer le corset en collaboration avec prestataire
 - Faire participer aux soins d'hygiène
 - Préparation du départ:

Si RAD : lit médicalisé, ordonnance kiné, ordonnance diététique, transport ambulance, traitement antalgique, demandes particulières des parents...

Si mutation en centre de rééducation : visite du service par les parents faite au préalable, voire visite avec l'enfant en amont de la chirurgie.

3. Conclusion

Les chirurgies dans un contexte de polyhandicap est une situation à risques pour les patients. Ces risques doivent être anticipés par une planification rigoureuse de ces chirurgies et l'anticipation des difficultés potentielles par une bonne connaissance des patients dans leur contexte quotidien. Cette prise d'information permettra une amélioration de la qualité des soins postopératoires et des suites prévisibles.

DOI : 10.34814/sofop-2023-005