

ELIMINER

REVISION DU CONCEPT =

varie selon les pers & dépend de fact psy, soc, culturels

Appareil intestinal:

3 colons (ascendant, transverse, descendant) + sigmoïde + rectum + anus

chyme intestinal (=bouillie formée par masse alim) au niv du colon contient substcs indigestes absorbées par osmose

Feces (=résidus)

Appareil urinaire:

2 reins + 2 canaux évacuateurs (=uretère) + vessie + urètre

AU NIV INTESTINAL

DIM BIO=

nbs fact influencent ce besoin: diète inadéquate ou pauvre en fibre, malnutrt°, déshydrat°, troubles sensitifs ou moteurs (hémiplegie), troubles métabq, douleur à la défécation (hémorroïdes, fissures anales)

affect° cardq & pulm, médcs, pharmaco-dépendce aux laxatifs, modif° physio intestin, manque d'exercice

DIM PSY=

anxiété, stress, gêne, habitudes d'hygiène perso & d'élim°, intimité, attitude perso face à l'élim° intestinale, dépendce psy face aux laxatifs

DIM SOCIO =

salubrité des lieux pub, éclairage, éduca°, val accordée à hygiène

AU NIV URINAIRE=

DIM BIO =

mald aigues affectant mobilité, troubles neuro (AVC, Parkinson), hypertrophie prostate, modif° physio appar loco, fécalon compressif, déshydrat°, cert thérapeutq (diurétiques)

DIM PSY = (idem élim° fécale)

DIM SOCIO =

org° sanitaire, salubrité, éduca°, éclairage, envt inconnu, hauteur du lit, barrières de lit, val accordée à l'hygiène

BESOIN D'ELIMINER & VIEILLISSEMENT=

fact de chgmts musculo-squelettique qui réduisent mobilité, fact envtx (WC éloignés, envt méconnu), hydrat° insuffisante, polymédica° qui altèrent f° urinaires & fécales

INFLUENCE DE LA PATHOLOGIE SUR CE BESOIN=

Sur l'appa intestinal:

cert mald respi => cert gêne au momt de la déféca°, à bout de souffle

détérior° cognitive (démence) => oubli d'aller aux WC

cert pathos de l'appar intestinal (cf hémorroïdes, diverticules, cancers)

Sur l'appa urinal:

affect° appar ostéo-articul => immob° de PA

affect° appar urinaire, altér° de l'élim° urinaire=> rétent° urinaire, incontinence urinaire (diffs types):

- incontinence fonctionnelle (par envt inadapté)
- incontinence totale
- incontinence à l'effort
- incontinence par regorgement
- instabilité du détrusor (pb neuro) ou incontinence vésicale (contrac° muscle vésical par vessie vide)

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PA

trouble fréquent chez les + 65a, 15 à 30% des pers à dom, 50% en instit°, 20% en hospi

a dom = sorte de tabou, difficulté à s'exprimer sur le sujet

I U = 1 réact° de rejet, d'angoisse

ROLE INFIRMIER=

I U peut ê occasionnelle – à l'effort – **permanente**, dûe à patho neuro ou uro – pb de mobilité en lien avec envt inadéquat => rejet soc – isolement – accidents par chute

Fact aggravts: IU, fécalome, immob°, cécité, thérapeutq, envt inadapté, fact psy (dépress°, anxiété)

ROLE= calendrier mictionnel sur 48h avec entrées/sorties en tenant cpte de: envt & mode vie, fac psy, sens orient°, mémoire, horaire de miction (nocturne diurne), éval° des capas neuros (capa de ressentir le besoin, sens° au mom du passage urétral), éval° délai de sécurité, dysurie, appareillage?douleurs?traitmt méd encrs?

Rôle méd=> rech 1 cause orga ou neuro, 1 IU

Prise en charge=> mettre en place 1 calendrier mictionnel (éval°/analyse résultats), hydrater suffisamment, noter entrées hydriques, éviter faire boire av coucher, éviter boissons diurétiques en gdes qtés, proposer WC le + souvent poss, créer 1 envt favble (éclairage, fauteuil – profd, sonnette fonctlle à portée de main, habillage adapté, faciles à ôter), éviter le refroidisst pdt la nuit, évaluer l'efficacité des act° mises en place et réajuster si bes.

Prise en charge en cas d'incontinence urinaire irréversible: à visée de confort, dignité, respect de la pers – fav des moy d'express° du malaise de la pers en l'aidant à prendre conscience de ses émot°, en insistant sur ses ressources perso - l'encourager à participer à des activ soc en préservant 1 état de propreté (douches +++, vêt gais) – stimuler la pers à aller WC systématiquement en /t rapport calendrier mictl.

CONSTIPATION= séjour anormalement prolongé des selles ds le colon (absence de selles dep 3 j)

selles rares, difficiles, anormalement dures ou insuffisantes, fausse diarrhée, incontinence fécale, alternance diarrhée/ constipat°, transit quotidien fait de mat fécales en formé de billes

PHYIOLOGIE DE LA DEFECATION = méca réflexe

1ème tps=>sens° de besoin ds le sigmoïde

2ème tps=> méca réflexe volontaire

3ème tps=> relâchmt simult des sphincters int & ext, des releveurs + contract° rectum=> propuls° mat féc vers anus

Modificat° avec l'âge=> aggrava°+++ constip° - C° excessive de laxatifs – dim° compliance rectale (déféc° de petits vol)

– diff d'évacuat° (risque fécalome+++)

CAUSES DE CONSTIPATION=

En l'abs de patho=> alim pauvre en fibres, hydrat° insuffisante, dim° activ phys, polyméd°, dispar°de sens° de déféquer

Autres=> anomalies proctologiques (prolapsus rectal, sténoses ou fissures anales, hémorroïdes) – **anomalies coliques**

(sténoses tumorales par adénocarcinose, sténoses inflammatoires, par sigmoïdite diverticulaire, par maladie de Crohn) -

causes méd (causes métabolq, neuro, polymédocodépendance morphinique)

SIGNES DE CONSTIPATION=

selles dures, abs dep 3j, douleurs abdos, ballonnements, fécalome retrouvé à palpat° abdo et/ou au TR, radio ASP,

plaintes exprimées

TRAITEMENT EN L'ABS DE PATHO=>aug l'hydrat° de la selle (1,5 l/j) – apporter 1 alim° adaptée – appliquer les

thérapeutiques prescrites (laxatifs irritants à lg terme) – aug le péristaltisme intestinal en fav la marche et massages

abdos pour permettre la prog° des selles – fav l'exonérat° (=évacuat°) par prescrit° méd de micro lavements ou suppos

- ctrl les C° modérées, auto prescript° de médocs anti constip°