

LAVEMENT EVACUATEUR.

Code de la santé publique article R 4311-7 n°18

Définition : le lavement évacuateur est l'introduction de liquide dans le rectum et le côlon.

La raison majeure pour donner un lavement rectal est la stimulation du péristaltisme intestinal et la nécessité de déféquer.

Le lavement se fait sur prescription médicale.

Objectif : il permet de préparer le rectum et le côlon en vue de différents examens (endoscopies, radiologie, chirurgie)

il permet de faire évacuer le côlon en cas de trouble du transit intestinal comme la constipation.

Indication : constipation opiniâtre

Présence d'un fécalome

Avant un examen radiologique nécessitant la vacuité du côlon

Avant un examen endoscopique

Avant certaines interventions chirurgicales

Avant un accouchement (avant la rupture de la poche des eaux)

Contre indication : opéré de l'abdomen, du côlon récent (risque de lâchage de suture)

Fistules de l'intestin ou recto-vaginales

Déchirure du périnée après un accouchement

Occlusion car risque de perforation

Appendicite

Problèmes cardiaques en crise aiguë

Avant une intervention sur le rectum ou le côlon : contre indication cas par cas (parfois emploi d'un embout conique)

Préparation du malade :

Faire le point sur les connaissances du patient

Adapter l'information à chaque patient

Expliquer le déroulement du soin, les différents temps

Adapter le moment du soin, au moment le plus opportun pour le faire (le lavement est rarement un soin d'urgence)

Avant le soin s'assurer que le patient n'est pas souillé ou qu'il n'est pas allé à la selle, si le lavement a été prescrit pour traiter une

constipation

Faire uriner le patient avant le soin

Demander au patient de rester dans sa chambre

Fermer les fenêtres, la porte

Mettre la présence

S'assurer de la disponibilité des wc, et de papier toilette (si patient valide, si le patient n'est pas valide s'assurer de la disponibilité de

la chaise percée ou du bassin de lit propre et sec)

Attention : éviter de donner un lavement à un patient :

À l'heure du repas, ou lorsque son voisin de chambre mange

À l'heure des visites, si vous ne pouvez pas faire autrement demander aux visiteurs de quitter la chambre pour un « soin »

Préparation du matériel :

S'adapter à chaque unité de soin

Sur un chariot

Disposer un bocal à lavement (qui peut être remplacé par une poche spécifique)

Un irrigateur

Une sonde rectale de châtet guyon

Une pince à clamper

Des compresses non stériles pour tenir la sonde

Du lubrifiant type vaseline en ampoule ou en tube

Nécessaire pour effectuer une toilette après le rejet du lavement

Une protection de lit

Du savon pour se laver les mains

Une paire de gants à usage unique

Un ou deux bassins réniformes

La solution d'injection

De l'eau tiède

Une aleze de lit

Un raccord conique (pour l'irrigateur)

La solution d'injection :

Pour un adulte : 500ml pour une constipation

1500ml pour la préparation à un examen

Pour un enfant de deux ans : 120 à 150 ml

L'eau peut être utilisée pure (action mécanique)

Mais le plus souvent il est prescrit un produit qui va favoriser le péristaltisme intestinal.

Cela peut être selon protocole du service ou prescription médicale

Huile ou glycérine, ou préparation officinale

Attention : ne pas utiliser de savon dilué car il est caustique et peut provoquer des lésions ano-rectales ou des hémorragies.

Réalisation du soin

Tous les points vus précédemment auront été vérifiés

La préparation du lavement se fait dans la salle de préparation de soin

Adapter le tuyau au bocal et clamper avec la pince à clamper ou le robinet, si le nécessaire en à un
Mettre la préparation dans le brook et introduire le liquide d'injection dans l'irrigateur en clappant
Vérifier la température de l'eau avec le dos de la main

Préparation du patient

Si l'état du patient le permet il faudra expliquer le déroulement du soin et lui demander de se relaxer
Installer le patient en décubitus latéral droit, la jambe gauche repliée
Sinon le patient installé en décubitus dorsal
Relever le lit à hauteur confortable pour le soignant
Ôter la barre de lit uniquement du côté du soignant (si il y en a une)
Protéger le lit avec l'aleze en caoutchouc et en coton

Réalisation du soin

Dans la chambre du patient, porte et fenêtre fermées présence en on

Le matériel à été préparé

Lubrifier la sonde de châtel guyon et l'adapter à l'irrigateur (ne pas occlure les ouvertures avec la vaseline pomade mais bien la répartir)

Introduire la sonde, dans l'ampoule rectale par l'anus, en direction de l'ombilic lentement et doucement, si le patient peut participer lui faire pratiquer le geste et contrôler

Lever le brook à 40 cm au dessus du lit et déclamper l'irrigateur pour laisser s'écouler la solution dans l'intestin

Régulariser le débit en vous adaptant à la Capacité du patient à retenir le liquide

Si le patient se sent mal à l'aise interrompre l'écoulement momentanément en clappant l'irrigateur en demandant au patient de faire de grandes respirations par la bouche, jusqu'à ce que les crampes soient passées

Continuer jusqu'à écoulement complet de la solution à injecter (clamper avant que l'irrigateur soit vide)

Surveillance pendant le soin

De la réaction du patient

Parler avec le patient

Demandeur comment il supporte le lavement

Absence de colique

Surveiller la position du patient

Fin du lavement :

Clamper l'irrigateur avant que le brook ne soit vide afin d'éviter tout reflux (ne pas baisser le brook)

Enlever la sonde rectale en la pinçant et la jeter dans le bassin reniforme en ayant soin de désadapter de l'irrigateur

Demandeur au patient de garder la solution le plus longtemps possible, si il le peut.

S'adapter aux possibilités du patient : soit lui proposer de rester sur le bassin, soit de s'installer sur la chaise percée, soit d'aller aux toilettes.

Mettre la sonnette d'appel à portée de main du patient.

Après évacuation du lavement :

Si le patient nécessite une aide le réinstaller et effectuer une aide à la toilette génito anale puis faire un massage des points d'appuis.

Evaluer l'efficacité du soin.

Aérer la pièce (de manière courtoise)

Noter la quantité, la couleur, l'odeur des selles obtenues.

A la fin du soin

Réinstaller le patient

Réinstaller la chambre telle qu'elle était avant le soin

Pour une personne dépendante poser à portée de main tout le nécessaire : sonnette, lecture, carafe d'eau(si le patient peut boire le faire boire, attention si restriction hydrique, si à jeun ne pas mettre de carafe ni de verre d'eau)

Rangement du matériel et désinfection du matériel.

Transmission écrites et orale sur le dossier de soin et sur la F.A.S.I.

Incidents et accidents

Fuite du liquide avec inondation du lit : avec du matériel inadapté ou usagé, des raccords inadaptés ou un geste maladroit

Inefficacité du lavement : rejet de la solution difficulté ou impossibilité d'injecter (présence d'un fécalome)

Apparition de coliques

Accident exceptionnel : brûlure à cause de la température trop élevée de la solution du lavement : EVITABLE

Perforation intestinale

Syncope réflexe