

2.9 – CONVERSION SOUS POIRE DU DRAIN BLAKE^{MD}

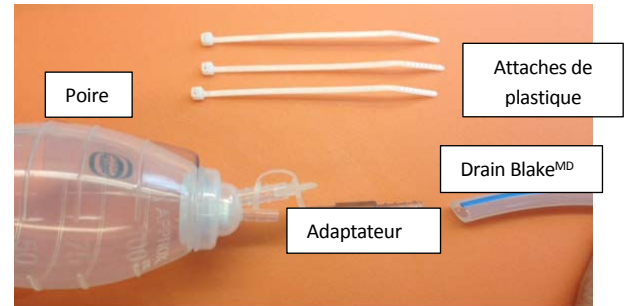
BUT

La conversion sous poire du drain Blake^{MD} favorise une mobilité plus grande et précoce du patient et diminue l'incidence de la tamponnade tardive post chirurgie cardiaque

MATÉRIEL

- Gants non stériles
- 1 poire
- 1 adaptateur droit pour poire
- Attaches de plastique (une sur chaque extrémité de l'adaptateur)
- 1 pince hémostatique
- Compresses non stériles
- Compresses stériles PRN (pour protéger l'extrémité du drain)
- Piqué bleu jetable
- Ciseau stérile ou non stérile, selon méthode suivie (voir étape 7)
- Diachylon 1 pouce (ou Hypafix^{MD})
- Lingette désinfectante (lingette Quaternaire)
- Tampons de Chlorhexidine 2 % et d'alcool 70 %
- Équipement de protection individuelle (ÉPI) si risque d'éclaboussure, selon jugement clinique de l'infirmière

Figure 1



PROCÉDURE

ALERTE NURSING : La conversion peut être faite lorsque le drain draine moins de 100 mL par 24 heures. La procédure nécessite le maintien de la stérilité du drain en tout temps.

PRÉPARATION

1. Procéder à la double identification du patient
2. Expliquer la procédure au patient
3. Rassembler le matériel requis et l'apporter au chevet du patient

À NOTER : Ne jamais mettre le matériel sur le lit

4. Retirer tout élément non nécessaire de la surface de travail et la nettoyer avec une lingette désinfectante
5. Déposer le matériel sur la surface de travail
6. Assurer l'intimité du patient
7. Procéder à l'hygiène des mains
8. Installer un piqué bleu sous la connexion du drain
9. Ouvrir le matériel stérile (poire, ciseau PRN, adaptateur)
10. Connecter l'embout lisse de l'adaptateur à la poire en s'assurant de maintenir la stérilité du matériel
11. Mettre des gants non stériles
12. Mettre une compresse sur le drain Blake^{MD} et le clamper avec la pince hémostatique, environ 10 cm au-dessus du raccord du Pleurévac^{MD}
13. Désinfecter la partie du drain à couper avec un tampon de Chlorhexidine 2 % et d'alcool 70 %
14. Couper le drain à l'aide de ciseaux stériles au-dessus du raccord (il doit y avoir au moins 15 cm de la longueur du drain)

15. Connecter l'adaptateur de la poire au drain Blake^{MD} afin de permettre une fixation solide
16. Faire le vide de la poire
17. Solidifier la connexion en installant **des attaches à drain** (de chaque côté de l'adaptateur -figure 2)

Figure 2



18. Couper l'excédent des attaches qui dépassent
19. Enrouler les attaches de plastique de diachylon blanc (protège la peau et renforce les connexions)
20. Déclamer le drain

Figure 3



21. Fixer la poire à l'abdomen du patient (figure 3)

22. Disposer du système de drainage (Pleur-Evac^{md} dans la poubelle à déchets biomédicaux.

NOTES AU DOSSIER

- Quantité du liquide drainé dans les excréta de votre dosage
- Aspect du drainage

SOINS ET SURVEILLANCES

- S'assurer de l'efficacité du système et le drainage de la poire aux **4 h**
- Mesurer le liquide drainé aux 8 h ou plus souvent si nécessaire

QUE FAIRE SI LA POIRE SE DÉSABOUTE

1. Clamper le drain dès que possible à l'aide d'une pince hémostatique (mettre une compresse sous la pince pour éviter de briser le drain)
2. Mettre l'embout du drain dans un paquet de compresses stériles ou dans l'emballage stérile de votre pince hémostatique
3. Désinfecter l'embout du drain avec un tampon de Chlorhexidine et alcool et procéder au raccordement d'une nouvelle poire selon la procédure expliquée ci-dessus
4. Évaluer si apparition de nouveaux symptômes chez votre patient (douleur, dyspnée, DRS, emphysème sous-cutané, autres)
5. Aviser l'assistante en STAT ou le médecin. Une radiographie thoracique de contrôle pourrait être demandée

ANNEXE : DRAIN THORACIQUE BLAKE ET SYSTÈME DE DRAINAGE SOUS POIRE

DRAIN BLAKE

DESCRIPTION

- Drain de silicone très flexible d'une longueur de 76 cm (30 po) (plus flexible que les drains médiastinaux usuels)
- Drain utilisé pour drainer les épanchements médiastinaux seulement (non utilisé pour épanchements pleuraux)
- À l'extrémité proximale du drain (portion interne), il y a 4 canaux ayant chacun une ouverture latérale sur toute la longueur du drain ce qui assure un meilleur drainage (figure 4). À l'extrémité distale du drain, les canaux se fusionnent pour former une seule lumière (portion externe).
- À la surface du drain, il y a 2 lignes radio-opaques ce qui permet de visualiser son positionnement par radiographie

Figure 4



AVANTAGES

- Calibre plus petit (24 Fr) que les drains thoraciques conventionnels
- Solide et très flexible
- Plus confortable pour le patient puisqu'il suit les mouvements thoraciques lors de la respiration
- Entraîne moins de douleur post opératoire
- Efficacité supérieure en raison des 4 canaux munis d'ouvertures latérales qui permettent d'assurer un drainage maximal. En fait, si un canal se bloque, le drain demeure fonctionnel puisque le canal bloqué par le caillot continuera à drainer en aval de ce caillot tandis que les 3 autres draineront à leur pleine capacité.
- Mobilité plus grande et précoce du patient, d'où un retour à l'autonomie plus rapide
- Diminue l'incidence de la tamponnade tardive post chirurgie cardiaque

POUR LES UNITÉS DE CHIRURGIE

- En post opératoire immédiat le drain BLAKE^{MD} est connecté à un système de drainage (Pleur-Evac^{MD})
- Lorsque le drainage est inférieur à 100 mL sur 24 h, il faut changer le système de drainage Pleur-Evac^{MD} par un système de drainage sous poire tel que prescrit dans les ordonnances pré-imprimées et protocoles (3.33 chirurgie et 3.29 Soins intensifs chirurgie : conversion sous poire si drainage)

POUR LES AUTRES UNITÉS

- Nécessité d'une ordonnance individuelle pour convertir drain Blake sous poire

LA POIRE (J-VAC 2160)

DESCRIPTION

- Graduation de la poire à tous les 25 mL pour un maximum de 100 mL
- Possède une valve unique anti-reflux, une goupille permettant de créer une pression négative dans la poire lors de l'expulsion manuelle de l'air et une ganse permettant de fixer le dispositif sur l'abdomen patient.

AVANTAGES

- Plus petit que le système de drainage conventionnel
- Facilite la mobilisation du patient