

Date de création du document :

| | |
|--|-----------------|
| Version rédigée par : Christel DESCHAMPS | Le : 29/05/2017 |
| Version validée par : | Le : |
| Version approuvée par : DQGR | |
| Objet de la modification : | Page(s) : |

1. OBJET

Réalisation de fermetures sous-cutanées et cutanées lors d'interventions chirurgicales au bloc digestif et gestion des risques associés par l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE) dans le cadre de sa compétence exclusive.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire est seul habilité à accomplir les actes ou activités, dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par les chirurgiens digestifs, sous réserve qu'un chirurgien puisse intervenir à tout moment :

La fermeture sous-cutanée et cutanée des patients opérés au bloc de chirurgie digestive

Cette procédure s'adresse aux Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat ayant validé la formation de 49 heures aux actes relevant de la compétence exclusive. Elle sera mise en œuvre au bloc opératoire de chirurgie générale et digestive vasculaire de l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris.

Les Infirmiers en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire et les infirmiers faisant fonction d'IBODE peuvent participer en présence d'une IBODE à la fermeture sous cutanée et cutanée d'un patient.

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

Les actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des IBODE font l'objet d'un cadre réglementaire:

- **Code de la Santé Publique**

- **Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015** relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

- **Arrêté du 27 janvier 2015** relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

- **Arrêté du 12 mars 2015** modifiant l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

4. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

Fermeture sous-cutanée : lorsqu'une incision chirurgicale est profonde, la fermeture requiert un plan sous cutané. Il permet de rapprocher des berges du derme et/ou de l'hypoderme, ce qui favorise la cicatrisation et diminue le risque de complications locales à type d'hématome ou d'infection.

Fermeture cutanée : toute incision chirurgicale de la peau requiert une fermeture cutanée permettant de rapprocher des berges de l'épiderme et diminue le risque de complications locales à type d'hématome ou d'infection.

IBODE : infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé d'Etat
SSPI : salle de soins post interventionnelle

5. DESCRIPTION DE LA DEMARCHE

5.1 Identifier les différentes techniques de fermeture

5.1.1 Plan cutané

Utilisation de fils résorbables ou non résorbables

- Point simple séparé : maintien des berges en contact sans contraindre les tissus ;
- Point séparé de Blair Donati : rapprochement fort des deux berges, favorise l'hémostase. Leur solidité leur offre une place de choix dans les sutures sur des zones de forte mise en tension. Risque d'ischémie tissulaire s'ils sont trop serrés. Le fil peut s'enfouir s'il est laissé en place trop longtemps ;
- Le surjet simple : utilisation d'un fil non résorbable, permet un parfait affrontement des berges. Le risque principal est l'impossibilité d'évacuer les exsudats ;
- Le surjet intradermique : utilisation d'un fil résorbable, permet un parfait affrontement des berges. Le risque principal est l'impossibilité d'évacuer les exsudats.

5.1.2 Plan sous-cutané

Utilisation de fils résorbables

- Point simple inversé : rapprochement efficace des berges profondes ;
- Surjet passé : sa solidité en fait une technique de choix pour suturer le péritoine après une laparotomie.

5.2 Choisir la technique de fermeture en fonction des risques potentiels liés à l'intervention et au patient

5.2.1 Types d'interventions en chirurgie digestive

- Chirurgies par laparotomie ou par coelio-chirurgie et vidéo
- Chirurgie de la thyroïde et para thyroïdes
- Chirurgie de l'œsophage
- Chirurgie du reflux gastro-œsophagien et hernies hiatales
- Chirurgie de l'estomac
- Chirurgie de l'intestin grêle
- Chirurgie du colon
- Chirurgie du rectum
- Chirurgie de l'anus
- Chirurgie du foie
- Chirurgie des voies biliaires extra-hépatiques
- Chirurgie de l'hypertension portale
- Chirurgie du pancréas
- Chirurgie des hernies
- Chirurgie des éventrations
- Chirurgie de la rate

5.2.2 Risques liés à l'intervention et mesures de prévention

- Risque hémorragique : vérification de l'hémostase sous-cutanée
- Risque d'ischémie tissulaire : suture trop serrée, ablation de la suture

- Risque de désunion immédiate ou différée de la suture : reprise du patient au bloc opératoire pour réfection de la suture
- Risque d'éventration : surveillance du maintien des sutures
- Risque d'éviscération : surveillance du maintien des sutures
- Risque d'infection du site opératoire : surveillance de la cicatrice, absence de rougeur, douleur, de signes d'inflammation, de température

5.2.3 Risques liés au patient

- Score ASA du patient
- Altération état général
- Troubles de la coagulation
- Radiothérapie pré opératoire
- Reprise chirurgicale
- Patient immunodéprimé

5.3 Choisir les dispositifs médicaux stériles adaptés aux caractéristiques du patient et à la nature de l'incision

5.3.1 Types d'incisions en chirurgie digestive

- Cervicotomie uni ou bilatérale
- Incision pour chirurgie de la thyroïde
- Thoracotomie
- Incision sous costale
- Médiane sus et/ou sous ombilicale
- Orifices de trocards
- Incision inguinale
- Incision de Mac Burney
- Incision de Pfannenstiel

5.3.2 Types de dispositifs médicaux

- Fil serti tressé résorbable
- Fil serti tressé non résorbable
- Fil serti mono filament résorbable
- Fil serti mono filament non résorbable
- Colle cutanée
- Agrafes résorbables ou non résorbables
- Stéri-strip

5.3.3 Caractéristiques du patient

- Age du patient
- Obésité
- Antécédents de chéloïdes

5.4 Choisir les instruments correspondants à la technique et aux caractéristiques du patient

5.4.1 Types d'instruments

Plateau fermeture ou sachet paroi

Temps opératoire propre nécessitant du matériel spécifique dédié : instruments courts

- Pincés à disséquer atraumatiques
- Pincés à disséquer à griffes
- Pincés à hémotase
- Porte-aiguilles
- Ciseaux à fils
- Ecarteurs de Farabeuf
- Ecarteurs de Hartman

5.5 Mettre en œuvre les différentes techniques de fermeture

5.5.1 Adapter la technique de fermeture au mode d'hospitalisation du patient

- Hospitalisation conventionnelle
- Hospitalisation ambulatoire

5.5.2 Assurer la traçabilité de la fermeture sous-cutanée et cutanée dans le dossier patient

- Feuille de suivi per opératoire du patient
- Check-list sécurité du patient au bloc opératoire HAS
- Feuille de liaison service / bloc / SSPI

5.6 Contrôler la fermeture, le drainage et identifier les anomalies

5.6.1 Contrôle terminal avant mise en place du pansement

- Etanchéité de la fermeture cutanée et affrontement des berges
- Aspect esthétique de la fermeture cutanée
- Efficacité du drainage par capillarité ou par aspiration (cf. acte relatif à la compétence exclusive de l'IBODE « *mise en place et fixation des drains susaponévrotiques* »)

5.6.2 Déclarer les événements indésirables

- Matéiovigilance : sutures, instruments
- Compte des aiguilles avant le temps de fermeture
- Compte des compresses avant le temps de fermeture
- Perforation liée au drainage lors de la fermeture
- Accident d'exposition au sang

6. ANNEXES ET LISTE DES DOCUMENTS ASSOCIES