



PROCTOLOGIE : CONSIGNES POST-OPERATOIRES POUR SOINS INFIRMIERS A DOMICILE Plaies anales (hémorroïdectomie, fissurectomie)

En préopératoire, le patient a pris connaissance du contenu de deux livrets d'éducation thérapeutique, disponibles sur le site internet de la clinique Tivoli et sur le site internet du praticien.

Le plus souvent, le patient a également bénéficié d'un entretien avec l'équipe paramédicale de l'établissement, en règle le jour de la consultation de pré anesthésie.

Le patient a appris à laver sa (ou ses) plaie à la main en position accroupie, sous la douche avec de l'eau du robinet et une base lavante douce ou un antiseptique moussant. La plaie est ensuite rincée abondamment et séchée à l'air. Cette toilette doit être faite juste avant le soin infirmier et autant que nécessaire si la plaie est souillée, et au minimum matin et soir et après chaque selle.

Principes de base :

1. Le soin infirmier de surveillance doit être pratiqué impérativement sur des plaies propres.

Il s'agit de soins non stériles dans un milieu propre/contaminé.

En raison de la proximité du flux fécal, il est illusoire de vouloir faire des soins sur une plaie souillée par des selles, dans ce cas il ne faut pas hésiter à demander au patient de se laver à nouveau.

L'utilisation d'antiseptique sur une plaie propre est inadaptée.

2. Eviter les accollements

Pour cicatriser et ne pas s'infecter, les plaies doivent se drainer parfaitement. Le patient va débrider ses plaies lors du lavage avec un peu de savon, ou avec une crème. La prévention de ces accollements par l'IDEL va se faire au coton-tige (à sec) et/ou au doigt ganté, lubrifié avec une crème.

3. Surveillance et contrôle du bourgeonnement de la plaie

La phase initiale ne nécessite pas de détersion mécanique, au risque de faire mal ou de faire saigner. Le bourgeonnement doit ensuite être harmonieux et régulier (un bourgeonnement excessif doit être identifié, éventuellement corrigé au nitrate d'argent ou avec un corticoïde local : rendre compte). La cicatrisation va prendre entre 3 et 6 semaines.

Le plus souvent, les plaies sont simplement hydratées avec une crème neutre type Biafine ou Bepanthen et recouverte superficiellement d'une ou plusieurs compresses ou d'une protection périodique.

Le pansement est changé plusieurs fois par jour, selon le protocole et la phase évolutive.

4. Assurer une dépilation large et régulière (Tondeuse, rasoir, pince à épiler).

Conditions optimales et pièges :

- Visionner la Vidéo explicative : <http://www.proctologie-bordeaux.com> / « vous informer/ soins postopératoires. Elle concerne les soins de kyste pilonidal, mais les fondamentaux sont les mêmes.
- Bien comprendre la logique de l'intervention réalisée, lire le compte rendu opératoire si disponible et rendre compte si besoin à l'équipe soignante du service et/ ou au proctologue en cas de problème évolutif.
- Bonne installation du patient en décubitus latéral, fesses au bord du lit, genoux repliés sur le ventre. Bon éclairage (spot halogène, lampe frontale)
- Il ne faut pas être tenté de compliquer le soin avec l'emploi d'un matériel inadapté et inutile (set à pansement, sérum physiologique, compresse montée pour nettoyage...)
- Les bonnes pratiques incluent la réalisation de transmissions écrites. Toute modification du protocole de soin doit être motivée par écrit.

L'IDE a surtout un rôle de soutien dans la prise en charge de la douleur, des éventuels problèmes de transit intestinal, et dans l'identification des complications. Il doit connaître le contenu des supports pédagogiques, et s'assurer que le patient maîtrise les consignes.

Pour tout renseignement complémentaire, contacter la Clinique au 05 56 11 90 38