



HAL
open science

L'aide-soignante en chirurgie cervicofaciale

Maeva Bart, Marion Gervot, Najet Ben Soltana, Isabel Roland

► **To cite this version:**

Maeva Bart, Marion Gervot, Najet Ben Soltana, Isabel Roland. L'aide-soignante en chirurgie cervicofaciale. *L'Aide Soignante*, 2016, 30, pp.17 - 18. 10.1016/j.aidsoi.2016.09.006 . hal-03487411

HAL Id: hal-03487411

<https://hal.science/hal-03487411>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dochead Dossier

Sous-dochead Cancers ORL et traitement chirurgical

Les rôles de l'aide-soignante en chirurgie cervicofaciale

Maeva Bart

Aide-soignante

Marion Gervot

Aide-soignante

Najet Ben Soltana

Aide-soignante

Isabel Roland*

Cadre de santé

Institut Gustave roussy, Service Morbihan, Département de CCF

114, rue Édouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabel.roland@gustaveroussy.fr (I. Roland).

Résumé

En chirurgie cervico faciale, les aides-soignantes déploient un large panel de compétences dans les domaines technique, relationnel, éducatif. De solides connaissances en chirurgie des cancers ORL sont nécessaires. Le rôle aide-soignant est ici présenté à travers une situation chirurgicale représentative, la bucco-pharyngectomie transmaxillaire.

© 2016

Mots clés - bucco-pharyngectomie transmaxillaire ; chirurgie cervico-faciale ; communication ; rôle aide-soignant

L'institut Gustave-Roussy est un centre de lutte contre le cancer situé à Villejuif (94). Le département de chirurgie cervicofaciale se compose de 36 lits. Les aides-soignantes qui y travaillent prennent en

charge des patients qui vont bénéficier de chirurgies importantes comportant des exérèses tumorales et leurs reconstructions par lambeaux.

TEG1 Dans le respect des activités et des compétences réglementées, les aides-soignantes appliquent, de par leurs connaissances, des activités relationnelles, éducatives et techniques dans la prise en charge du patient en otorhinolaryngologie (ORL). Ces activités sont mises en place tout au long de l'hospitalisation du patient jusqu'à sa sortie.

TEG1 Le rôle aide-soignant est ici présenté à partir d'un cas de chirurgie : la bucco-pharyngectomie transmaxillaire (BPTM) avec reconstruction par lambeau de grand dorsal. Il s'agit du traitement chirurgical des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx associant une large résection de la loge amygdalienne des régions adjacentes et de la mandibule (envahissement osseux) ainsi qu'une réparation par des lambeaux musculo-cutanés (limitant les séquelles fonctionnelles) et un curage ganglionnaire unilatéral.

T1 Anamnèse

Mme X arrive dans le service pour subir une BPTM. Elle a 53 ans et habite en région parisienne. Elle a été reçue au préalable en consultation avec le chirurgien et à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Son mari l'a accompagnée pendant tout son parcours préopératoire (chirurgiens, anesthésiste, examens radiologiques...). Ils ont bien compris le type de chirurgie dont Mme X allait bénéficier et ont pu poser des questions aux chirurgiens (chirurgien ORL et plasticien) sur le type de chirurgie et l'après-chirurgie.

T1 Prise en charge préopératoire de la patiente

TEG1 À son arrivée dans le service, Mme X est accueillie par l'aide-soignante et l'infirmière qui la suivront. Tout d'abord, l'identité de Mme X est vérifiée. Le bracelet d'identification est posé et le lit est identifié au nom de la patiente.

TEG1 Différents paramètres tels que la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la température, la saturation, le poids, la taille et l'évaluation numérique de la douleur sont relevés et notés sur le dossier de soins informatisé de la patiente ; ils sont transmis à l'infirmière. Ces paramètres sont normaux pour Mme X.

TEG1 D'autres paramètres sont relevés, tels que le score de NU-DESC¹ et le score de Braden². Comme Mme X a moins de 75 ans, le score G8³ ne sera pas relevé.

TEG1 Mme X est anxieuse et exprime sa crainte de l'après-bloc. L'aide-soignante pratique l'écoute attentive et la rassure. Elle indique que le chirurgien lui rendra visite le soir même, ce qui lui permettra de poser les questions qui l'angoissent.

TEG1 L'aide-soignante lui explique la procédure de préparation à l'intervention : douche bétadinée la veille de l'intervention et rasage des aisselles. Il n'y a pas de nécessité à pratiquer la tonte du cou et du thorax. Mme X sera à jeun à partir de minuit.

TEG1 L'aide-soignante précise à Mme X qu'elle sera vue plus particulièrement par l'infirmière pour des informations spécifiques sur l'intervention et l'après-intervention. En postopératoire, Mme X sera porteuse d'une canule de trachéotomie, d'une sonde nasogastrique, de drains de Redon cervicaux et dorsaux, d'une perfusion.

TEG1 Tout en installant le kit bloc dans la chambre, l'aide-soignante décrit l'environnement de celle-ci : utilisation de la sonnette, du lit, de la douche, de la télévision...

TEG1 L'aide-soignante explique à Mme X qu'elle sera transférée en unité de surveillance continue chirurgicale après le bloc. Elle lui demande si elle désire être aidée pour ranger ses affaires dans sa valise car cette dernière sera, lors du transfert, gardée à l'étage. Mme X est autonome et pourra faire sa valise seule.

TEG1 Le rôle relationnel de l'aide-soignante est mis en pratique lors de l'accueil de la patiente. Il y a un temps d'échange important entre elles, ce qui permet à la patiente d'exprimer ses craintes et de connaître la préparation pour le bloc.

T1 Le jour de l'intervention

Le jour de l'intervention (J0), l'aide-soignante mesure à nouveau tous les paramètres vitaux, relevés précédemment lors de l'admission. L'identité est de nouveau contrôlée. La réfection du lit pour le bloc est réalisée, l'aide-soignante vérifie que Mme X est bien à jeun. Mme X a bien dormi et l'exprime à l'aide-soignante ; sa présence rassure la patiente.

La durée de l'opération est d'environ 6 à 7 heures. Il y a un passage en unité de soins continus chirurgicaux (USCC) pour la surveillance spécifique du type d'intervention en postopératoire. La surveillance postopératoire est rapprochée par un monitoring constant, la surveillance du lambeau, des paramètres vitaux.

T1 La phase postopératoire

Mme X revient dans le service en postopératoire (J 1-J2).

TEG1 Avant le retour de Mme X dans sa chambre, et après les transmissions de l'infirmière, l'aide-soignante prépare les différents équipements de la chambre : elle installe le système d'aspiration qui permet de dégager les voies respiratoires et ainsi éviter l'encombrement bronchique [1].

TEG1 Elle met en place un système de communication telle que l'ardoise car Mme X ne pourra pas parler, temporairement, du fait du port de la canule. Elle prépare également des bains de bouche à faire 5 à 6 fois par jour pour favoriser la cicatrisation. Le bassin est installé dans la chambre car Mme X aura du mal à se déplacer en raison de l'équipement dont elle sera porteuse (perfusion, deux drains de Redon cervicaux, un drain de Redon pour le lambeau grand pectoral, la sonde urinaire, la pompe d'analgésie contrôlée par le patient [PCA] pour lutter contre la douleur).

TEG1 À l'arrivée de Mme X dans le service, l'aide-soignante la rassure en l'informant de son état physique et psychologique. Elle veille à ce que Mme X soit bien installée dans la chambre et pose la sonnette auprès d'elle. Elle reprend les paramètres vitaux et effectue une évaluation numérique de la douleur. L'aide-soignante précise à Mme X qu'elle peut écrire sur l'ardoise pour s'exprimer et communiquer.

Par la suite, l'aide-soignante accompagne Mme X dans ses aspirations trachéales. Son rôle éducatif lui permet de conseiller et de veiller à ce que Mme X procède elle-même aux aspirations dans les meilleures conditions et de façon optimale.

TEG1 De J+1 à J++ de l'intervention, l'aide-soignante accompagne Mme X lors des soins d'hygiène. Elle veille, par son rôle éducatif, à la reprise progressive de l'autonomie. Elle l'éduque également dans la pratique des soins de bouche afin qu'il soit autonome (plusieurs fois par jour).

TEG1 Elle sait répondre aux besoins quotidiens de Mme X. Elle ajuste l'environnement de Mme X, comme rapprocher ses effets personnels afin de limiter les efforts.

TEG1 Elle communique de façon active avec Mme X en utilisant l'ardoise (lorsque les patients ne savent pas écrire, en lisant sur les lèvres).

TEG1 L'aide-soignante a un rôle d'observation et d'alerte. Si, par exemple, elle constate que Mme X est allongée lors de la prise des poches d'alimentation par la sonde nasogastrique, elle lui conseillera de s'asseoir afin d'éviter les reflux, les nausées et les vomissements.

T1 Conclusion

Le rôle d'aide-soignante en ORL est spécifique de par l'autonomie du soignant, l'étroite collaboration avec l'infirmière, la complexité des chirurgies rencontrées. Ce type de chirurgie met le patient face à une communication modifiée et diminuée, une perte de l'estime de soi par une altération de l'image corporelle, un déficit des connaissances au regard d'une trachéotomie.

La relation soignant-soigné est la plupart du temps non verbale. Il est capital d'instaurer une relation et un climat de confiance afin que le patient devienne acteur d'une partie de ses soins. L'aide-soignante est au cœur de la prise en charge globale du patient et participe au bon déroulement de son hospitalisation.

Notes

1 Nu-DESC : *Nursing Delirium Screening Scale* ou échelle de dépistage du delirium tremens. Il évalue la présence d'une désorientation, un comportement inapproprié, une communication inappropriée, des illusions/hallucinations, un retard psychomoteur.

2 Échelle de Braden : cette échelle évalue le risque d'escarre à partir de six critères : communication et perception sensorielle (capacité à répondre de manière significative à l'inconfort provoqué par la pression) ; humidité ; degré d'activité physique ; mobilité (capacité à changer et à contrôler la position du corps) ; nutrition (habitudes alimentaires) ; frictions et cisaillements.

3 Score G8 : le questionnaire G 8 est un outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées prises en charge pour un cancer qui s'appuie sur plusieurs items : recherche d'une anorexie, perte récente de poids, évaluation de la motricité, problèmes neuropsychologiques, indice de masse corporelle, prise de plus de 3 médicaments, autoévaluation quant à son état de santé par rapport à une population de même âge, âge.

Référence

[1] Arrêté du 27 mai 1999 relatif à la formation des personnes habilitées à effectuer des aspirations endo-trachéales.

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000197457&categorieLien=id

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.