

DÉRIVATION VENTRICULO-PÉRITONÉALE

Soins Postopératoires Et Pompage Du Shunt

Indications

- Normaliser la pression intracrânienne chez les patients atteints d'hydrocéphalie en drainant la quantité appropriée de liquide céphalo-rachidien dans le péritoine.

Points importants

- La dérivation ventriculo-péritonéale (VP) (aussi appelée shunt) est utilisée principalement pour le drainage du LCR des ventricules vers un compartiment extra crânien, plus précisément la cavité péritonéale (une grande surface vasculaire qui permet une réabsorption facile du liquide).
- La procédure préférée pour les nourrissons est la dérivation ventriculo-péritonéale, car il y a une plus grande marge de manœuvre pour l'excès de tubulure (elle peut être enroulée dans le ventre), ce qui minimise le nombre de révisions nécessaires à mesure que l'enfant grandit.
- Après l'opération, il est important de placer la tête du bébé du côté non opéré pour éviter toute pression sur la valve de dérivation et la peau environnante. Le matériel de la dérivation se trouve à l'extérieur du crâne.
- Maintenez la tête du lit (HOB) à 30 degrés pour favoriser le fonctionnement du shunt.
- **Ne pas soulever les bébés sous les bras, car cela pourrait entraîner un déplacement de la tubulure du shunt.**
- Le premier jour après l'opération, le bébé doit subir un CT scan (ou une échographie) et une série de shunts (radiographies).

Evaluation

○ Signes neurovasculaires et signes vitaux

➤ Quoi?

- Évaluez la taille des pupilles, la réaction à la lumière
- Évaluez les capacités motrices des bras et des jambes
- Évaluez le niveau de conscience. Cochez toujours la meilleure réponse
- La réponse verbale étant impossible à évaluer, écrivez C si le bébé pleure (CRIES), T pour la trachéo (TRACH) ou E pour le tube endotrachéal
- Sous réponse motrice, évaluez la réponse à la douleur. La meilleure réponse chez le nouveau-né est la flexion à la douleur.
- FC, RR, O2 saturation avec FiO2, PA ,T

➤ Quand

- Q 15 min X4 (pour 1 hr.)
- Q 30 min X4 (pour 2 hrs.)
- Q 1H X 12 hrs.
- Puis faire passer les SNV à Q 2H X 12 heures ; poursuivre les SV selon l'état hémodynamique/ventilatoire et le protocole de l'USIN.
- Puis faire passer les SNV Q 4H jusqu'au congé ; poursuivre les SV selon l'état hémodynamique/ventilatoire et le protocole de l'USIN.
- Évaluer les SNV plus fréquemment en cas de détérioration. Informer l'équipe médicale de tout changement important.

- Circonférence crânienne
 - Quand?
- Q 24 h (ou selon prescription)

- Surveiller les signes et symptômes d'augmentation de PIC (pression intracrânienne)
 - Irritabilité avec la manipulation
 - Léthargie
 - Diminution de l'intérêt pour l'alimentation
 - Vomissement
 - Cri aigu
 - Fontanelle antérieure pleine et tendue, augmentation du périmètre crânien.
 - Veines distendues au niveau du cuir chevelu
 - Déviation des yeux vers le bas (yeux du soleil couchant)
 - Inégalité dans la taille et lenteur de réaction des pupilles
 - Détresse respiratoire
 - Apnée
 - Hypertension systolique
 - Élargissement de la pression du pouls
 - Bradycardie
 - Tachycardie

- Surveiller les signes et symptômes de déshydratation
 - Fontanelle creuse
 - Diminution de la turgescence de la peau
 - Muqueuses sèches

- Surveiller les signes et symptômes d'infection
 - Instabilité de la température (Fièvre ou incapacité à maintenir la température)
 - Léthargie
 - Apnée / Bradycardie
 - Changement au niveau des besoins de FiO2
 - Changement au niveau de la perfusion
 - Suintement, rougeur, écoulement de la plaie

Procédure – Pompage de la dérivation ventriculo-péritonéale

- Quoi ?
 - La plupart des dérivations sont dotées d'un réservoir dépressible qui peut être pompé pour augmenter le flux de LCR du cerveau du bébé vers le péritoine. Le neurochirurgien prescrira une routine de pompage en fonction de la quantité de liquide à drainer pour soulager l'hydrocéphalie. Certains bébés n'ont pas besoin de faire pomper leur shunt, d'autres oui.

- Quand?
 - Selon la prescription de neuro-chirurgie

- Comment?

1. Vérifiez l'ordonnance du médecin pour savoir combien de fois vous devez pomper par jour et combien de fois appuyer.
2. Appuyez rapidement et fermement sur le réservoir du shunt le nombre de fois prescrit.
3. Documentez si le réservoir s'enfonce et se remplit facilement.
4. Surveillez la circonférence abdominale, la circonférence crânienne et s'assurer qu'il y a des mouvements intestinaux (selles) chaque jour.
5. Surveillez l'intégrité de la peau au pourtour de la dérivation ventriculo-péritonéale (plus à risque en raison de la pression/du frottement lors du pompage).
6. Arrêtez si le réservoir reste enfoncé > 30 seconds

Procédure – Changement de pansement

- Quand?

- Post Op Jour 2 – Changement de pansement
- Post-Op Jour 7 – Retrait du pansement (incision laissée à l'air libre)
- Le pansement ne doit pas être changé en dehors de ces périodes, sauf s'il est souillé (de l'intérieur ou de l'extérieur) ou s'il y a un signe d'infection de la plaie. La plupart des chirurgiens utilisent des sutures résorbables à moins qu'il n'y ait un problème avec la peau environnante (par exemple, une chirurgie antérieure dans la zone ou une infection). Si des sutures non résorbables sont utilisées (sutures noires), elles devront être retirées entre les jours 7 et 10.

- Matériel

- Masque
- Plateau de pansement
- Tampons désinfectants : Chlorhexidine gluconate 0.5% & 70% alcool
- Telpha
- Hypafix
- Gants stériles

- Comment?

1. Le changement de pansement doit être effectué en observant une technique stérile stricte.
2. Effectuez l'hygiène des mains conformément aux directives de prévention des infections du CUSM.
3. Retirez l'ancien pansement en observant une technique propre. L'utilisation d'alcool isopropylique pour décoller la colle du pansement adhésif peut être utile.
4. Évaluez la plaie et la zone autour de la plaie. **En cas d'inquiétude concernant l'incision (c'est-à-dire rougeur, gonflement, écoulement), informez le médecin.**
5. Mettez en place un champ stérile à l'aide d'un plateau de pansement stérile.
6. Mettez les gants stériles.
7. Nettoyez l'incision avec des tampons de gluconate de chlorhexidine 0,5 % dans de l'alcool à 70 %, sauf indication contraire. Laissez la solution sécher par évaporation.
8. Couvrez l'incision avec un pansement non adhérent tel que Telpha et recouvrez celui-ci avec Hypafix, sauf avis contraire du médecin.
9. Consignez la procédure sur la fiche d'évaluation de la plaie.