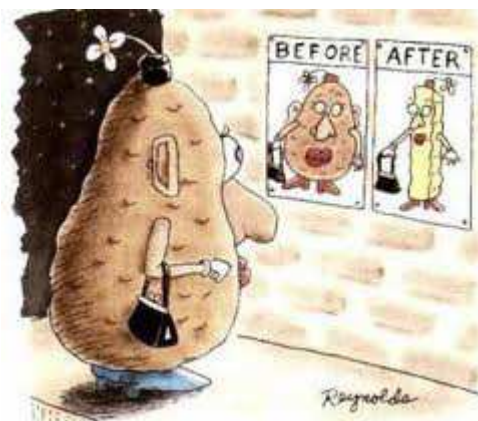


# **LIVRET D'ACCUEIL DES ETUDIANTS INFIRMIERS SERVICE DE CHIRURGIE B**



**PC INFIRMIER : 04.90.11.23.12**

**CADRE DE SANTE : 04.90.11.23.11**

**SECRETARIAT : 04.90.11.23.10**

# SOMMAIRE

<b>1. PRESENTATION DU SERVICE</b>	<b>1</b>
<b>2. PRESENTATION DE L'EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE</b>	
a) Equipe médicale	1
b) Equipe paramédicale	2
<b>3. FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES SOINS</b>	<b>2</b>
<b>4. DEROULEMENT DU STAGE</b>	<b>3</b>
<b>5. OBJECTIFS DE STAGE ATTENDUS PAR LE SERVICE</b>	
a) 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> semestre	4
b) 3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> semestre	5
c) 5 <sup>ème</sup> et 6 <sup>ème</sup> semestre	6
<b>6. ROLE DE L'ENCADREMENT DE STAGE</b>	<b>7</b>
<b>7. EVALUATION</b>	<b>8</b>
<b>8. APPRECIATION DU STAGE</b>	<b>9</b>

## ANNEXES

- Différentes pathologies rencontrées en Chirurgie B
- Mini questionnaire
- Appreciation de stage
- Les différents soins à acquérir lors de votre stage en chirurgie B

## **1. PRESENTATION DU SERVICE**

Le service de chirurgie B se situe au 1<sup>er</sup> étage, bâtiment nord, à droite en sortant de l'ascenseur réservé au public, après l'hôpital de jour.

Le service comprend 25 lits :

- 4 chambres seules + 1 chambre de surveillance
- 10 chambres doubles

Les chambres vont du numéro 116 à 130.

Les visites sont autorisées de 12h à 20h.

- Pathologies rencontrées :

- digestives (appendicite, cholécystite, sigmoïdite, hernie inguinale, cancer du colon...)
- urologiques (prostatite, colique néphrétique, rétention urinaire...)
- chirurgies bariatriques (sleeve, by-pass, anneau gastrique)

## **2. PRESENTATION DE L'EQUIPE MEDICALE ET PARA-MEDICALE**

### **a) Equipe médicale**

- Chef de pôle : Dr COHEN ALORO Gilbert

- Chef de service : Dr MARSY Marc

- Chirurgiens digestifs :

- Dr MANOLI Philippe
- Dr PHILIPPE Olivier
- Dr MARSY Marc
- Dr COHEN ALORO Gilbert

- Chirurgien urologue : - Dr NAAMAN Ahmad

- Médecin généralistes :

- Dr BARTHOU Jean
- Dr CASTAGNINI André

- Intervenants extérieurs :
- anesthésistes
  - médecins spécialistes (cardiologues, pneumologue, gastro entérologues, gériatres...)
  - kinésithérapeute
  - diététiciennes
  - assistantes sociales
  - psychologue, psychiatre
  - équipe escarres et plaies chroniques
  - équipe CLAN (nutrition)/CLUD (douleur)
  - ELSA Santé

### **b) Equipe paramédicale**

- effectif quotidien :
- 1 cadre de santé
  - 2 IDE de jour et 1 IDE de nuit
  - 2 AS de jour et 1 AS de nuit
  - 1 ASH de jour
  - 2 secrétaires médicales

- effectif global :
- 9 IDE
  - 9 AS
  - 2 ASH

## **3. FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES SOINS**

### - Journée type :

Une IDE en J1 de 7h15 à 19h15 et une IDE en J2 de 7h45 à 19h45.

L'IDE de nuit travaille de 19h30 à 7h30.

*Le matin :* distribution des médicaments, prise des paramètres vitaux, préparation des blocs,

visites médicales, pansements...

*Le midi* : distribution des médicaments, injections, glycémie capillaire...

*L'après-midi et soir* : distribution des médicaments, injections, paramètres vitaux, surveillances post-opératoire, dossiers sortants, accueil et préparation des opérations programmées...

Il y a ainsi 2 IDE la journée en 12h qui sont sectorisées. Le 1<sup>er</sup> secteur va de la chambre 116 à 123 et le 2<sup>ème</sup> secteur de la chambre 124 à 130.

*La nuit* : plusieurs tours sont réalisés pour la distribution des médicaments, des injectables et autres perfusions (20h, 22h, 00h, 6h). L'IDE de nuit continue la surveillance post opératoire des patients opérés du jour et assure l'accueil des patients admis en urgences. En collaboration avec l'AS, des changes sont effectués à plusieurs reprises. Vers les 6h, l'équipe prépare les deux premières personnes prises au bloc ce jour là, administre les perfusions et effectue les prises de sang.

#### - Filière d'admission :

- *entrées programmées* : les patients sont attendus, passent au bureau des entrées pour réaliser leur entrée administrative, puis sont accueillis dans le service.
- *entrées par les urgences* : les patients sont admis aux urgences puis dans le service après accord du chirurgien de garde.
- *entrées directes* : les patients venant des consultations externes doivent passer par le bureau des entrées avant d'être admis dans le service.
- mutation inter-service
- autres admissions (autres hôpitaux...)

## **4. DEROULEMENT DU STAGE**

Les horaires de stage sont soit de 7h15 à 14h15 ou de 12h45 à 19h45.

Vous avez la possibilité de travailler en 12h, le week-end ou de nuit suivant votre projet professionnel, avec l'accord de votre IFSI et du Cadre de santé du service.

Lors de votre 1<sup>er</sup> jour de stage, vous serez accueilli par votre tuteur de stage qui vous présentera à l'équipe soignante et vous fera visiter le service. Le déroulement de la journée vous sera expliqué. Votre tuteur vous présentera le livret d'accueil de l'hôpital et celui spécifique aux EIDE.

Afin de mieux vous connaître, il serait souhaitable de vous munir de votre Portfolio dès le 1<sup>er</sup>

jour. Cela permettra de réaliser ensemble un premier point sur vos compétences acquises au cours des précédents stages.

Votre planning vous sera attribué. Nous fixerons ensemble des dates des bilans de stage, celles d'un parcours patient.

Un parcours de stage est mis en place pour chaque étudiant en fonction du parcours patient : accueil du patient, préparation pré-opératoire, bloc, salle de réveil, suite opératoire et préparation à la sortie, journée stomathérapie et plaies chroniques, stérilisation, journée en orthopédie et à l'hôpital de jour.

Au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine, vous devrez nous présenter vos objectifs de stage. Par la suite, nous vous demanderons de travailler sur des démarches de soins et des situations apprenantes, telles que :

- La préparation du patient en vue d'une gastroplastie
- La surveillance post-opératoire d'une résection endoscopique de la prostate.

Ces situations vous permettront d'avoir une approche réflexive des principales pathologies pouvant être rencontrées au sein du service de chirurgie B.

Il s'agit là d'un travail de recherche et d'analyse afin de vous inciter à faire des liens, nécessaires pour une prise en charge holistique du patient.

## **5. OBJECTIFS DE STAGE ATTENDUS PAR LE SERVICE**

### - 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> semestre :

#### ➤ **Objectifs généraux**

- Connaissance des différentes pathologies rencontrées dans le service,
- Préparation des blocs et surveillance post-opératoire,
- Prise en charge de 1 ou 2 patients dans le cadre du rôle propre et du rôle délégué
- Identification des besoins en nursing
- Réalisation des soins de base en technique :
  - ⇒ Toilette complète ou partielle
  - ⇒ Capiluve
  - ⇒ Pédiluve
  - ⇒ Soins de bouche
  - ⇒ Prévention d'escarres
  - ⇒ Aide aux repas / Aide à la marche
- Entretien quotidien de l'environnement du patient
- Installation du patient (pour le repas, pour se reposer)
- Nettoyage et désinfection d'un lit vide
- Réfection d'un lit (vide ou occupé)

- Accueil du patient et de sa famille
- Surveillance des constantes : pouls, température, TA , fréquence respiratoire, état de conscience
- Surveillance de la glycémie capillaire
- Surveillance de l'élimination : diurèse, selles
- Surveillance de la bonne prise de médicaments
- Surveillance de l'efficacité des traitements et des effets secondaires
- Reconnaître les différents signes de douleur et évaluer son intensité (EVA)
- Analyse d'urines, Pansement simple
- Lavement évacuateur
- Prélèvement veineux
- Participation aux dossiers de soins (recueil des données)
- Participation aux transmissions écrites et orales
- Participation à la visite médicale
- Injection en SC
- Lavage simple des mains et lavage hygiénique

➤ **Objectifs spécifiques**

- Connaître l'anatomie de l'appareil digestif et urinaire
- Connaître les différentes interventions (cholecystectomie, appendicectomie, colectomie, RTUP, sleeve...)
- Préparation d'un patient pour une intervention + un retour de bloc
- Sensibilisation et intérêts de la surveillance post opératoire (constantes, diurèse, pst, drains)
- Pansement simple
- Soins de base

**- 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semestre :**

➤ **Objectifs généraux**

- Les mêmes objectifs que ceux de la 1<sup>ère</sup> année
- Prise en charge de 4 à 6 patients / 2 démarches de soins
- Planification des soins des patients pris en charge
- Elaboration de transmissions écrites
- Prélèvement veineux (excepté la détermination des groupes sanguins)
- Inscription des données sur les formulaires adéquats
- Préparation pose et surveillance de perfusion, calcul débit
- Préparation du patient pour différents examens
- Préparation, administration des médicaments et surveillance de l'efficacité
- Pansement stérile et non stérile
- Hémodcultures : préparation du matériel, exécution du soin

- Pose d'une sonde à oxygène (ou lunettes) et surveillance
- Injections en IM et IV
- Mesure liquide de drainage (drains, redons, aspiration gastrique)
- Premier lever chez un patient opéré
- Enregistrement d'ECG
- Pose d'une sonde vésicale et surveillance
- Ablation d'une sonde
- Soins de stomie

➤ **Objectifs spécifiques**

- Connaissance des traitements couramment utilisés dans le service
- Ablation de drain
- Pansement avec lame, peters
- Ablation d'agrafes, points
- Surveillance neurologique (TC- PC)
- Surveillance patient lié à l'alitement

**- 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestre :**

➤ **Objectifs généraux**

- Les mêmes objectifs que ceux de la 2<sup>ème</sup> année.
- Se situer en tant que professionnel dans une équipe pluri disciplinaire
- Connaissance du rôle de chaque agent dans les différentes équipes
- Prise en charge de 8 à 10 patients / 3 démarches de soins
- Pose et surveillance de dérivés sanguins
- Connaissances pharmaceutiques
- Pansement de VVC/PAC
- Branchement d'une perfusion sur une chambre implantable.
- Administration de stupéfiants
- Application de la législation concernant les stupéfiants (le prélèvement sera effectué en présence de l'IDE qui devra contre signer la feuille de relevé.
- Préparation et surveillance de seringues auto-pousseuses (calcul de débit ml/heure)
- Aspirations endotrachéales
- Pose d'une sonde nasogastrique et administration des produits (alimentaires ou médicamenteux)
- Soins et surveillance de patient en assistance nutritive entérale
- Prélèvement de sang artériel en vue de gazométrie
- Prélèvement sanguin en vue de détermination de groupe (le prélèvement sera effectué en présence de l'IDE qui devra contre consigner le formulaire
- Se familiariser avec les commandes de produits pharmaceutiques
- Prise en charge psychologique



➤ **Objectifs spécifiques**

- Préparation pré opératoire concernant la chirurgie digestive et urologique et surveillance post opératoire.
- Transfusions

## **6. ROLE DU L'ENCADREMENT DE STAGE**

**Le Maître de stage et le tuteur sont responsables de l'encadrement en stage.**

### **Le maître de stage :**

\* Accueille et intègre l'étudiant

- Apporte toutes les informations nécessaires sur le lieu et l'organisation du stage
- Présente l'étudiant aux équipes et s'assure de son intégration
- Valide le planning et le parcours de stage de l'étudiant
- Permet à l'étudiant de se positionner dans le lieu de stage
- Gère les situations problématiques et fait le lien avec les IFSI.

### **Le tuteur de stage :**

\* Assure le suivi de l'étudiant pendant le stage

- Accompagne l'étudiant dans l'établissement de ses objectifs
- S'assure de la qualité de l'encadrement de proximité
- Réalise des entretiens réguliers
- Répond aux questions de l'étudiant
- Règle les difficultés éventuelles

\* Assure l'évaluation des compétences acquises

- Identifie les points forts et les lacunes
- Aide l'étudiant à s'autoévaluer
- Évalue ou fait évaluer les acquis au fil du stage et suit la progression de l'étudiant, à l'aide des outils et du portfolio
- Établi avec l'étudiant ses objectifs de progression

\* Le tuteur détient un rôle très important tout au long du stage car il va permettre, à travers son encadrement, de construire un parcours d'apprentissage à complexité croissante favorisant l'autoévaluation de l'étudiant. Il se doit de promouvoir le développement de la communication pluri professionnelle de l'étudiant afin qu'il puisse s'épanouir dans sa formation.

### **Le professionnel de proximité :**

\* Assure le suivi et la formation de l'étudiant

- Organise les activités d'apprentissage de l'étudiant, en lien avec les éléments du référentiel de compétences

- Questionne, explique, montre, mène des activités en duo et laisse progressivement l'étudiant mener des activités en autonomie
- Accompagne, indique ce qui est conforme aux bonnes pratiques et ce qui doit être amélioré (explique les risques, réglementation, sécurité...)

## **L'approche réflexive**

Le temps où il suffisait de montrer, voire d'expliquer est révolu.

Maintenant, comme cela a toujours été fait implicitement, il est nécessaire d'y incorporer une autre dimension, celle de transmettre le sens logique de la pratique soignante.

Entrer dans la logique de compétences demande de lâcher prise sur la réalisation d'actes professionnels séquentiels et de privilégier le champ du sens de l'activité de soins prodigués.

## **7. EVALUATION**

Afin de suivre votre évolution sur l'acquisition des actes proposés dans le service, une grille récapitulative sera mise à votre disposition (cf annexes).

Des évaluations hebdomadaires ainsi qu'un bilan de mi-stage seront effectués à l'aide de votre Port Folio et de la grille des soins propre au service. Ils vous permettront de progresser et de réajuster vos objectifs de stage.

L'appréciation finale sera réalisée par le tuteur de stage, qui aura préalablement consulté l'équipe soignante sur les points positifs, les axes d'amélioration et élaborera un commentaire sur le déroulement du stage.

### **Bilans intermédiaires :**

Pour les stages de 10 semaines, des bilans intermédiaires pourront être proposés à l'étudiants ;

Exemple : à 2 et 7 semaines

### **Bilan de mi-stage :**

Il sera pratiqué avec le tuteur de stage en milieu de stage.

Il aura comme finalité de :

- Amener l'étudiant à s'exprimer par rapport à son vécu, ses attentes et ses difficultés
- Amener le professionnel à cibler les points positifs et les points à améliorer
- Déterminer de façon collégiale les objectifs à atteindre en termes de progrès.

### **Bilan de fin de stage et auto-évaluation :**

Ce dernier a comme finalité de définir :

- L'atteinte des objectifs
- L'intérêt professionnel
- Le vécu du stage
- Les acquisitions

L'auto-évaluation permet à l'étudiant de se donner la capacité d'évaluer avec un esprit critique. Il prend conscience de ce qu'il sait et ne sait pas faire.

Elle permet une autonomisation ainsi qu'une prise de responsabilité de l'étudiant.

## **9. APPRECIATION DU STAGE**

Vous aurez la possibilité de remplir une feuille d'appréciation de stage qui permettra à toute l'équipe d'améliorer l'encadrement des EIDE.

**BON STAGE A TOUS.....**

**LES DIFFERENTES**  
**PATHOLOGIES**  
**RENCONTREES EN**  
**SERVICE DE CHIRURGIE**

**B**

# UROLOGIE

---

## **-RTUP** : résection transurétrale de la prostate

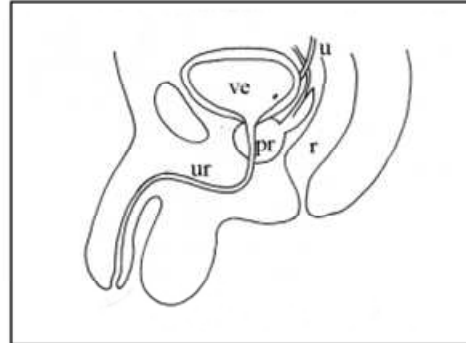
### LA PROSTATE

La prostate est une glande située sous la vessie.

Pour sortir de la vessie, l'urine doit passer à travers le prostate, par l'urètre.

Le rôle de la prostate est avant tout de participer à la formation du liquide séminal.

**Légende :** **pr** : prostate , **r** : rectum , **u** : uretère ,  
**ur** : urètre , **ve** :vessie ;



### POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

L'augmentation de volume de la prostate, ou adénome prostatique, est une pathologie bénigne qui peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie.

L'absence de traitement vous expose au risque :

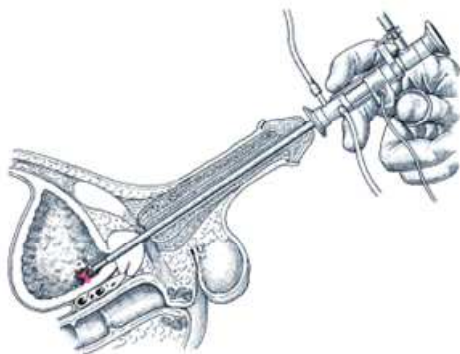
- d'une détérioration des possibilités de vidange de la vessie : évacuation incomplète de la vessie, voire impossibilité complète d'uriner ( rétention )
- d'infection et/ou de saignement urinaire
- de détérioration des reins

L'intervention de résection endoscopique n'enlève pas toute la prostate, mais seulement la partie centrale responsable de l'obstacle. Cette intervention ne met pas à l'abri de la survenue ultérieure d'un éventuel cancer de la prostate. Selon les conseils de votre urologue, la surveillance de la prostate restante peut être recommandée.

### D'autres moyens possibles ?

- l'adénomectomie sus-pubienne qui consiste à enlever l'adénome en ayant recours à une intervention chirurgicale ouverte, en passant par une incision à la partie basse de l'abdomen
- l'incision cervico-prostatique
- par ailleurs, d'autres traitements sont en cours d'évaluation et font appel notamment à l'utilisation du laser, de la chaleur, du froid, des radiofréquences ou des ultrasons

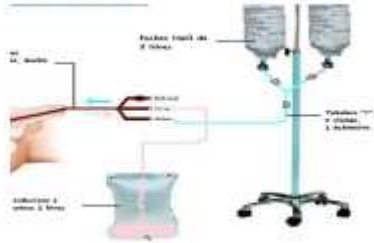
## **-RTUV** : résection transurétrale vésicale



**Indications :** c'est le traitement initial standard pour les tumeurs non infiltrantes, c'est-à-dire les cancers superficiels de la vessie, classifiés, CIS, Ta ou T1.

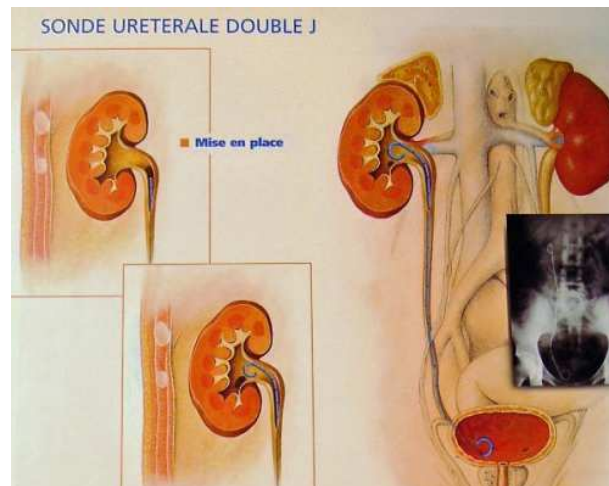
C'est aussi une option initiale pour certaines tumeurs invasives limitées au tissu superficiel. Permet également d'effectuer une biopsie diagnostique.

**Les irrigations** : installation au bloc opératoire d'une sonde de FOLEY double courant suite à une RTUP/RTUV pour permettre de nettoyer la région opérée et la vessie afin de limiter les saignements.



## **SONDE DOUBLE JJ**

Cette sonde a été implantée sous endoscopie (par les voies naturelles), et a pour but de permettre aux urines de s'évacuer du rein vers la vessie, tout en évitant la cause de l'obstruction au niveau de l'uretère. Cette sonde est temporaire, et devra donc être retirée ou remplacée selon la pathologie ou la stratégie thérapeutique prévue par le chirurgien.



## **COLIQUES NEPHRETIQUES**

Une crise de colique néphrétique désigne des douleurs paroxystiques, violentes, spontanées ou provoquées (secousses) de la fosse lombaire allant vers les organes génitaux. Elle est le résultat d'une obstruction des voies urinaires, le plus souvent consécutive à un calcul rénal (lithiase). Bien souvent, le diagnostic est clinique parce que le patient a eu une hématurie et a éventuellement émis un calcul, ou parce qu'il est lithiasique connu et que ce n'est pas sa première crise. La colique néphrétique est une urgence médico-chirurgicale. La crise se caractérise par des urines très rouges (hématurie macroscopique) et des symptômes et douleurs qui varient selon la position du calcul dans l'uretère. Par exemple, lors d'un calcul se situant à l'entrée de la vessie, il est fréquent chez l'homme de trouver des douleurs au niveau des testicules.

## **PYELONEPHRITE**

Une pyélonéphrite est une infection bactérienne des voies urinaires hautes, touchant donc le bassinet (pyélite) et le parenchyme rénal (néphrite), compliquant ou s'associant à une infection et/ou inflammation des voies urinaires basses. La contamination des voies urinaires se fait par voie ascendante à partir des flores digestive, génitale et cutanée. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont des bactéries Gram négatif (BGN) types entérobactéries, Escherichia coli en tête. La pyélonéphrite est plus fréquente chez les femmes de 15 à 65 ans mais peut également se rencontrer à tout âge, ainsi que chez les hommes. Le diagnostic chez la personne jeune est généralement facile, il repose sur la clinique (apparition d'une fièvre et d'une douleur lombaire unilatérale dans les suites d'une cystite mal soignée), sur les examens biologiques (principalement la présence de germes à l'examen des urines (ECBU)) et d'imagerie (échographie rénale et radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) à la recherche d'un obstacle, de lithiase, de signe de complications). La prise en charge dépend de l'existence de signes de gravité ou de complications associées. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, à débiter d'emblée, initialement probabiliste puis secondairement adapté à l'antibiogramme.

## **POSTHECTOMIE OU CIRCONCISION**

Terme correspondant à l'acte de circoncision réalisé pour un motif médical et non rituel. Le prépuce est retiré et une suture est effectuée entre la peau du pénis et la muqueuse située autour du gland. Un allongement du frein est réalisé dans le même temps.

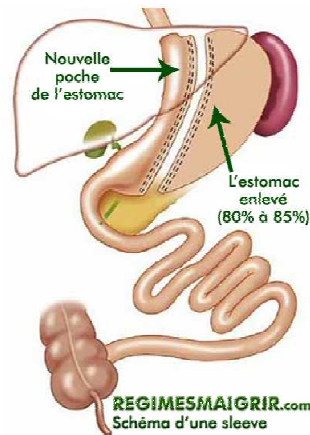
## **LES DIFFERENTS TROUBLES URINAIRES**

La dysurie, la pollakiurie, la polyurie, la rétention urinaire, l'anurie, l'hématurie, l'incontinence urinaire, l'oligurie...



## SLEEVE GASTRECTOMIE

La gastrectomie « sleeve » consiste en la résection verticale de plus des 2/3 de l'estomac. Les aliments vont d'abord être ralentis pendant leur passage dans le tube, puis être évacués très rapidement dans l'intestin grêle. L'intérêt porté outre son caractère restrictif, diminue le taux de ghréline, qui est l'hormone de la faim, ce qui entraîne un désintérêt pour la nourriture.



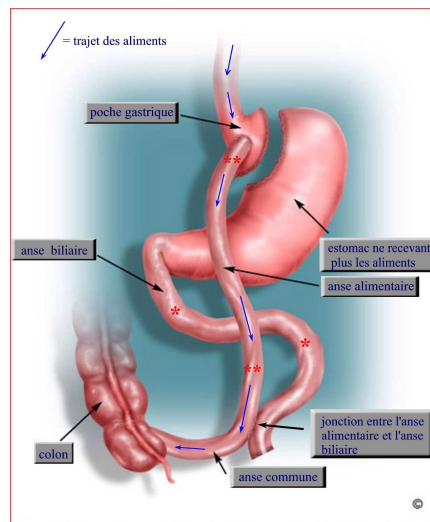
## GASTROPLASTIE OU ANNEAU GASTRIQUE

L'anneau gastrique consiste à mettre un anneau en silicone, dont le calibre est modifiable facilement, autour de la partie supérieure de l'estomac. Elle va séparer l'estomac en deux poches. Les aliments vont passer lentement à travers l'anneau gastrique. Lorsqu'on avale une petite quantité de nourriture bien mâchée, celle-ci va descendre dans la poche supérieure située au dessus de l'anneau gastrique. Cette poche va un peu se dilater, ce qui va stimuler le centre de la satiété. L'anneau peut être resserré ou desserré grâce à un boîtier situé sous la peau au niveau de l'abdomen sous les côtes. Le principal intérêt est de rétablir la sensation de satiété.



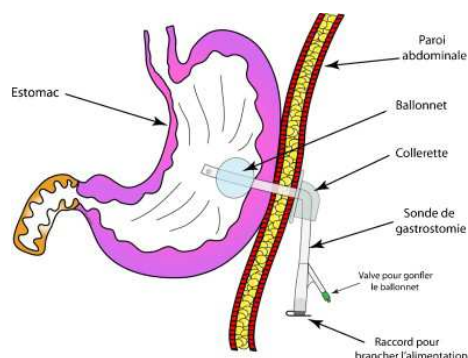
## BY-PASS

L'intervention consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Les aliments ne passent plus par l'estomac et la partie supérieure du tube digestif, ils vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle. L'opération combine la diminution de l'ingestion des aliments à une diminution de leur réabsorption au niveau de l'intestin grêle. Le by-pass agit par plusieurs mécanismes qui associent une restriction, une malabsorption (les aliments sont moins digérés), un dumping-syndrome (les aliments très sucrés en quantité importante entraîne un malaise général), une diminution du taux de ghréline.



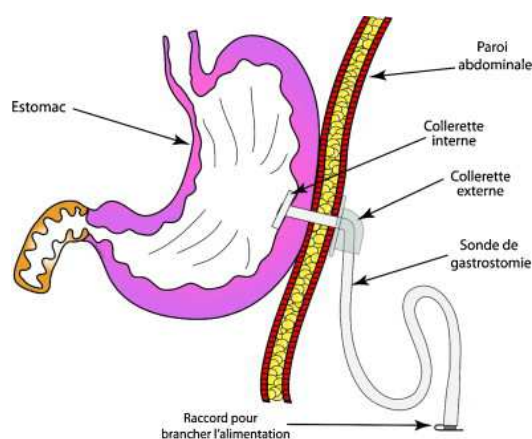
## GASTROSTOMIE PERCUTANEE RADIOSCOPIQUE

La GPR est une méthode radiologique permettant la pose non chirurgicale d'un dispositif d'accès à la cavité gastrique autorisant une nutrition par voie entérale. Réalisable sous anesthésie locale. Le repérage est échographique et radio guidé. Le but est la mise en place d'une sonde adaptée à la nutrition, un dispositif interdisant le reflux alimentaire dans la paroi abdominale, une voie de rinçage du circuit. Il est alors utile de fixer la paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale. L'estomac est ponctionné sous repérage radiographique. La sonde est introduite.



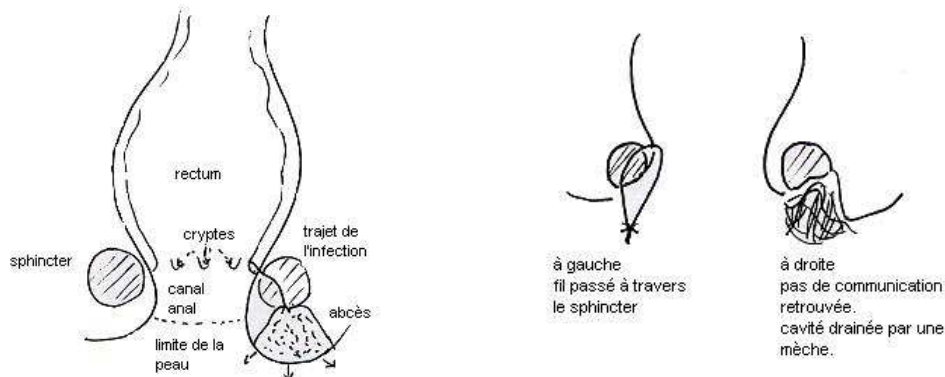
## GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE

Technique de nutrition thérapeutique basée sur l'administration de mélanges nutritifs liquides qui vont directement dans l'estomac en court circuitant l'œsophage. Un fibroscope est introduit dans l'estomac. Ce dernier est gonflé par insufflation d'air. La source de lumière de l'endoscope est dirigée vers la paroi externe. Une incision est faite permettant d'y introduire un guide métallique saisi par le fibroscope. Ce dernier est retiré et le guide métallique connecté au cathéter de gastrostomie. La traction du guide permet le passage du cathéter dans l'œsophage, l'estomac et à travers l'incision cutanée.



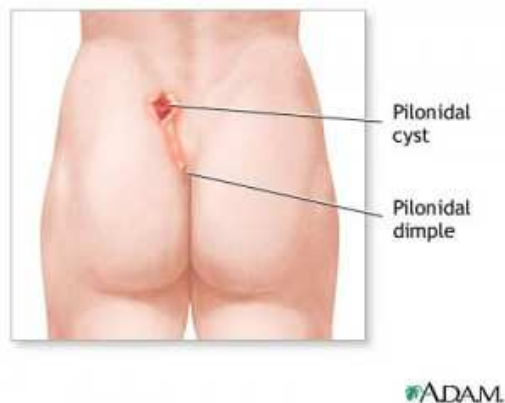
## L'ABCES DE LA MARGE ANALE

C'est du pus collecté dans l'espace graisseux qui entoure la partie basse du rectum (appelé canal anal). L'origine est l'infection d'une glande située à la partie haute de ce canal. Ces glandes s'ouvrent à la muqueuse dans des sortes de replis, les cryptes. Elles peuvent s'obstruer, s'infecter. Elles perforent alors la paroi du rectum et contaminent les graisses qui l'entourent. Cela se traduit par des douleurs, de la fièvre, une tension rouge de la peau au voisinage de l'anus. L'opération consiste à inciser, à évacuer l'abcès ainsi que tous les tissus infectés.



## KYSTE PILONIDAL

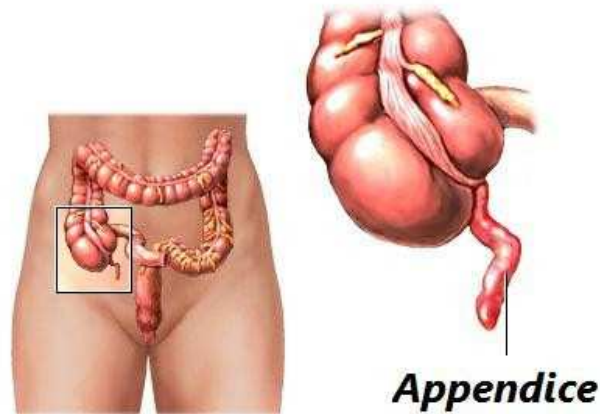
C'est un kyste qui se développe tout le long du coccyx près de la fente des fesses. Ces kystes contiennent en général des débris de poils et de la peau.



## L'APPENDICITE

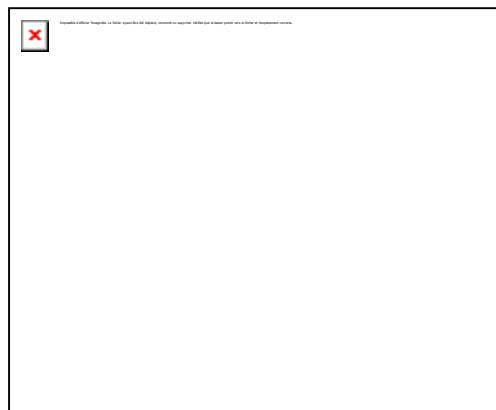
L'appendicite est une inflammation de l'appendice vermiforme (diverticule) du cæcum (portion initiale du gros intestin) tantôt aiguë, tantôt chronique, et qui nécessite l'ablation de celui-ci.

---



## Hernie inguinale et ombilicale

Une hernie est le passage d'un organe, le plus souvent l'intestin grêle, à travers un orifice naturel. On parle de hernie inguinale lorsque la hernie siège juste au-dessus du pli de l'aîne, de hernie crurale lorsqu'elle est située en dessous du pli de l'aîne et de hernie ombilicale quand la hernie est placée au niveau du nombril.



Beaucoup plus rarement, il existe des hernies latérales, sur la paroi abdominale, située entre l'insertion des muscles abdominaux (hernie de Spiegel).

## Diverticule

Un diverticule est une petite cavité en forme de sac qui émerge d'une structure tubulaire. En anatomie, ce terme fait habituellement référence aux multiples diverticules situés le long du gros intestin. Ces diverticules peuvent s'infecter, en cas de présence de matières fécales compactes par exemple. Ce trouble porte le nom de "diverticulite".

## Brides

Brides : adhérences fibreuses secondaires à une intervention chirurgicale.

La bride péritonéale est une cicatrice fibreuse à l'intérieur de la cavité abdominale. Elle est tendue comme une ficelle entre deux points du contenu de l'abdomen.

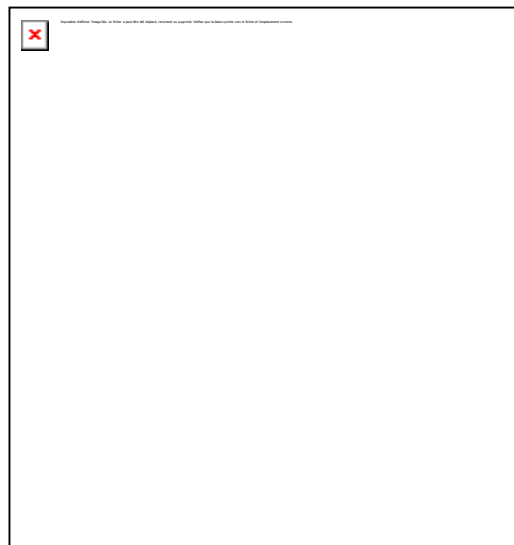
## Occlusion

L'occlusion intestinale: un syndrome défini par l'arrêt du transit intestinal, du fait d'un obstacle (occlusion mécanique) ou d'une paralysie du tube digestif (occlusion fonctionnelle).

L'occlusion intestinale est une des principales urgences abdominales. Elle peut toucher l'intestin grêle ou le gros intestin. En cas de rétrécissement intestinal, l'obstruction intestinale est incomplète alors qu'en cas d'iléus, l'obstruction intestinale est complète.

Occlusion mécanique : tumeur bénigne ou maligne, brides, hernie étranglée, volvulus...

Occlusion fonctionnelle :  
péritonite



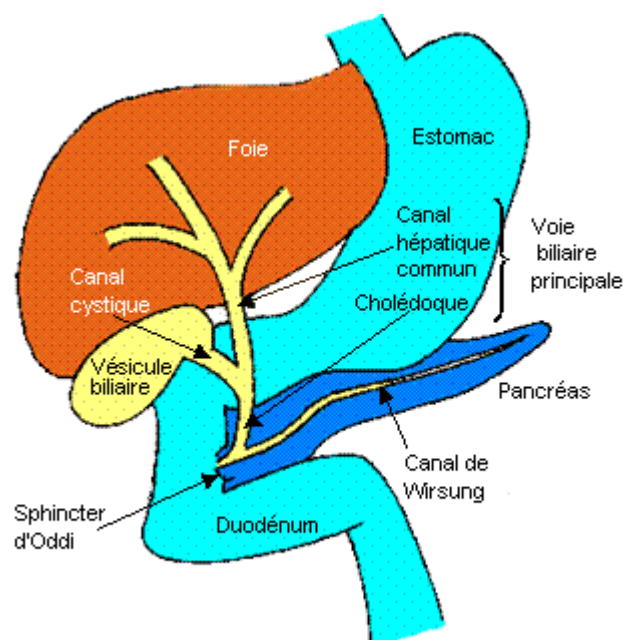
## Volvulus

Torsion. accident ou enroulement d'un organe creux (estomac, intestin) sur lui-même ou autour de son point d'attache

Cet accident entraîne une obstruction.

## Vésicule biliaire

La vésicule biliaire a pour fonction de concentrer et stocker la bile produite sous une forme diluée par le foie. Elle assure aussi la sécrétion de la bile qui est acheminée par les canaux cystiques vers le duodénum afin d'aider la digestion. La vésicule est un organe bleu-vert, long de sept centimètres, situé sous la partie inférieure du foie. La bile est composée de cholestérol, de sels biliaires et de pigments biliaires. La vésicule n'est pas vitale à la survie de l'être humain et elle peut être enlevée sans que cela n'entraîne d'effets secondaires graves. La cristallisation des sels biliaires entraîne l'apparition de calculs (lithiases) qui nécessitent souvent une intervention chirurgicale.



## **La diverticulose**

Définition : affection rependue et caractérisée par la présence de protubérance : les diverticules ( hernie de la muqueuse) à travers la paroi du colon.

La complication est la diverticulite soit l'inflammation des diverticules.

Causes : inconnue mais un déséquilibre alimentaire par manque de fibre a été évoqué mais non prouvé.

Signes : douleurs fosse iliaque gauche, hyperthermie, trouble du transit avec diarrhées et constipation.

Complications : occlusion, abcès , hémorragie, péritonite par perforation.

## **Maladie de crohn**

Définition : maladie inflammatoire chronique atteignant une ou plusieurs partie du tube digestif ( le plus souvent le colon) et caractérisée par 2 phases d'activités : les phases de poussés et les phases de rémission.

Causes : inconnue

Signes : lors des poussées= douleurs abdominales, trouble du transit : diarrhées avec parfois des saignements, une altération de l'état générale avec asthénie, anorexie, et amaigrissement, fièvre.

Complications : occlusion par rétrécissement d'un segment intestinal, et abcès. Les complications pouvant parfois amené à une ablation d'une portion intestinale.

Alimentation : pas de régime particulier sauf en période de crise ou une alimentation sans résidu peut être mis en place afin de diminué les douleurs abdominale et les diarrhées.

## **Rectocolite hémorragiques**

Définition : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, touchant plus spécifiquement le rectum et s'étendant plus ou moins haut vers le caecum.

Elle évolue en 2 phases entre rémissions et poussées

Causes : inconnue

Signes : diarrhées hémorragiques, altération de l'état générale avec perte de poids et anorexie, douleurs abdominales.



## **Sigmoïdites**

Inflammation d'une partie du colon (le sigmoïde)

Signes : douleurs fosse iliaque gauche, hyperthermie, trouble du transit (diarrhée ou constipation)

Complication : abcès, occlusion intestinales, péritonite sur perforation.

Alimentation : Sans résidu

## **Peritonites**

Définition : inflammation aigue du péritoine. La péritonite est une urgence en chirurgie digestive.

Péritoine : Séreuse enveloppant l'ensemble des viscères digestifs.

Causes : Perforation digestive, appendicite, pancréatite, sigmoïdite, salpingite, cholécystite.

Signes : hyperthermie, vomissement, arrêt du transit, ventre tendu, ballonné et contracturé.

## **Colectomie et stomie**

### ➤ Colectomie

Définition : Résection d'un segment plus ou moins étendue du colon.

Causes : Maladie inflammatoire (maladie de Crohn, RCH), lésions malignes, pathologie diverticulaires compliqués (infection ou récidence, abcès ou perforation)

A froid, en dehors de l'urgence, le rétablissement du circuit digestif est effectué dans le même temps opératoire.

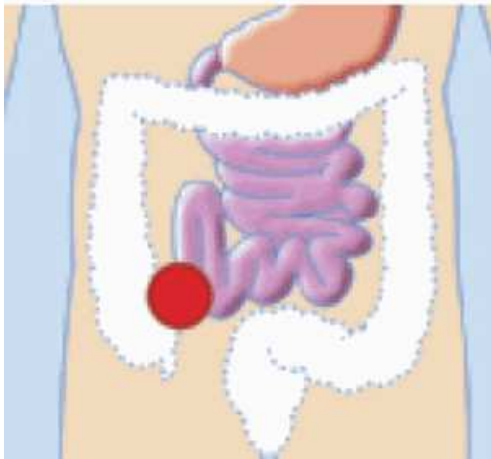
Dans le cas contraire, une stomie digestive peut être mis en place.

➤ Stomies digestives

Définition : C'est l'abouchement chirurgical temporaire ou définitif d'un segment de l'appareil digestif à la paroi abdominale.

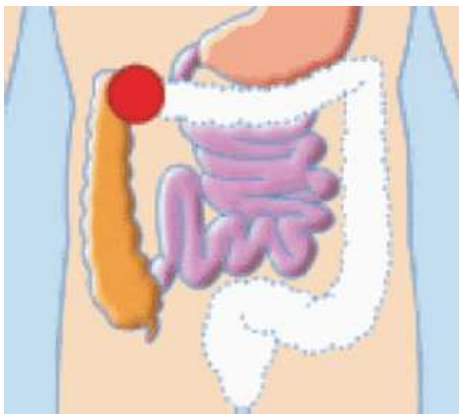
L'ileostomie : iléon abouché à la paroi abdominale. Les selles sont liquides et abondante en post opératoire puis après ¾ semaine l'iléon va acquérir certaines propriétés et les selles vont être moins liquides et moins volumineuses.

Une alimentation sans résidu peut être mise en place en post opératoire immédiat.

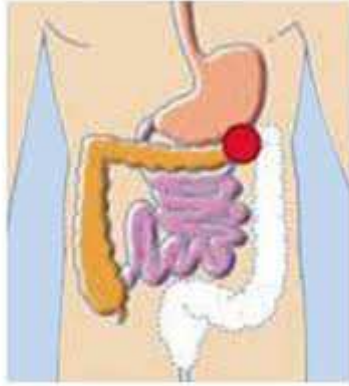


Colostomie : Le colon est abouché à la paroi abdominale. Il existe différentes colostomie selon la partie du colon abouché à la peau.

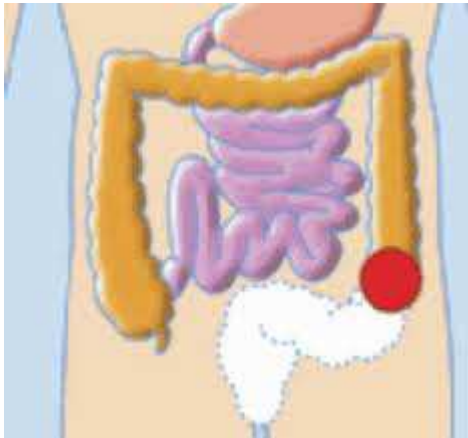
Colostomie transverse droite : c'est-à-dire abouchement du colon ascendant droit. Les selles sont liquides et abondantes.



- Colostomie transverse gauche : L'abouchement du colon transverse gauche. Les selles sont pâteuses et l'évacuation fréquente.



- Colostomie gauche : abouchement du colon gauche descendant. Les selles sont solides et l'évacuation intermittente.



## **MINI QUESTIONNAIRE**

*De quoi dépend la reprise alimentaire?*

*En quoi consiste le régime sans résidus?*

*Qu'elles sont les démarches à effectuer à l'entrée programmée d'un patient ainsi qu'à la sortie ?*

*Quels sont les principaux risques post opératoire ? Comment en assurer leurs apparitions?*

# APPRECIATION DU STAGE

## Identification de l'étudiant

Année de formation

- 1<sup>ère</sup> année  
 2<sup>ème</sup> année  
 3<sup>ème</sup> année

## Identification de stage :

Période de stage : .....

Service : .....

## Votre Accueil :

1. Avez-vous bénéficié d'un accueil ?  Oui  Non

Si oui, par qui ? .....

2. Avez-vous reçu les informations concernant :

- L'organisation de l'établissement  Oui  Non
- Le fonctionnement du service  Oui  Non
- La spécificité du service  Oui  Non
- L'organisation des soins  Oui  Non
- Les outils et protocoles du service  Oui  Non
- La composition de l'équipe  Oui  Non
- Votre planning de stage (horaires, repas...)  Oui  Non

## Vos modalités d'encadrement :

3. Un tuteur a-t-il été désigné pour vous accompagner au cours du stage ?

Oui  Non

4. Avez-vous élaboré des objectifs de stages (attentes)

Oui       Non

Si oui, ces objectifs ont été présentés à qui : .....

5. Le bilan de mi-stage a-t-il été effectué ?

Oui       Non

Si oui, par qui ? .....

6. L'évaluation du stage a été faite en présence :

- Cadre de santé du service
- Tuteur
- Equipe soignante
- Etudiant

Si vous n'avez pas participé au bilan de fin de stage, une argumentation vous a-t-elle été faite ?  Oui  Non

Si oui, par qui ? .....

### Votre bilan d'apprentissage :

7. Le développement de vos acquis au cours du stage a été dans le domaine :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant
Des soins de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins éducatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quelles compétences particulières avez-vous pu acquérir ou développer pendant le stage :

.....  
.....  
.....  
.....

9. Avez-vous rencontré des difficultés durant le stage  Oui  Non

Si oui lesquelles ?

.....  
.....  
.....

10. Situez votre degré de satisfaction ce stage :

Très satisfaisant

Satisfaisant

Peu satisfaisant

## LES DIFFERENTS SOINS A ACQUERIR LORS DE VOTRE STAGE EN CHIRURGIE B

Soins	Non acquis	Observé	En cours d'acquisition	Acquis
Accueil/Sortie				
Soins de nursing				
Préparation pré-opératoire				
Surveillance post-opératoire				
Pose/retrait VVP				
Préparation de perfusions				
Pansement/Ablation/Surveillance VVC				
Pose/Retrait/Surveillance PAC				
Pose/Retrait SNG				
Pose/Retrait SAD				
Glycémie capillaire				
Prélèvements veineux				
Prélèvements artériels				
Pansements simples				
Mobilisation/ablation drains				
Mobilisation/Ablation lames				
Soins irrigation				
Pansements avec méchage				
Ablation points/agraves				
Soins de stomie				
EKG				
Injection sous-cutanée				
Pompe volumétrique				
Calcul de dose				
Seringue électrique				
Irrigations urinaires				
NORTON/IMC				
Administratifs				