



Médecine

Marjolène Di Marzio

Conseillère en soins infirmiers, soins intensifs et unité coronarienne

Myriam Elie

Conseillère en soins infirmiers, soins intensifs et unité coronarienne par intérim

Révision décembre 2021

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 

Nous verrons...

Insuffisance rénale

protocole CIWA

Hémorragie digestive

Système de prise en charge de matière fécale

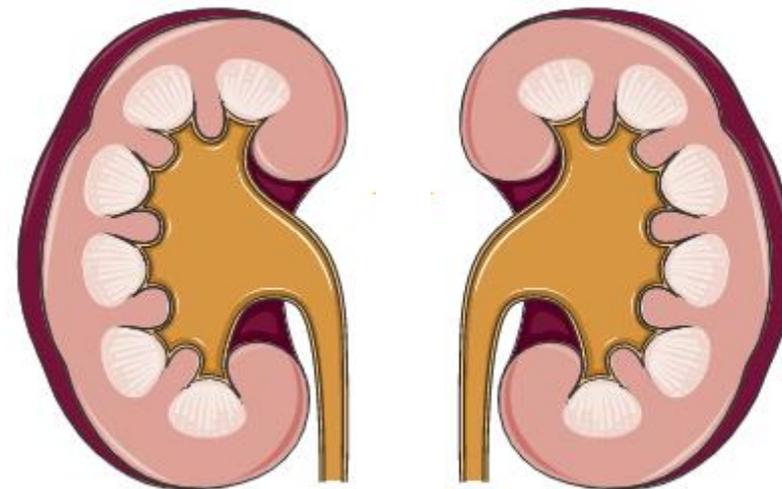
Intoxication médicamenteuse

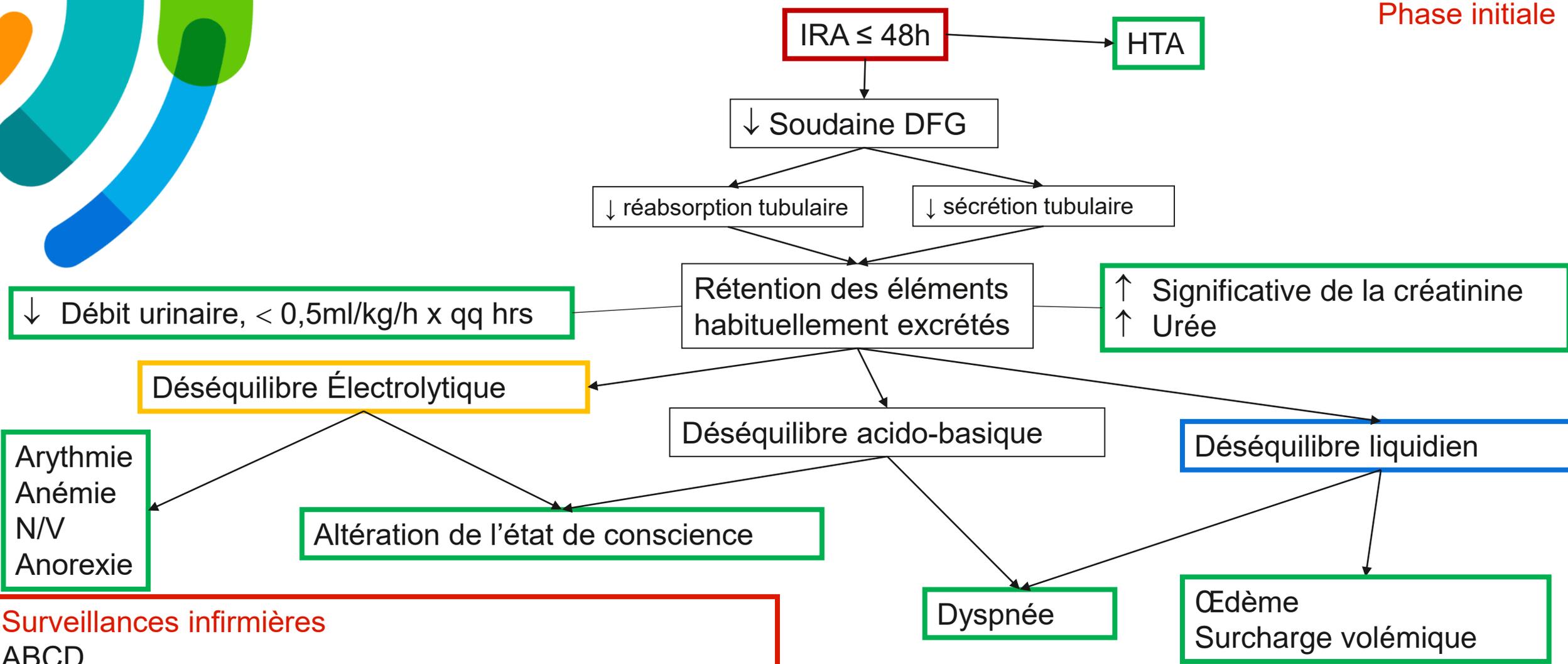
Insuffisance rénale aiguë aux soins intensifs

[Rappel sur les fonctions du rein en vidéo](#)

Définition:

- Détérioration importante ou arrêt total des fonctions rénales.
- Incapacité à excréter les déchets métaboliques et l'eau.
- Aiguë 5% des patients hospitalisés dont 20% admis USI (Urden, L.D. et al. 2014)
 - Prérénal
 - Rénal
 - Postrénal





Surveillances infirmières
ABCD
Évaluation physique complète pertinente
Suivi hémodynamique
Poids à l'admission et die
Bilan liquidien strict, qh, q 8h, q 24h et depuis admission
Labos et gaz artériel

Traitements médicales
1- Agir sur la cause
2- Contrôle de la volémie et des déséquilibres sanguins
3- Thérapie de suppléance rénales

Prérénales

Rénales

Postrénales

↓ Altération de la circulation sanguine

Atteinte ischémique ou toxique du néphron

Obstruction à l'écoulement de l'urine
Peut fréquent en phase critique

Hypoperfusion rénale
↓ DFG
oligurie
↑ créatinine
↑ urée

Oligurie
Refoulement d'urine vers les reins

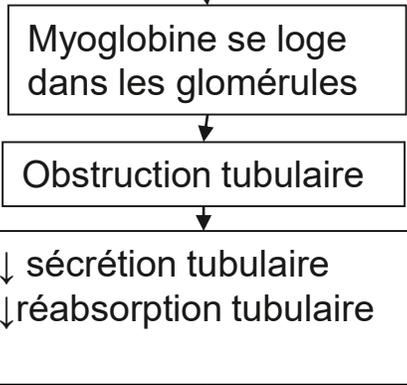
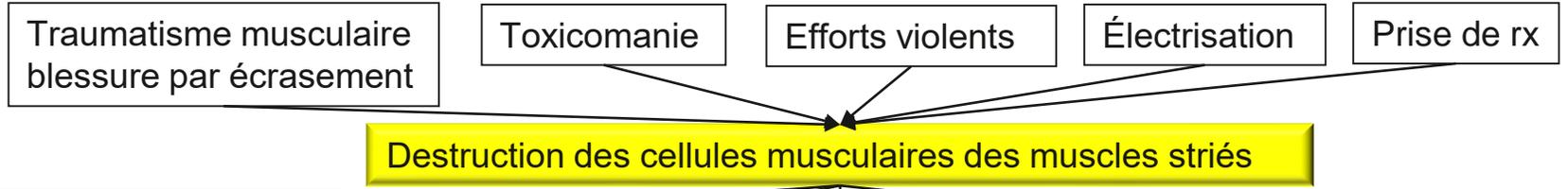
Prérénales prolongées

Postrénales prolongées

↓ DC
Hypovolémie
Vasodilatation
Thrombose
Hypotension
Choc
Perte d'autorégulation

Nécrose tubulaire aiguë (NTA)
Ischémie rénale prolongée
Exposition à des agents néphrotoxiques
OIP-CEMTL-00074 protection rénale lors de l'administration d'agent de contraste en imagerie médicale
Infection au niveau du néphron
Rhabdomyolyse*

Obstruction urétérale
Obstruction vésicale
Obstruction urétrale



Traitement: prévenir les arythmies, corriger l'acidose

- Cesser administration de K⁺
- Cesser diurétique d'épargne potassique
- Évaluer la possibilité de cesser les ARA, IECA, AINS
- Administration Insuline IV
- Administration de bicarbonate IV
- Administration Salbutamol
- Administration de chélateurs du phosphore (PO ou IR)

Surveillances infirmières spécifiques

ABCD

Débit urinaire qh → Viser ≥ 100cc/h

Ne pas administrer de diurétique

Couleur urine: brun foncé → clair

Surveillance des labos q 2-4h: CK, créat, K⁺

Traitement: prévenir IRA

- Hydratation avec cristalloïde
- Cesser diurétiques

Si inefficace → Thérapie de suppléance rénales

Surveillances infirmières spécifiques

ABCD

Moniteur cardiaque

Surveillance des arythmies

ECG si arythmie

Surveillance des labos q 2-4h: K⁺, gaz artériel

Rhabdomyolyse

suppléance rénale

Équilibrer les électrolytes

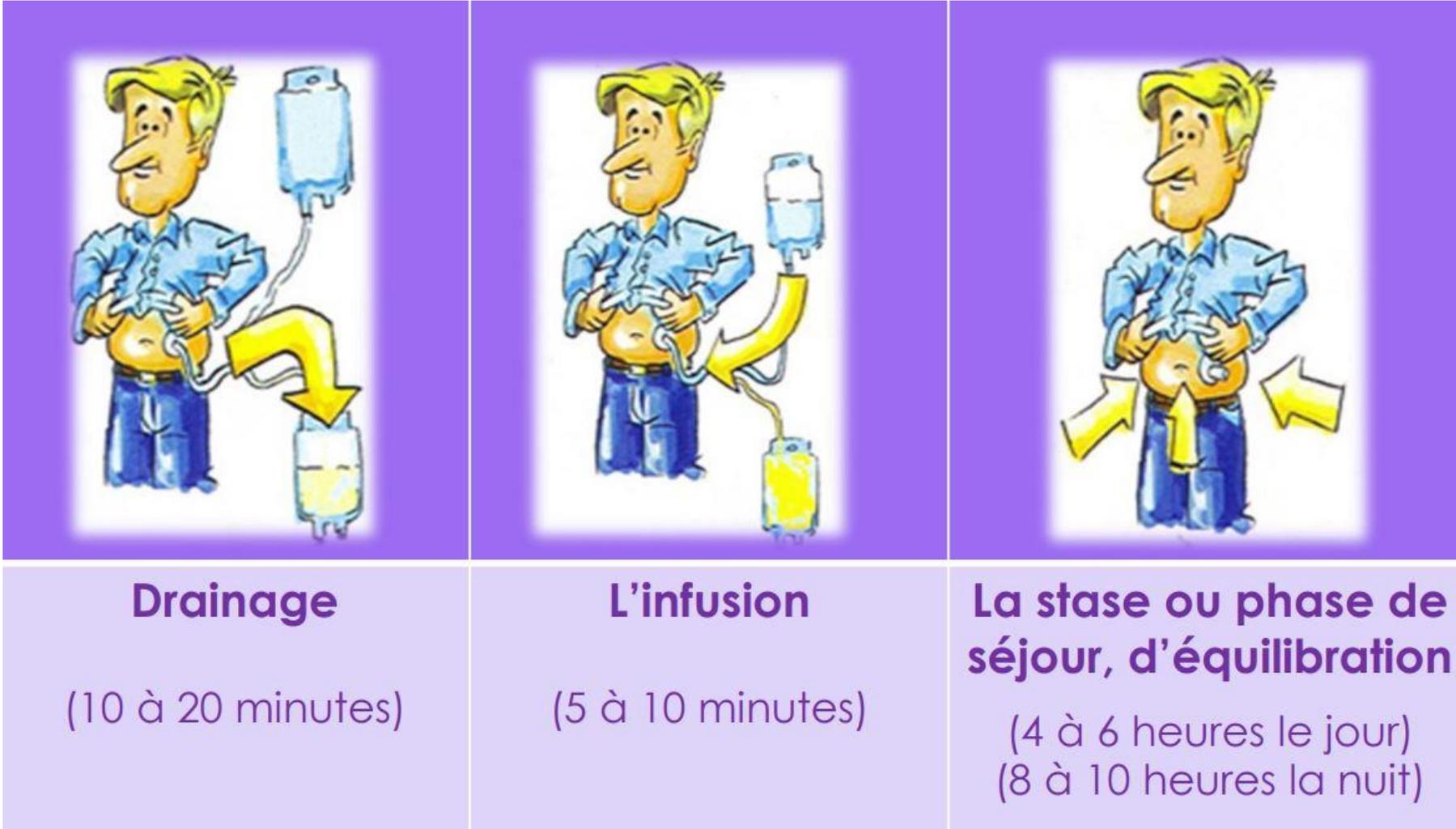
Objectif de la
suppléance rénale

Éliminer les déchets

Éliminer le surplus d'eau

le poids DIE
permet d'ajuster le
traitement

Dialyse péritonéale



Dosage dialyse péritonéale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HMR0533

N° Dossier : Date de naissance : Sexe :
Nom, Prénom :
Nom de la mère :
Adresse :
Téléphone :
NAM : Expiration :

DIALYSE PÉRITONÉALE - 4 ÉCHANGES/JOUR

Date	TA Assise	<input type="checkbox"/> Baxter <input type="checkbox"/> Fresenius <input type="checkbox"/> glucose	Médicaments I.P.				Glycémie mmol/L	Infusion		Drainage		U.F. ±	Aspect du liquide (*)	Initiales		Poids vide (Kg) Balance 24 hrs
			Héparine 1000 un/mL	Xylo 2 % Ø épi 1000 un/mL	ATBX	Insuline		Hre	Volume	Hre	Volume			Inf.	Drain.	
Dimanche																
	Pls															
Lundi																
	Pls															
Mardi																
	Pls															

(*) Aspect du liquide : C : Clair T : Trouble S : Présence de sang (détailler dans les notes d'observation infirmière) F : Présence de fibrine

Se référer à la technique de soins 18.14.1

- Préparer la dialyse avec asepsie (préalablement chauffée)
- Drainer le liquide péritonéal:
Noter l'aspect et la quantité
- Remplir la cavité péritonéale avec le nouveau liquide
- Calculer L'U.F.
Volume de drainage – Volume d'infusion



Vous avez terminé de drainer le liquide péritonéal et calculer un volume de 2300 ml d'un aspect clair. Par la suite, vous procédez à l'infusion d'un volume de 2000 ml selon la prescription du néphrologue (11h15). À l'aide du tableau suivant, entrer les données de la dialyse

DIALYSE PÉRITONÉALE - 4 ÉCHANGES/JOUR

Date	P.	P.	P.	P.	P.	Infusion		Drainage		U.F. ±	Aspect du liquide (*)	Initiales		Poids vide (kg) Balance 24 hres	
						FBX	Insuline	Glycémie mmol/L	Hre			Volume	Hre		Volume
Dimanche							7h00	2000	11h00	2300	-300	C	ME	CB	
							11h15	2000					CB		
Lundi															

- Quand prendre le poids vide?
- Une fois que nous avons terminé la dialyse péritonéale, qu'est-ce qui est important de faire afin de préparer la prochaine dialyse ?

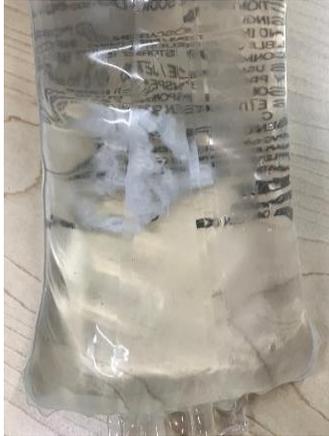
Prendre le poids avant l'infusion quand l'abdomen est vidé à l'échange du matin.

Mettre le prochain sac de dialyse à réchauffer

Aspect du liquide



Aspect clair



Aspect clair et présence de fibrine



Aspect clair et Présence de sang

OC-CEMTL-00112: Vérifier la perméabilité du cathéter de dialyse péritonéale

Si présence de fibrine ou de sang, ajouter 1000 U d'héparine par litre de dialysat à chaque échange pour max 48h



Aspect trouble:

OC-CEMTL-00113 : Initier le dépistage et le suivi de péritonite en dialyse péritonéale

Protocole A : Dépistage de la péritonite en dialyse péritonéale sur le liquide de drainage. Utiliser le Virocidin pour désinfecter l'embout

Protocole B : Maintien de la perméabilité du cathéter péritonéal lors de péritonite. Ajouter 1 000 unités d'héparine par litre de dialysat.

Protocole C : Soulagement de la douleur lors de la péritonite en DP. Xylocaïne 2% sans épinéphrine 1 mL par litre de dialysat.

Protocole D : Évaluation

Soins en lien avec une dialyse péritonéale

Pansement 3x semaine avec Bactroban 2% prophylactique OC-CEMTL-00115

Technique de soins 18.25

Préparation examen et SOP

- Colonoscopie et gastroscopie: vider l'abdomen (*Technique de soins 18.30*) et prescription d'antibiotique prophylaxique.
- Salle d'opération : vider l'abdomen

Pet scan

- Si examen prévu le matin : vider au coucher et ne pas réinfuser ad fin de l'examen
- Si examen prévu en PM : vider le matin et ne pas réinfuser ad fin de l'examen

Scan abdominal pelvien avec colorant intra-péritonéal: voir *technique de soins 18.21*



Détergent cutané pour :

- lavage des mains avant dialyse (1 min)
- pansement 3x sem

- Formation spécifique pour les infirmières des soins
- Patient en 1 pour 1
- Effectue une suppléance rénale en continue pour les patients «instables» nécessitant des amines



Baxter, 2016

Syndrome de sevrage alcoolique

Prédicteurs de complications du sevrage alcoolique



- ≥ 24 consommations/jour
- Antécédents de convulsions alcoolique ou de delirium tremens
- Signes de sevrage malgré haute alcoolémie
- Usage concomitant de sédatifs hypnotiques
- Problème médicaux concomitants
- Âge ≥ 65 ans
- CIWA ≥ 20

Signes et Symptômes: Débutent habituellement 6h après l'arrêt de la consommation, avec un pic d'action entre 24 à 36h

Stade 1	Tremblements – anxiété – insomnie – palpitations – faiblesse - agitation
Stade 2	Stade 1 + hallucinations auditives, visuelles, tactiles mais conscientes
Stade 3	Stade 1+ convulsions
Stade 4	Delirium – psychose –hyperthermie – agitation psychomotrice

NB. Il est important de noter que le but de la désintoxication médicale ne vise pas l'absence de symptômes de sevrage mais à maintenir le patient dans les stades précoces (1&2) du sevrage

Sans traitement le sevrage peut se transformer en délirium tremens qui peut se manifester de 3h à 7 jours après la dernière consommation

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Syndrome de sevrage alcoolique

OIP-CEMTE-00510 Prise en charge d'un usager en sevrage à l'alcool à l'urgence et aux soins intensifs

Veillez faire cette autoformation de 30 minutes:

<https://forms.office.com/r/Uz5c16HkW4>

ou



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'île-de-Montréal

Québec 

Prévenir et traiter

Prévenir:

Clientèle dénutrie

- Thiamine
- Multivitamines

Surveillance étroite de l'agitation

- Administration de benzodiazépines PRN vs régulier

Traiter:

- Surveillance étroite des signes et symptômes
- Administration de benzodiazépines (Ativan ou Valium) selon le protocole de sevrage CIWA
- Intubation
- Sédation

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec

HMR LT
 HSCO PDI
 IUSMM SLSM
 CPMCS

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

OP00510

OIP-CEMTL-00510 - PRISE EN CHARGE D'UN USAGER EN SERVAGE À L'ALCOOL À L'URGENCE ET AUX SOINS INTENSIFS

Poids _____ Kg Taille _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

ÉVALUATION DES HABITUDES DE CONSOMMATION
 Dernière consommation : _____ à _____ h _____ Consommations : _____ / jour Type de consommations : _____

ALIMENTATION
 NPO lorsque CIWA \geq 20
 Alimentation selon tolérance lorsque CIWA \leq 9

SIGNES VITAUX (SV) ET SCORE CIWA
 • Score CIWA à documenter sur la grille de calcul prévue à cet effet en annexe)
 { • Si CIWA $>$ 9 **OU** FC \geq 110 : SV et CIWA q 1 h ad CIWA \leq 9 **ET** FC $<$ 110
 • Puis, si CIWA \leq 9 **ET** FC $<$ 110 : SV et CIWA q 2 h x 3, puis q 4 h
OU
 SV q _____ x _____
 CIWA q _____ x _____

• Précisions pour les unités de soins intensifs : SV et SN selon OIP d'admission aux SI ou selon l'ordonnance médicale de l'intensiviste si fréquence plus rapprochée requise.

MONITORING
 Moniteur cardiaque en continu si CIWA $>$ 9, à cesser si score CIWA \leq 9 **ET** FC $<$ 110 après 2 réévaluations consécutives
 Saturométrie en continu, à cesser si score CIWA \leq 9 **ET** FC $<$ 110 après 2 réévaluations consécutives

EXAMENS
 ECG x 1 **OU** q _____ x _____
 Scan cérébral (requête à compléter par le médecin)

LABORATOIRES
 • FSC, PT, PTT, INR **DIE**
 • Na, K, Cl, urée, créatinine, glucose, magnésium, calcium ionisé/ajusté, phosphore, albumine, ALT, AST, GGT, bilirubine, phosphatase alcaline et protéines totales **DIE**
 • HMR : éthanolémie x 1, HSCO : osmolarité sérique x 1
 Précisions pour les unités de soins intensifs et selon l'installation : à ajouter aux bilans prescrits sur l'OIP l'admission aux soins intensifs
 Gaz veineux x 1 Lactate x 1

SOLUTÉS
 Bolus de NS 0.9% **OU** LR _____ mL à passer en _____ min
 Perfusion de NS 0.9% **OU** LR **OU** D5 ½ NS à _____ mL/h x _____ h
 Ajouter KCl _____ mEq au soluté de perfusion

 Bouchon membrane (Clave)

Signature du médecin/prescripteur _____ # permis _____ Date _____ Heure _____

Maintien du moniteur ad congé de soins intensifs et saturation selon jugement clinique si CIWA $<$ 9 et FC $<$ 100

Pas applicable, aux soins intensifs

Ajout à faire aux labos de OIP d'Admission

Lorsque l'utilisateur arrive de l'urgence, valider avec les intensiviste les solutés désirés



OP00510

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

OIP-CEMTL-00510 - PRISE EN CHARGE D'UN USAGER EN SERVAGE À L'ALCOOL À L'URGENCE ET AUX SOINS INTENSIFS

ANNEXE à L'OIP - CIWA-Ar Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale – Revised

<p>Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomit ? » Observer.</p> <p>0 Ni nausée ni vomissement</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements</p> <p>Tremblements : Évaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.</p> <p>0 Pas de tremblement</p> <p>1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Modérés, lorsque les bras sont tendus</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Sévères, même avec les bras tendus</p> <p>Sueurs paroxystiques : Observer.</p> <p>0 Pas de sueur visible</p> <p>1 Sueur à peine perceptible, paumes moites</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Front perlé de sueur</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Sueurs profuses</p> <p>Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.</p> <p>0 Pas d'anxiété. Détendu.</p> <p>1 Légèrement anxieux</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Équivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizoéphréniques aiguës.</p> <p>Agitation : Observer.</p> <p>0 Activité normale</p> <p>1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 S'agite et gigote, modérément</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment</p>	<p>Troubles de perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »</p> <p>0 Aucun trouble de ce registre</p> <p>1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements</p> <p>2 Peu de troubles cités ci-dessus</p> <p>3 Troubles cités ci-dessus modérés</p> <p>4 Hallucinations modérées</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations continues</p> <p>Troubles de perceptions auditives : Demander : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils plus stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »</p> <p>0 Aucun son troublant</p> <p>1 Sons très peu stridents ou effrayants</p> <p>2 Sons peu stridents ou effrayants</p> <p>3 Sons modérément stridents ou effrayants</p> <p>4 Hallucinations modérées</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations continues</p> <p>Troubles de perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »</p> <p>0 Aucun trouble de ce registre</p> <p>1 Troubles très peu sensibles</p> <p>2 Peu sensibles</p> <p>3 Modérément sensibles</p> <p>4 Hallucinations modérées</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations continues</p> <p>Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étou ? Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.</p> <p>0 Céphalée absente</p> <p>1 Très légère</p> <p>2 Légère</p> <p>3 Modérée</p> <p>4 Modérément sévère</p> <p>5 Sévère</p> <p>6 Très sévère</p> <p>7 Extrêmement sévère</p> <p>Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »</p> <p>0 Orienté(e) et peut faire des additions en série</p> <p>1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date</p> <p>2 Erreur sur la date de moins de 2 jours</p> <p>3 Erreur sur la date de plus de 2 jours</p> <p>4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes</p>
---	--

SCORE TOTAL : _____ (Score maximum = 67)

Évaluation du score selon

- Nausées et vomissements
- Tremblements
- Sueurs paroxystiques
- Anxiété
- Agitation
- Tr.de perception tactile
- Tr. de perception auditive
- Tr. de perception visuelle
- Céphalées
- Tr. de l'orientation

Évaluer:

q 1h ad CIWA ≤ 9 et FC < 110

Puis si CIWA < 9 et FC < 110
 Q 2h x 3

Puis
 Q 4h

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Québec

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

OP00510

OIP-CEMTL-00510 - PRISE EN CHARGE D'UN USAGER EN SERVAGE À L'ALCOOL À L'URGENCE ET AUX SOINS INTENSIFS

ANNEXE à L'OIP - SURVEILLANCE DES SIGNES CLINIQUES (ÉCHELLE CIWA-Ar)

Date (aaaa/mm)	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Heure	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Nausées et vomissements															
Tremblements															
Sueurs paroxystiques															
Anxiété															
Troubles tactiles															
Agitation															
Troubles auditifs															
Troubles visuels															
Maux de tête, tête lourde															
Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes															
Score CIWA															
Initiales															
* Pour le suivi des doses administrées de diazépam ou de lorazépam ou, veuillez-vous référer aux FADM de l'usager.															
N.B. : Échelle CIWA à évaluer aux 4 heures. Si CIWA ≥ 10, évaluer aux 2 heures jusqu'à CIWA < 10															
Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.	Signature	Init.



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec 	N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
	Nom, Prénom : _____ Nom de la mère : _____ Adresse : _____
 OP00510	Téléphone : _____ NAM : _____ Expiration : _____
OIP-CEMTL-00510 - PRISE EN CHARGE D'UN USAGER EN SERVAGE À L'ALCOOL À L'URGENCE ET AUX SOINS INTENSIFS	
Poids _____ Kg Taille _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____	
AVISER MÉDECIN SI : <ul style="list-style-type: none">Aucune amélioration du score CIWA après 2 réévaluations consécutives :<ul style="list-style-type: none">✓ Si score CIWA ≤ 9 et inchangé, en vue d'un possible congé de l'urgence OU cessation du protocole✓ Si score CIWA > 9 et inchangé, en vue d'un possible ajustement de médicationScore CIWA ≥ 20 durant 4 heures consécutivesAgitation sévèreConvulsionDiminution de l'état de conscience ou somnolence importanteTA $< 90/60$ mmHg OU TAS ≥ 180 mmHgSi FC < 60 battements/min OU ≥ 130 battements/minFièvre $> 38.5^{\circ}\text{C}$FR < 10/minSaturation $< 90\%$	
CONSIDÉRATIONS POUR LE MÉDECIN TRAITANT À L'URGENCE <ol style="list-style-type: none">L'administration de la thiamine devrait avoir lieu avant celle du dextrose pour éviter une encéphalopathie de Wernicke, sauf en situation d'hypoglycémie sévèreEn cas de sevrage réfractaire aux benzodiazépines, i.e. si score CIWA ≥ 20 malgré ≥ 200 mg de diazépam OU ≥ 40 mg de lorazépam administré sur une période de 4 heures :<ul style="list-style-type: none">Consultation aux soins intensifs très fortement recommandée à ce stade;Considérer l'ajout de phénobarbital (60 mg IV q 20 min PRN, maximum de 10 mg/kg au total);Considérer l'ajout d'un agent de troisième ligne comme le propofol ou la dexmedetomidine après avoir consulté les soins intensifs.Si score CIWA ≤ 9 après 2 réévaluations consécutives ET résolution des tremblements, un congé médical avec thérapie en externe peut être considéré	

Quand aviser le médecin

Si patient à congé à l'étage ou si CIWA ≤ 9 après 2 réévaluations consécutives
→ cesser l'OIP

Si aucune amélioration après 2 réévaluations consécutives post administration de la médication et CIWA > 9
→ Ajustement de la médication

- Agitation sévère (RASS $\geq + 2$ /+ 3)
- Convulsion
- Altération de l'état de conscience et/ou somnolence importante (RASS ≤ -3)
- Instabilité hémodynamique



Hémorragie digestive

Ulcères peptiques (40%)
Dégradation de la
muqueuse gastrique

Ulcères de Stress
Gastrite érosive aiguë

Varices œsophagiennes
r/a hypertension portale
Causé par cirrhose

Fistule aorto-intestinale

Ischémie

Autres

Hémorragie digestive

Saignement du tractus gastro-intestinal

Haute: hématomèse, rouge vif ou grain de café, méléna
Basse: rectorragie
Ou
Endoscopie pour confirmer la source du saignement

Saignement massif

Choc hypovolémique

Défaillance multiorganique si non traité

Traitements généraux:

- Stabilisation hémodynamique
- Bolus cristalloïde, transfusion sanguine, PTM
- Oxygénothérapie
- Arrêt du Saignement: Clip hémostatique, ligature, Cautérisation, Embolisation, SOP

Si saignement non visualisable

Instable

- Angiographie
- SOP

Stable

- Vidéo capsule endoscopique
- Scintigraphie des globules rouge

Interventions Infirmières

- Oxygénothérapie: $\geq 94\%$
- Suivi HB $\geq 70-90$ si ♥
- Code 50 stat
- Installation TNG selon Rx
- Si varices œsophagiennes connues = Installation par le médecin
- Levine en drainage vs succion vs lavage gastrique
- Surveillance du tube de tamponnement:
 - En place 24-48h
 - Irriguer q h
 - Vérifier positionnement q h
 - Dégonflement q 12h par le médecin pour vérifier persistance du sgt

Médications:

- **Pantoloc:**
HDB-HDH
Bolus 80 mg en 30 minute puis perfusion 8mg/h:
Panto 40mg/ 100cc à 20 cc/h
- **Octéotide (sandostatine) :**
HDH et Varice œsophagienne:
Bolus 50-100ug en 3 min puis perfusion 25-100 ug / h
- **Vasopressine:**
HDH
0.1 à 0.5 un/min
vasoconstriction artérielle et mésentérique

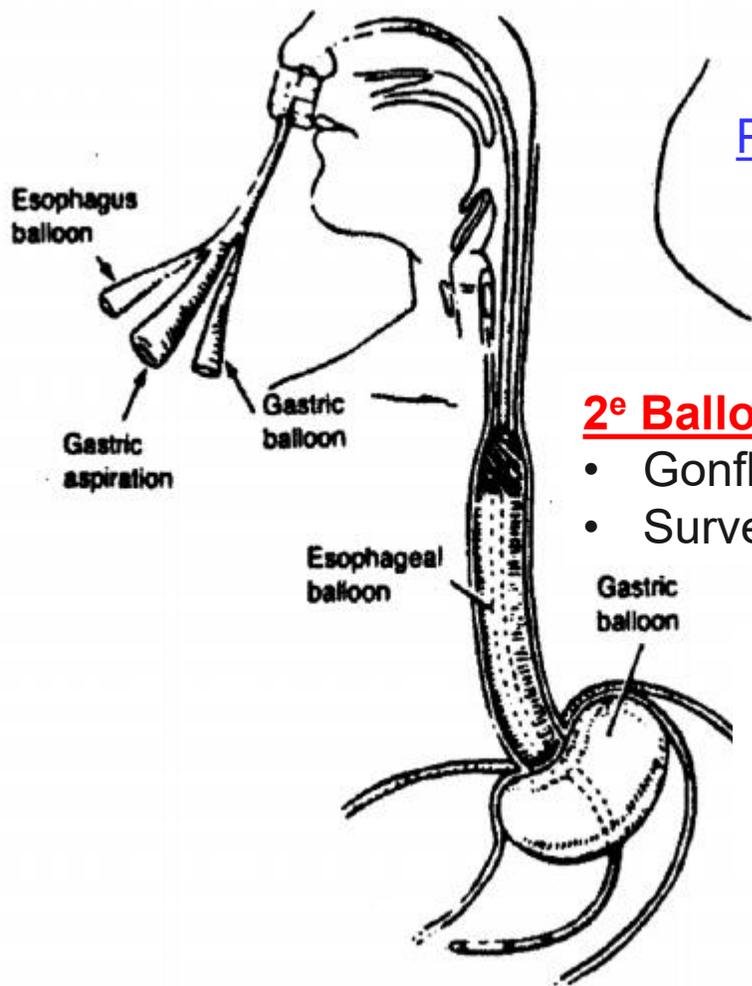
Traitement varices œsophagiennes

- Intubation
- Sonde de tamponnement
- Ligature endoscopie, application de colle
- TIPS,



Varices oesophagiennes

- Relié à une hypertension portale 2° cirrhose hépatique
- Mortalité suite à une hémorragie variqueuse aiguë peut dépasser 50%
- Risque de re-saignement 50-75% au cours de 12-24 prochain mois



[Placement of a Minnesota Tube for Bleeding Varices - YouTube](#)

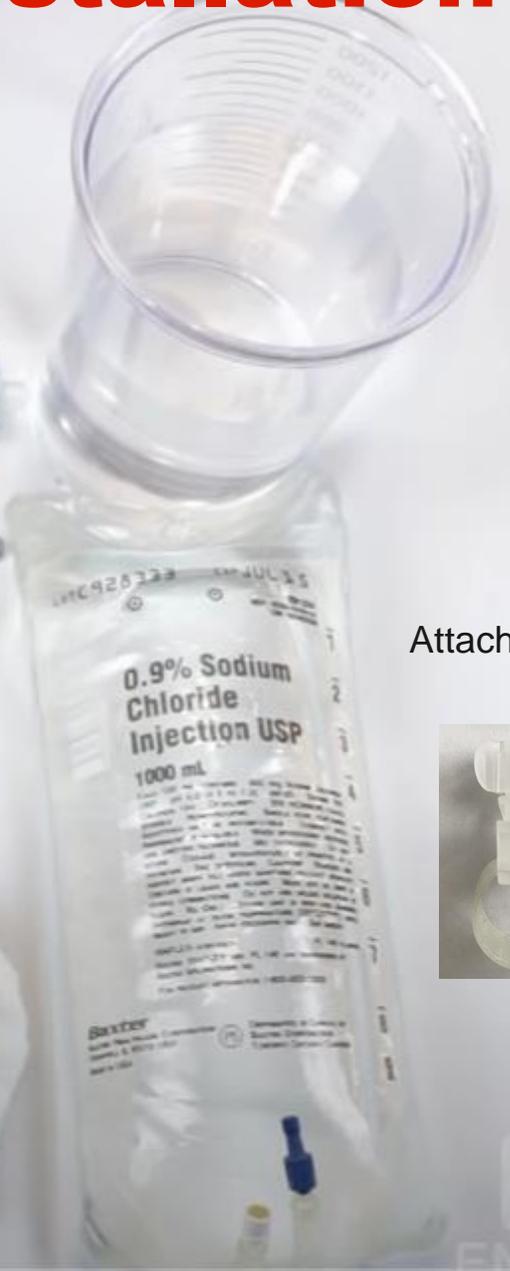
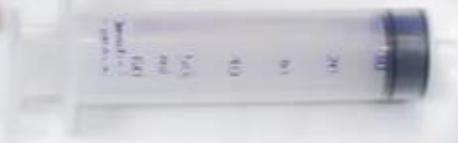
2^e Ballonnet œsophagien (gonfler pour une pression de 35-40 mmHg)

- Gonflement pour 24-48h maximum
- Surveillance q 30-60 min de la pression a/n du ballon œsophagien

1^{er} Ballonnet gastrique (500 ml d'air)

- Gonflement pour 48-72h maximum
- Lorsque l'estomac est complètement vidé de sang, mettre sous succion intermittente pour 12h puis réévaluer

Matériel nécessaire à l'installation



Attache tube Hollister



Étape Pré-installation

- 1- Installer un robinet 3 voies sur la sonde de tamponnement a/n de la lumière gastrique et œsophagienne.
Le robinet doit être inséré coté femelle



- 2- Installer une seringue sur le robinet 3 voies



- 3- Plonger la sonde de tamponnement dans l'eau et gonfler les ballonnet avec 50 ml d'air afin d'en vérifier l'étanchéité. (il ne doit pas y avoir de bulle d'air qui s'en échappe)



- 4- Dégonfler complètement les ballonnets

- 5- Clamper avec une pince hémostatique chaque voies de ballonnets



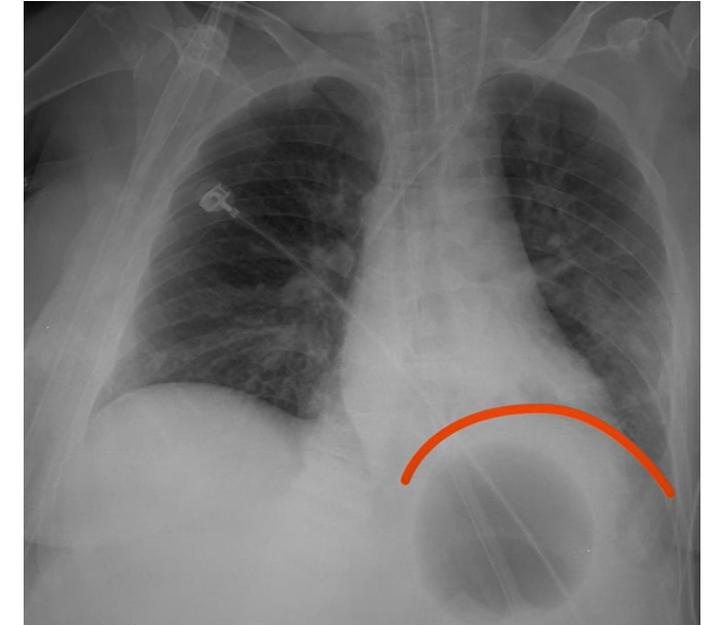
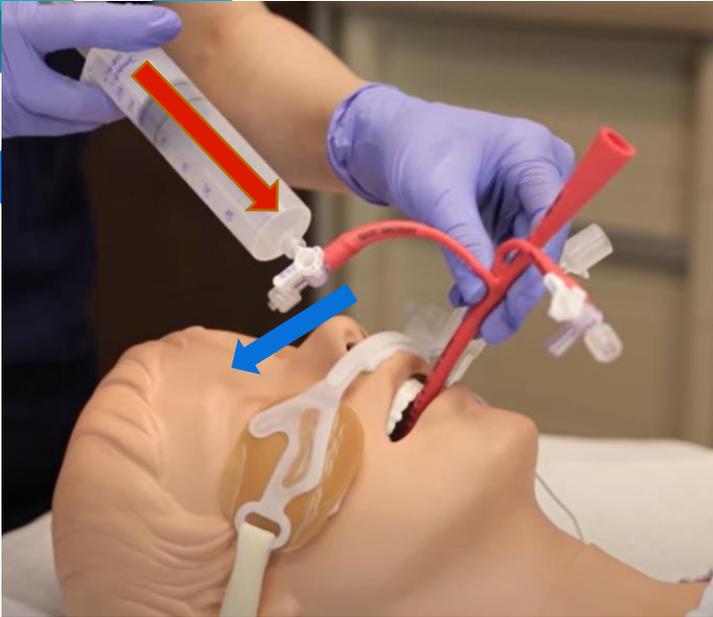
- 6- Lubrifier le tube
7- Retirer les prothèses dentaires avant l'insertion

Insertion du tube par le médecin



Jusqu'à 50 cm puis gonflement du Ballonnet gastrique avec 50 ml d'air

Vérification du positionnement et gonflement du ballonnet gastrique



- 1- Le médecin gonfle le ballonnet gastrique dans l'estomac avec de l'air 50 ml
- 2- Vérification du positionnement avec radiographie abdominale
- 3- Lorsque positionnement est vérifié, le médecin poursuit le gonflement du ballonnet gastrique ad 500 ml
- 4- Lorsque le ballonnet Gastrique est gonflé, clampé avec une pince hémostatique
- 5- Faire une traction selon RX

Selon RX médical

Aspirer la lumière gastrique / mettre sous succion intermittente de 60-120 mm Hg

1- Attacher un Kerlix sur la sonde de tamponnement.



2- Attacher l'autre extrémité du Kerlix sur un sac de soluté selon la traction prescrite (1kg = 1 litre).



3- Suspendre sur une tige de soluté.

Faire une Traction, Méthode # 1



4- Marquer sur le tube le niveau de traction au crayon ou avec le diachylon rose. Le repère doit être visible en tout temps.

Faire la traction selon la prescription médicale

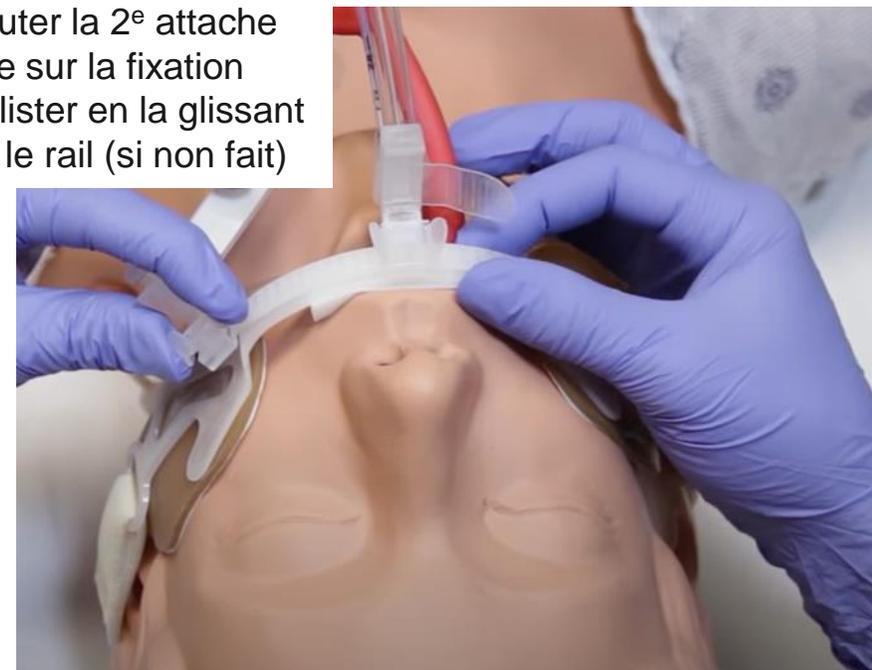
1 litre de soluté = 1kg



Marquer sur le tube de Blakemore le niveau de traction
Au crayon ou avec le diachylon rose



Ajouter la 2^e attache tube sur la fixation Hollister en la glissant sur le rail (si non fait)



Attacher le tube de Blakemore avec l'attache tube en s'assurant de maintenir le degré de traction voulu (se fier au marquage fait sur le tube)



Faire une Traction: Méthode # 2

***Peut être fait dans un second temps**

La traction fait avec le soluté peut être retiré. Le tube de Blakemore sera retenu au degré de traction désiré par l'attache tube.

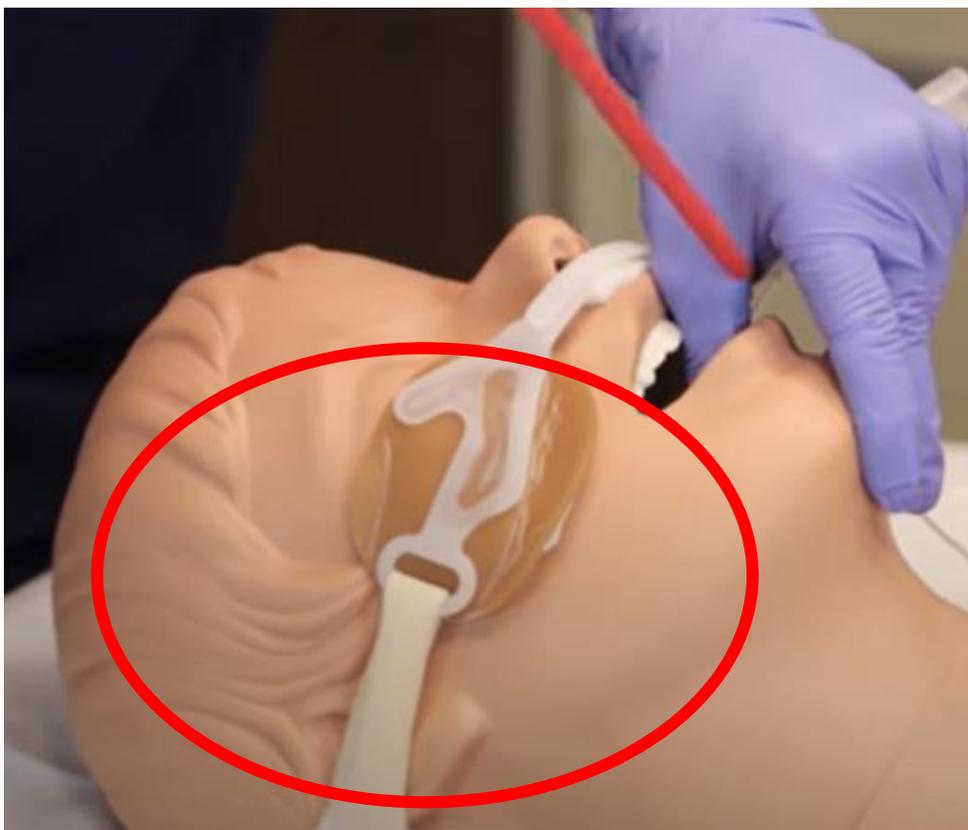
[Placement of a Linton Tube for Bleeding Varices - YouTube](#)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

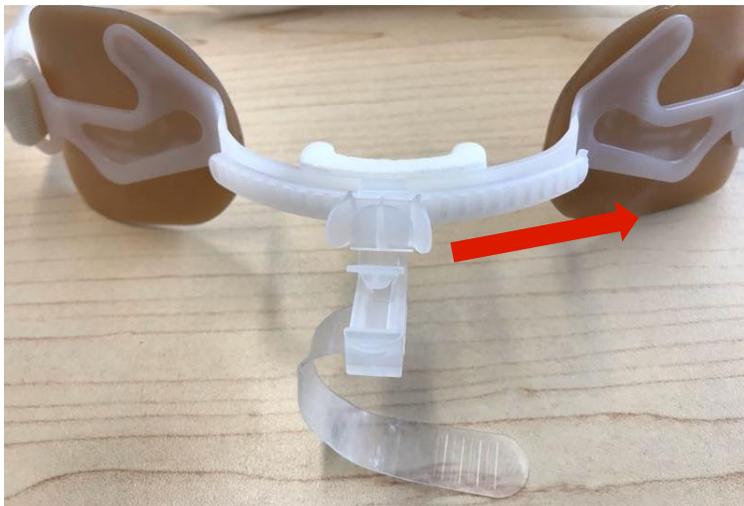
Québec

Vérification par l'inhalothérapeute → méthode de traction # 2

- 1- S'assurer que la fixation Hollister est intacte et bien fixée
 - Changer la fixation prn
 - Rasage de la barbe PRN
- 2- S'assurer que la courroie a/n du cou soit suffisamment serrée
 - Capable d'insérer 1 doigt maximum entre la courroie et le cou
- 3- Ajouter la 2^e attache tube sur le rail de la fixation pour faire la traction



Prendre une fixation Hollister (neuve) et retirer l'attache pour le tube endotrachéal du rail en le glissant vers le coté



Glisser l'attache sur le rail de la fixation Hollister de votre patient afin d'avoir 2 attaches tubes sur la même fixation.



Gonflement du ballonnet œsophagien



Si persistance des saignements,

- 1- Le médecin gonflera avec de l'air le ballonnet dans l'œsophage jusqu'à obtenir une pression d'environ 30-45 mm hg
- 2- Une fois le ballonnets gonflé, clamper avec une pince hémostatique

Aspiration des lumières de la sonde de tamponnement



Aspirer les 2 lumières gastrique et œsophagienne/ mettre sous succion intermittente de 60-120 mm Hg selon RX médical

<u>Surveillances spécifiques</u> Q 1h	<u>Gastrique</u>	<u>Oesophagienne</u>	<u>Surveillance infirmières</u>
<p>Vérifier le repère de traction de la sonde de tamponnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin si le repère de la traction n'est plus visible afin qu'il repositionne la sonde de tamponnement 	<p>*Ne jamais dégonfler le ballonnet gastrique si l'oesophagien est gonflé</p> <p>Irriguer la voie gastrique q 1h avec 50 ml de NaCl 0,9%</p>	<p>Si le ballonnet œsophagien est gonflé</p> <p>Irriguer la sonde Œsophagienne q 1h avec 10 ml NaCl 0,9%</p>	<p>q 2h</p> <p>Soins buccaux</p> <p>Aspiration des sécrétions buccales avec succion souple même si EVAC</p>
<p>Vérifier la position en cm du tube endotrachéal</p>		<p>Vérification de la pression du ballonnet œsophagien avec le manomètre: q h ou selon RX ,</p> <p>Aviser le médecin pour regonfler le ballonnet prn.</p> <p>Noté au plan de soins la pression voulue → 30-45 mm Hg</p>	<p>Tête de lit 30-45 °</p>
<p>Vérifier que les 2 voies des ballonnets sont bien clampés avec des pinces hémostatiques</p> <p>Garder au chevet en tout temps des ciseaux pour couper les ballonnets en cas d'urgence → permet un dégonflement rapide</p>		<p>Par le Médecin seulement</p> <p>Ajustement de la pression du ballonnet (prévenir la nécrose)</p> <p>↓5mm Hg q 3h jusqu'à 25 mm Hg si pas d'évidence de saignement</p> <p>Si reprise du saignement, regonfler à la pression initiale</p> <p>Dégonflement complet du ballonnet œsophagien → 5 min q 6h</p>	<p>Évaluer les SV et signes d'instabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> → La sonde de tamponnement peut entrainer une stimulation vagale (bradycardie) et une compression des voies respiratoire → Signes d'hypovolémie → Saignements, suivi de labo



Références

Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E., Brien, L., Houle, J., & Milhomme, D. (2019). *Soins critiques*. Montréal: Chenelière éducation. P:895-900

Wiegand, D. J. (2017). *AACN procedure for high-acuity, progressive, and critical care*. St. Louis, MO: Elsevier. p: 958-969

Vidéos

- [Placement of a Minnesota Tube for Bleeding Varices – YouTube](#)

https://www.youtube.com/watch?v=4FHliA_doWU.

- [Placement of a Linton Tube for Bleeding Varices – YouTube](#)

<https://youtu.be/VgfQqxP0mTc>

Documents de formation du CHUM

- Mise en place d'une sonde à ballonnet pour hémorragie digestive haute.
Document consulté le 2022-01-10
- TUBE BLAKEMORE/SENGSTAKEN/MINNESOTA.
Document consulté le 2022-01-10



Systeme de prise en charge de matiere fécale

Systeme de prise en charge de matiere fecale

Contre - indications

- Utilisation ≥ 29 jours consecutives: avant l'insertion d'un nouveau drain, un examen anatomique doit etre fait par le medecin pour s'assurer de l'integrite de la region anale, par la suite, le traitement peut etre poursuivi avec un nouveau drain
- Chirurgie rectale ou intestinale basse ≤ 1 an,
- lésion ou sténose anale ou rectale marquée: tumeur, hémorroïde grave, fécalome
- Ulcération ou inflammation de la muqueuse rectale ex: Crohn sévère
- Immunosuppression,
- hémorragie digestive basse
- thrombopénie
- Si porteurs d'un autre dispositif rectal ou anal: Thermomètre, suppositoires, lavement, drain...

Médecin

- Prescription médicale
- Toucher rectale avant installation

infirmière

- Vérifier l'intégrité du ballonnet pré-insertion en le gonflant
- Installer le drain
- Gonfler le ballonnet avec 45ml d'H₂O maximum (même si présence de fuite)
- Mettre un bouchon membrane sur le port INFLATE vert
- Irriguer q 8h avec 45ml d'H₂O via le port d'irrigation et le noter dans I/E
- Cesser après 29 jours d'utilisation continue, et réinstaller prn

Insertion



1- Avant d'insérer le drain, aspirer l'air se trouvant dans le ballonnet



2- Choisir le dispositif pour le gonflement **INFLATE** et y visser une seringue rempli de **45 ml d'EAU**



3- plier le bout vert de manière a faire un triangle (pour faciliter l'insertion) appliquer du lubrifiant et insérer a/n du rectum jusqu'à la ligne noir



4- Gonfler le ballonnet avec **MAXIMUM 45 ml** d'eau ou jusqu'à ce que le ballonnet témoin soit gonflé

5- Mettre un diachylon rose sur le port de gonflement pour éviter l'injection supplémentaire d'eau



DigniShield®

ÉVALUATION GASTROINTESTINALE				
	Nuit	Jour	Soir	
	Évaluation initiale : _____ h	Évaluation initiale : _____ h	Évaluation initiale : _____ h	
Abdomen	Inspection			
	Auscultation	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Augmentés <input type="radio"/> Diminué
	Palpation	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Absents*	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Absents*	<input type="radio"/> Normaux <input type="radio"/> Absents*
Nutrition	Nut. Entérale / Diète	LL _____	LL _____	LL _____
	Texture			
	% repas		Déjeuner : _____ % Dîner : _____ %	Souper : _____ % <input type="checkbox"/> Collation
Degré autonomie	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète	<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Supervision <input type="radio"/> Aide complète	
Selles	Système de gestion des selles Installé :	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL
		<input type="checkbox"/> Stomie (cf. Annexe stomie)		
Évaluation initiale gastrointestinale				

EXAMENS			
Accompagnement - Infirmerie/D&D/Pharm/M&S/n - Transport - Chaudière/Éclairage/Défense/Dort			
Selless	Système de gestion des selles Installé :	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL	Irrigation h : _____ Quantité H ₂ O pour irrigation : _____ mL
		<input type="checkbox"/> Stomie (cf. Annexe stomie)	

Irrigation via le port **D'IRRIGATION** q8h avec environ 40 mL d'eau

Votre patient a des fuites de selles?

- Ne PAS ajouter d'eau dans le ballonnet.
- Celui-ci se referme sur lui-même lorsqu'il est trop rempli pour éviter une pression excessive sur l'ampoule rectale.
- Si vous le remplissez à l'infini, en plus de la lumière obstruée, il grossira en diamètre et fera pression sur les tissus.

