



Chirurgie Thoracique

CSI soins intensifs

Révision partielle septembre 2022



Chirurgie Thoracique

Surveillances et interventions infirmières spécifiques

24-48 heures soins intensifs pour surveillance

Mobilisation et positionnement

- Tête de lit à 45 degrés en post-op immédiat pour éviter aspiration.
- Coucher du côté opéré, en laissant le côté non-opéré bien libre de respirer ou selon Rx

RX poumons die

- Vérification de la position du drain et l'évolution
- Pneumectomie: vérifier le n° de liquide pleural accumulé dans la cavité, La cavité pleurale se remplira de liquide pour rééquilibrer la pression à l'intérieur de la cavité thoracique et éviter un déplacement du médiastin

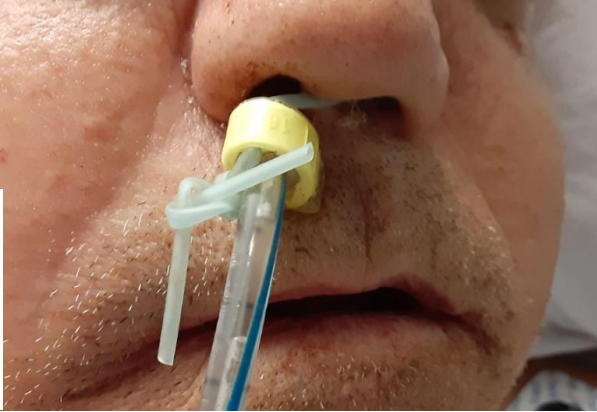
Pansement

- Cesser pansement 48 heures post-op
- Si pansement souillé dans les 48 premières heures post-op, ne pas renforcer, refaire le pansement

Surveillance Drain Thoracique

- Dosage, comment fixer, kit d'urgence

Surveillances et interventions spécifiques pour œsophagectomie



Bride nasale:
Installation et retrait
par le médecin

Aucune aspiration nasotrachéal,
Risque de rupture d'anastomose si
Œsophagectomie ou implant

Soins du tube nasogastrique

- Aucune mobilisation du tube nasogastrique
 - Ne pas réinstaller si se déplace ou si est retiré, aviser (souvent fixé avec points)
- Irrigation et aspiration du tube nasogastrique q 1h strict (chirurgie œsophage)
 - Éviter tension ou acidité sur les sutures
- Voie d'administration des médicaments et du gavage selon Rx

Soins de la jéjunostomie

- Surveiller site insertion
- Irrigation manuelle q 4h strict avec 30-50cc, même si gavage en cours
- Aucun résidus Gastriques
 - Pour tous les tubes avec l'extrémité localisé à l'extérieur de l'estomac
- Administration des médicaments
 - En suspension seulement
 - Aucune granule
 - Débloquer PRN selon [OC 2037 co-enzyme](#)

Chirurgie Thoracique

Complications postopératoires spécifiques

- Pneumothorax
- Hémothorax

ANNEXE DRAINS - SOINS INTENSIFS ET UNITÉ CORONARIENNE

Légende : ✓ : infirmière X : infirmière auxiliaire * : voir notes complémentaires

Date :	Type de drain	Nuit	Jour	Soir
Drain # _____ Site : _____		Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ % <input type="checkbox"/> Refait à h : _____ Particularités : _____	Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ % <input type="checkbox"/> Refait à h : _____ Particularités : _____	Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ % <input type="checkbox"/> Refait à h : _____ Particularités : _____
Système de drainage		Liquide drainé : _____ <input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet	Liquide drainé : _____ <input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet	Liquide drainé : _____ <input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet
Drain retiré	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Pansement compressif		

Pneumothorax

Rupture de la plèvre pariétale ou viscérale: entrée d'air dans l'espace pleural
Affaissement partiel ou complète du poumon, (perte de la pression négative)
Entraîne un déséquilibre V/Q et un shunt en lien avec la sous ventilation des alvéoles affaissées

Spontané

Primaire: patient sans pneumopathie

Secondaire: patient avec pneumopathie

Manifestation Clinique:

- ↓ amplitude pulmonaire coté atteint
- Tirage
- Déviation de la trachée
- ↓ ou Ø MV
- Emphysème S/C
- Hypoxémie et hypercapnie au gaz artériel

Diagnostique:

- Rx pulmonaire

Traitement:

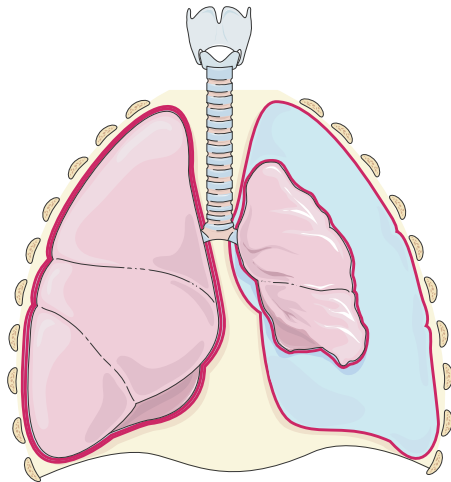
- Oxygénothérapie
- Évacuer l'air de l'espace pleural
- Drain thoracique si > 15 %
- Intubation PRN
- Surveillance des complications
- Assurer confort du patient

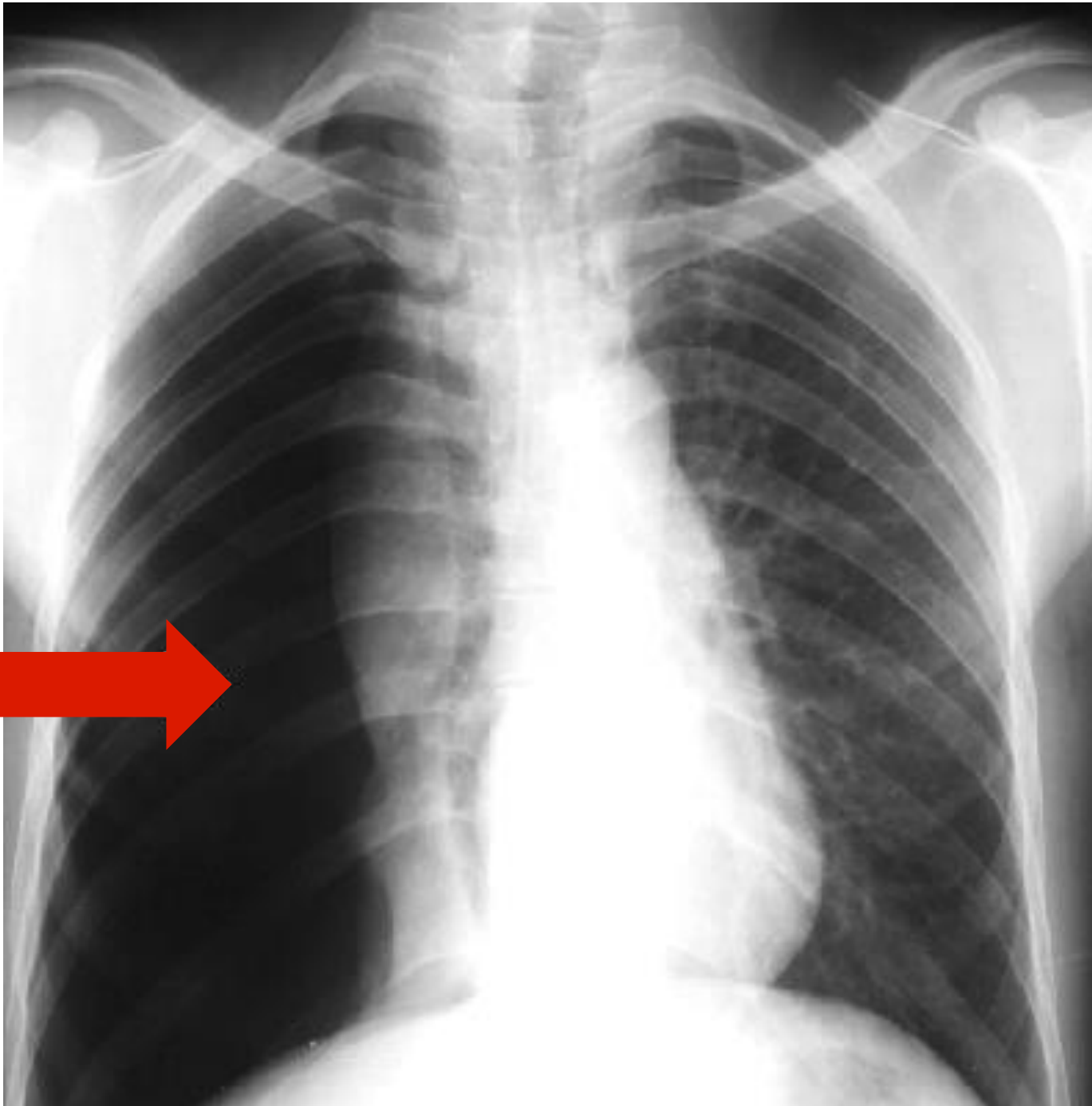
Traumatique

Fermé: Lacération de la plèvre viscérale, air des poumons entre dans la plèvre

Iatrogénique: Idem à fermé mais survient suite à une intervention diagnostique ou thérapeutique

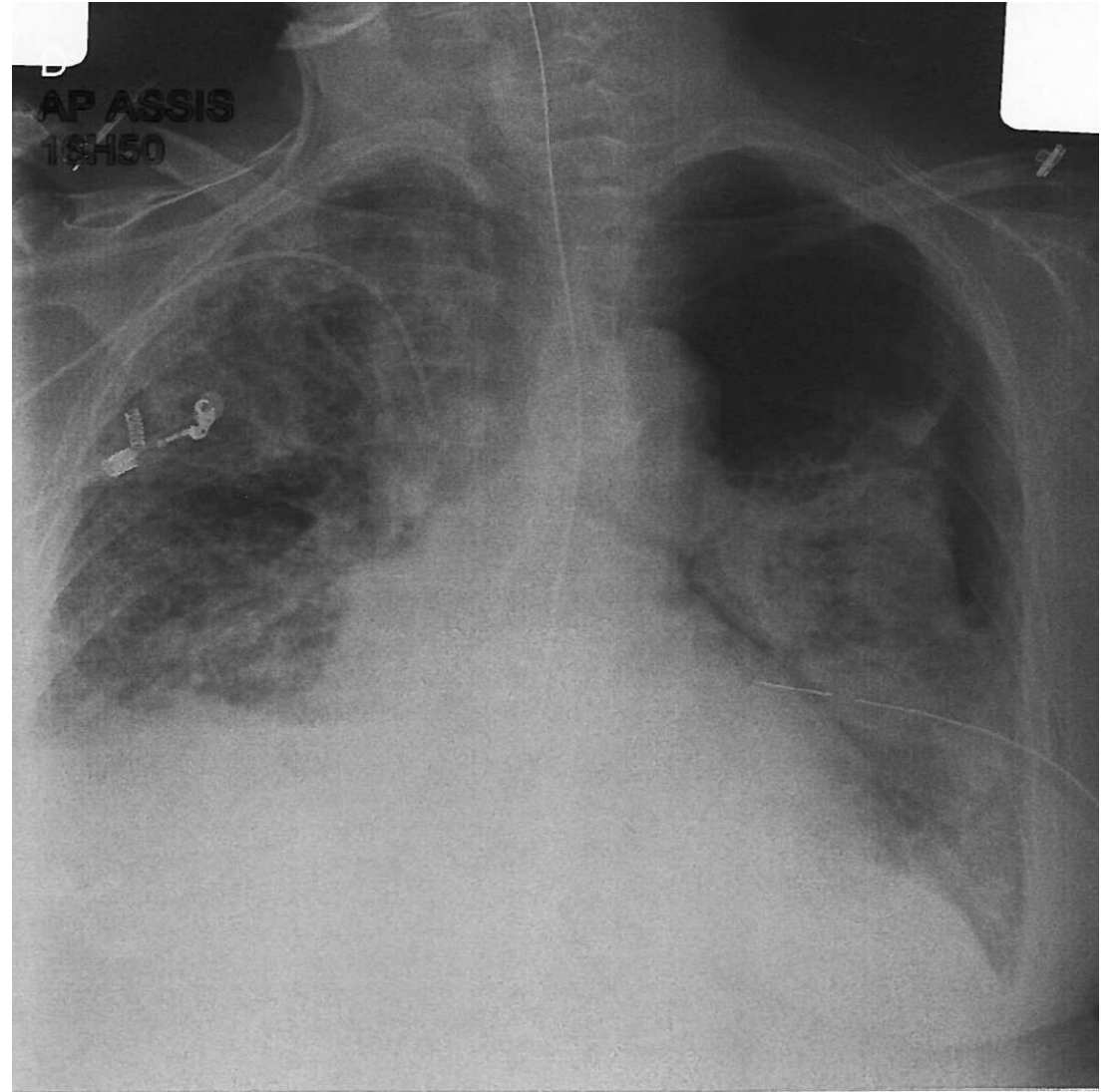
Ouvert: Lacération de la plèvre pariétal, air atmosphérique entre dans l'espace pleural





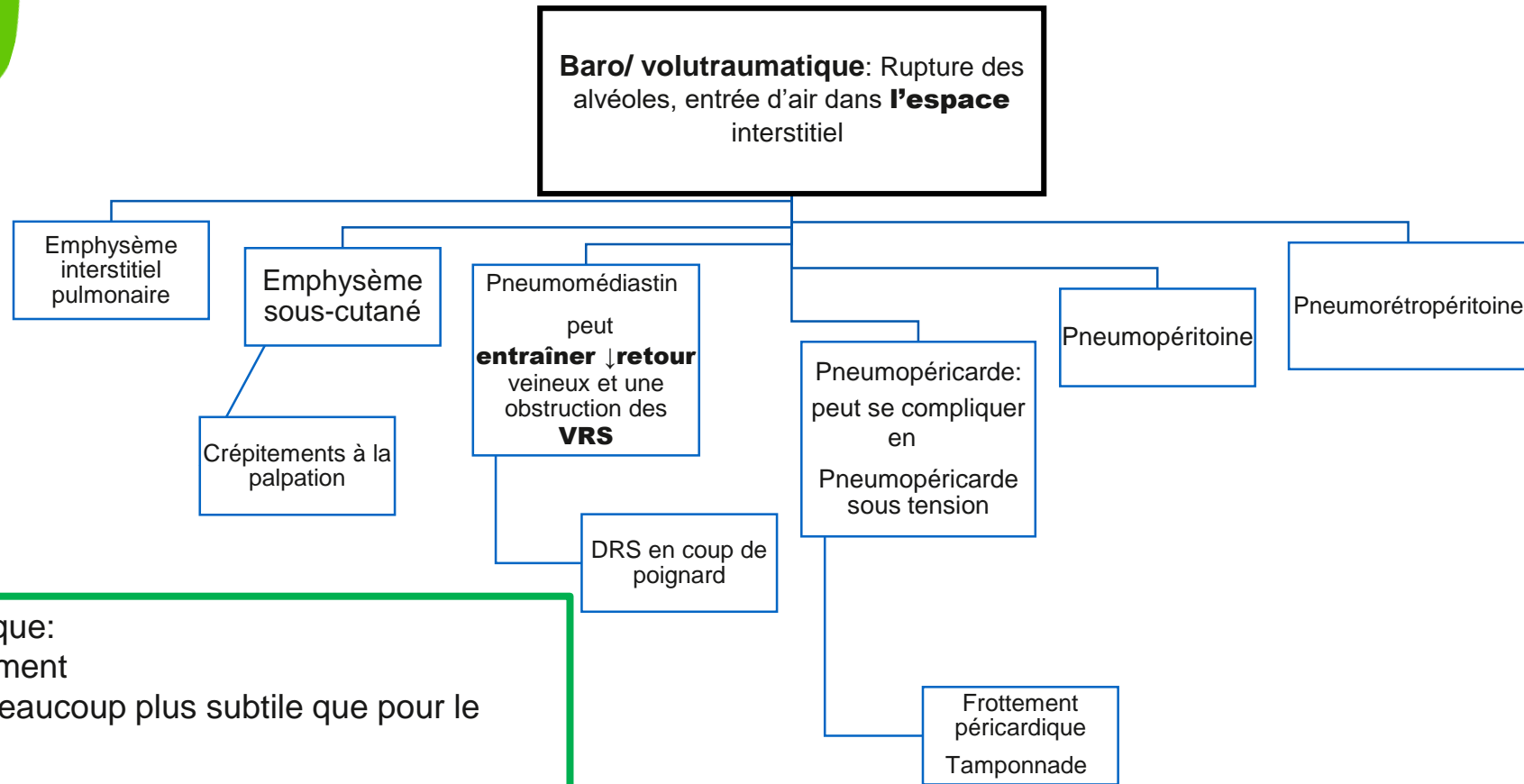
Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal





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

Québec



Manifestation Clinique:

- Selon emplacement
- Manifestation beaucoup plus subtile que pour le pneumothorax

Diagnostique:

- Rx pulmonaire

Traitement:

- Oxygénothérapie
- Évacuer l'air de l'espace où il se trouve
- Intubation PRN
- Surveillance des complications
- Assurer confort du patient

Hémothorax

Saignement et accumulation de sang dans la cavité pleurale
Massif si > 1500 ml

Saignement artériel:
intercostal, thoracique, pulmonaire, cardiaque

- Urgence Médicale
- Intervention chirurgicale / angiographique stat
- Drain thoracique
- Réanimation liquidienne Cristalloïde, colloïde, sang

Saignement veineux:
pulmonaire, cardiaque

- Drain thoracique
- Réanimation liquidienne Cristalloïde, colloïde, sang
- Thoracotomie si :
saignement \geq à 200 ml/h x 2-4 h
si \geq 1500 ml à l'installation avec persistance du saignement
si lésions majeures a/n des structure cardiovasculaire.

Parenchyme pulmonaire:
saignement à basse pression

Se résorbe spontanément

↑ Pression intrapleurale
↓ capacité vitale pulmonaire
Perte de sang → ↓ retour veineux et ↓ DC

Manifestations cliniques:

- MV ↓ ou Ø
- Affaissement des jugulaires
- Douleur thoracique en coup de poignard
- Manifestation de choc hypovolémique:
↓ TA -↑ RC, tachypnée, cyanose, oligurie

Drain Thoracique

- Rétablir une pression négative dans la cavité pleurale
- Drainage de l'air ou du liquide présent dans la cavité pleurale

Surveillances et interventions Infirmière

- Auscultation, symétrie, amplitude, respiration
- Pansement: q 2jours + prn. S'assurer d'être capable de palper sous le pansement pour déceler les anomalies comme emphysème s/c...
- Emphysème Sous-cutanée, délimiter prn – en précisant date et heure
- Site d'insertion
- Fixation des jonctions et a/n crête iliaque
- Tubulure intacte bien positionné
- Position du Pleurévac: vertical, plus bas que le site d'insertion
- Drainage
- Retrait du drain thoracique: pansement compressif avec corps gras x 48 heures. Si un changement de pansement est nécessaire laisser la première compresse avec le corps gras en place et procéder à la réfection du pansement

Au chevet en tout temps:

- 2 pinces hémostatiques plates
- Compresse 4x4
- Corps gras
- Pansement adhésif (Hypafix)

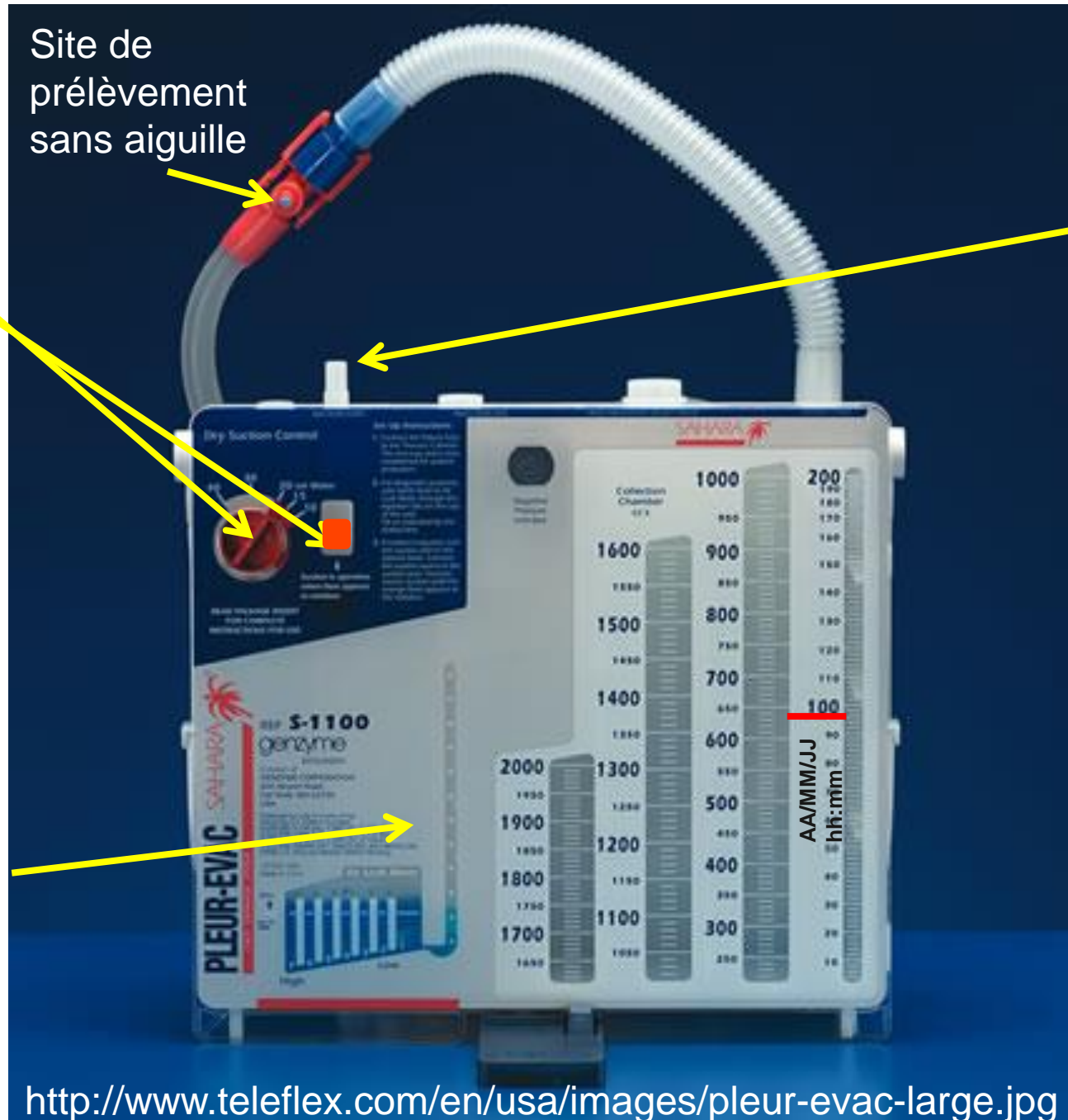
Indicateur de succion

- Régler en fonction de la Rx (-20 cm H₂O)
- Ajuster la succion murale en fonction de la bille témoin (doit apparaître dans la fenêtre indépendamment du niveau en mm Hg au mur

Indicateur du bullage et d'oscillation

- Oscillation: signe de perméabilité du drain. Varie en fonction du changement de pression intra -thoracique
- Bullage constant = fuite dans le système
- Bullage intermittent à l'expiration + si pneumothorax

Site de prélèvement sans aiguille



<http://www.teleflex.com/en/usa/images/pleur-evac-large.jpg>

Prise de succion

- Lorsque succion cessée ou si drainage libre, doit être dégagée: si obstrué, ↑P intrapleurale = risque de pneumothorax sous tension

Indicateur de pression négative

YES: système en pression négative

Chambre de drainage

- Surveillance q h
- Aviser si drainage >100 cc/h
- Aviser si augmentation soudaine de la quantité de liquide drainé
- Dosage q 8h

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

Québec



Clamper le drain: Oui ou Non?

- Clamper moins de 60 secondes pour:
 - Changement de boîtier
 - Localiser une fuite
 - Déconnection accidentelle

- Clamper le drain plus de 60 secondes:
 - **Rx médicale seulement**
 - Sevrage du drain
 - Drainage abondant

Autres drains



Drainage fermé:

- Drain sur sac collecteur
- Pig tail



Drainage aspiratif:

- Jakson-Pratt, Hémovac

Drainage ouvert:

- Penrose

- Pansement q 2 jours et prn
- Dosage q 8h ou selon écoulement
- Traire Drain q 8h
- Palper pourtour des drains
- Aviser si:

- Drainage s'arrête brusquement ou écoulement devient abondant subitement
- Changement a/n écoulement (anormal)
- Impossibilité de rétablir la succion

ANNEXE DRAINS - SOINS INTENSIFS ET UNITÉ CORONARIENNE				
Légende: ✓ : infirmière X : infirmière auxiliaire * : voir notes complémentaires				
Date :	Type de drain	Nuit	Jour	Soir
Drain # _____		Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle	Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle	Succion : _____ <input type="checkbox"/> Oscille <input type="checkbox"/> Bulle
Site : _____		Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ %	Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ %	Pansement <input type="radio"/> Intact <input type="radio"/> Souillé _____ %
		<input type="checkbox"/> Refait à h : _____	<input type="checkbox"/> Refait à h : _____	<input type="checkbox"/> Refait à h : _____
		Particularités : _____	Particularités : _____	Particularités : _____
Système de drainage		Liquide drainé : _____	Liquide drainé : _____	Liquide drainé : _____
		<input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet	<input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet	<input type="checkbox"/> Matériel d'urgence au chevet
Drain retiré	Heure : _____	<input type="checkbox"/> Pansement compressif		

Références

- Marieb
- Geoq
- NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016. (Supersedes 2014-138). (2016). doi:10.26616/nioshpub2016161
- Société canadienne du cancer
- Lymphome Canada
- Association canadienne des infirmières en oncologie
- INSPQ, Pratiques entourant la manipulation des médicaments dangereux dans les établissements de santé du Québec, Bulletin d'information toxicologique, Vol 34-2, 2018.
- Formation donnée par Billy Vinette printemps 2019, conseiller clinicien en soins infirmiers par interim programme oncologie, CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal
- Vioral, A. N., & Wentley, D. (2015). Managing Oncology Neutropenia and Sepsis in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 38(2), 165-174. doi:10.1097/cnq.0000000000000058



Références

<http://portails.inspq.gc.ca/toxicologieclinique/les-antidotes-en-toxicologie-durgence.aspx>

http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/ca08/html/ca08_13/ca08_13.htm

<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article153>

http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/erysipele-long-00.pdf

<http://www.hopital-dcss.org/soins-services-hopital/informations-medicales/item/145-eventrations.html>

http://medecineamiens.fr/Cours/L3/M1_PHEFI/UE_Regulation_Dysregulation/06_2_Insuffisance_Renale.pdf

Burns, S.M. (2014). AACN. Essentials of Critical Care Nursing. (3^e éd.). New-York: McGraw-Hill Education.

Carney, N., Totten, A.M., O'Reilly, C., Ullman, J.S., Hawryluk, G.W.J., Bell, M.J., ..., Ghajar, J. (2017). Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery*, 80(1),6-15. DOI:10.1227/NEU.0000000000001432

Jones, H.A. (2009). Arterial transducer placement and cerebral perfusion pressure monitoring: a discussion. *Nursing in Critical Care*, 14(6), 303-310.

Urden, L.D., Stacey, K.M. & Lough, M.E. (2014). Critical care nursing. *Soins infirmiers. Soins critiques*. (7^e éd.). Adaptation française par L.A. Brien, J. Houle, D. Milhomme et A. Tanguay. Québec: Chenelière Éducation



Références

Schmit, U., Bittner, E., Pivi, S. & Marota, J.J.A. (2010). Hemodynamic Management and outcomes of Patients Treated for Cerebral Vasospasm with Intraarterial Nicardipine and Milrinone. *Anesthesia & Analgesia*, 110(3), 895-902.

Pinet, L., Luu, C. et collaborateurs. (2016). Manuel d'administration des médicaments intraveineux (clientèle adulte). Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Lexicomp Online. (2018). Repéré à <http://online.lexi.com/lco/action/home>

Brunner et Suddarth. (2011). Soins infirmiers. Médecine et chirurgie. Volume 4: Fonctions rénale et reproductrice. (5^e éd.). Adaptation française par Suzanne C. Smeltzer et Branda G. Bare. Québec: ERPI.

Brunner et Suddarth. (2011). Soins infirmiers. Médecine et chirurgie. Volume 6: Fonctions sensorielle, neurologique et musculosquelettique. (5^e éd.). Adaptation française par Suzanne C. Smeltzer et Branda G. Bare. Québec: ERPI.



Références

- American Association of critical-care nurses (2011). *AACN Procedure manual for critical care* (sixth edition) St. Louis, Missouri : Elsevier, 565-567
- MSI: cadre de référence sur l'administration de l'alimentation entérale, consulté le 27 août 2019



CIUSSS
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

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

Québec 