

# Théorie S.I. chirurgie 2<sup>ème</sup>

Présentation d'un cas clinique introduisant aux différentes complications post-op.

# Modalités du travail

- 1/ Préalable : avoir lu et compris le chapitre sur les complications post-opératoires en lien avec chaque thème (cf tableau)
- 2/ Lire la 1<sup>ère</sup> situation
- 3/ Réaliser l'exercice s'y rapportant
- 4/ Procéder ainsi pour chaque jour post-opératoire
- 5/ Lors de chaque cours, vous aurez l'occasion de poser vos questions sur les thèmes à aborder pour chaque date.

Bon travail !

# Modalités du travail

Dates	Thèmes	Jour post-opératoire
29/09	Pré-op (bloc 1)	J-1 J0
29/9	Post-op immédiat (bloc 1)	J0
6/10	Complications immédiates	J0 à 16h J1
10/11	Complications digestives, urinaires, pulmonaires	J2 J2 à 18h J4
21/11	Complications locales	J5
28/11	Complications locales	J6 J7

# Présentation de la situation clinique J -1

Il est 9 heures. Mme W, 63 ans, entre dans votre service pour être opérée demain 10 h d'une héli-colectomie droite suite à un néo intestinal.

L'intervention est prévue sous laparotomie avec confection d'une iléostomie provisoire. Une P.C.A. est prévue en post-opératoire immédiat.

Mme est très stressée au vu de l'intervention chirurgicale et de la future stomie.

Dans les antécédents vous pouvez lire, qu'elle est une ancienne fumeuse (1/2 paquet/J pendant les 10 dernières années)

La prescription médicale prévoit pour ce jour :

- Une préparation intestinale (Colopeg)
- 1 cp de Xanax 0,5 mg le soir

La prémédication pour demain consiste en :

- 1 cp de Xanax 0,5 mg à 8 heure
- Des bas anti-stase

# Présentation de la situation clinique J -1

- **Listez les différents éléments de votre prise en charge :**
- **La veille de l'intervention**
  - **Le jour de l'intervention en pré-op**

## Pré-op la veille :

- Anamnèse
  - S'assurer de la continuité ou non du traitement personnel (cf. prescription anesthésiste)
- Bracelet d'identité
- Paramètres (PA, FC, T°)
- Poids/taille
- Rassurer le bénéficiaire – Répondre à ces questions
- Informer sur l'heure de l'intervention et pré narcose de demain
- Consignes sur le régime du jour / jeûne du lendemain
- Colopég
- Rasage
- TBW 1
- Marquage stomie
- Xanax le soir
- (Rassembler examen pré-op)
- (Explication PCA)

Pré-op le jour op. :

- Rassurer
- Paramètres
- TBW + chemise d'opéré + literie propre
- Rasage ?
- Prémédication (Xanax à 8h) + vérifications
- Bas anti-stase
- Dossier complet

- Vérifications à effectuer au moment de la PN :
  - Vérifier les paramètres
  - Vérifier le jeûne
  - Vérifier l'hygiène du patient
  - Vérifier le port du bracelet d'identité
  - Vérifier l'absence de :
    - Sous-vêtements → chemise d'opéré
    - Prothèses dentaires
    - Lunettes, lentilles
    - Bijoux, piercing
    - Maquillage
    - Pincettes
  - Proposer au bénéficiaire d'aller uriner
  - Consigne de lit strict
  - Bas anti-stase
  - Couverture sur le lit

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 0

Mme W. revient de la salle de réveil à 15h00. Dans la chambre se trouvent de nombreux accompagnants.

Vous réinstallez la patiente :

- S.G. de décharge
- perfusions sur V.C. (reste 300 ml dans perf de L.P.),
- PCA,
- drain multitubulaire,
- S.V.,
- iléostomie.

+ Cf. feuille de prescription médicale

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 0

Médicaments	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
<b>IV</b>																								
1000ml Plasmalyte® A /12h	/												/											
+ 2A° de Tradonal® 100mg/2ml	/												/											
+ 2A° de Liticar® 50mg/2ml	/												/											
Paracétamol® 1gr 4X/j	/						/						/						/					
PCA : Dipidolor® 60mg + 24 ml de NaCl 0,9%										→														
Nexiam® 40mg 1X/J dans 100ml de NaCl 0,9%	/																							
Sous cutanée																								
Clexane® 0,4 mg 1x/j																			/					
Divers																								
Bas TED	→																							

# Présentation de la situation clinique J 0

- **Listez et justifiez les différents éléments de votre prise en charge :**
- **Lors de l'arrivée du bénéficiaire dans sa chambre**
  - **Dans les heures qui suivent le retour de l'opéré**

- A 15 heures :
  - Faire sortir les visites pour réinstaller le bénéficiaire
    - Position confortable du bénéficiaire
    - Hygiène du lit
    - Sonnette à proximité
  - Surveillance facies / coloration / état de conscience
  - Surveillance / mise en fonction des différents appareillages :
    - S.G. en déclive
    - V.C - Perf à mettre sous pompe
    - PCA (cf. document spécifique)
    - Drain quantité -qualité
    - Pst propre hermétique?
    - Stomie (couleur, aspect, sang?)
    - S.V. quantité et qualité -> la vider

- Informations - Consignes :
  - PCA
  - Jeûn
  - Elimination (présence d'une SV)
- Paramètres :
  - PA, FC, (T°)
  - Saturation, FR , coloration
  - Douleur (TILT , lien PCA)
  - Nausées/Vomissements – réamorçage
- O2 SN
- Info de la famille :
  - Jeûn
  - Appareillage (perf, PCA)
  - Calme en chambre
- Prendre connaissance du traitement

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 0

### A 16 heures

Mme est assez pâle et présente une transpiration profuse.

Sa P.A. est de 8/5 cm Hg et sa F.C. est de 105 battements/min.

La saturation en O<sub>2</sub> est de 89 % (à l'air).

Le drain multitubulaire a ramené 300 ml de liquide sanglant depuis la sortie du réveil.

La diurèse horaire est de 30 ml.

# Présentation de la situation clinique J-opératoire 0

→ **A ce stade:**

**Citez et expliquez les risques (type de complications) pour la patiente ?**

**En quoi consiste votre prise en charge ?**

## → **Hémorragie**

### ● Etiologie:

- *hémostase insuffisante, relâchement des ligatures, HTA post-op importante, tr. Coag , chirurgie prédisposante.*

### ● Symptômes *diminution de la volémie (signe compensatoire , TA se maintient)*

- *Hypo TA légère, tachycardie, pâleur, sensation de froid, D+, faiblesse, angoisse, ....Pansement souillé, quantité drain sup 250ml/24h*

## de **choc hémorragique - hypovolémie** (+de 25%)

### ● Symptômes :

- *pâleur, sueur froide, nez pincé, cyanose des lèvres, yeux cernés, angoisse, extrémités froides et marbrées, hyperventilation, hypoTA, tachycardie et pls filant, oligurie →anurie, chute Hb*



- Prise en charge :
  - Traitement d'O<sub>2</sub> (masque ?)
  - Prévenir les médecins (1. l'anesthésiste) :
    - Perfusion à grand débit → augmenter perf en cours (attention au contenu!)
    - Perfusion de colloïdes (sur P.M.)
    - Biologie veineuse + Compatibilité
    - Si HBPM prescrit, voir avec le médecin pour reporter
  - Surveillance très régulière du bénéficiaire (paramètres, aspect général, diurèse, quantité drainée...)
  - Position de Trendelenbourg
  - Rechercher la cause (hémorragie abdo ?? → reprise S.O.)
  - Etre sécurisant
  - Couvrir la patiente

→ **Oligurie** (30ml /h ou 500ml /24h)  
**et risque d'Anurie** ( pas d'urine)

● **Etiologie:**

- *Augmentation des pertes, ou diminution des apports liquidiens, IR, état de choc, erreur de transfusion*

## → **Risque Nausée -vomissement**

### ● Etiologie

- *Liée au patient : mauvaise élimination des toxines (altération hépatique, hydratation insuffisante)*
- *Liée à l'anesthésie : produits anesthésiques*
- *Liée à l'intervention*
- *Liée aux modalités pré-opératoires :  
Atropine® pour inhiber l'excitation du nerf vague, non-respect du jeûne préopératoire.*

## → **Risque Hypoxémie**

### ● Etiologie:

- *Obstacle sur voies aériennes ( sécrétions, Vomissements, glossoptose), Curarisation résiduelle (contraction musculaire), douleur, tabac, pathologie existante (BPCO)*

### ● Symptômes :

- *Cyanose, dyspnée, tachypnée, amplitude respi superficielle, agitation, angoisse, désaturation.*

### ● Traitement:

- *Administration d'O<sub>2</sub>*
- *En cas d'obstruction, dégager les voies respiratoires :  
Tête en hyper- extension et sur le côté, aspiration des sécrétions,  
placement de la canule de Mayo*
- *En cas de blocage musculaire :  
Sur PM : administration de la Prostigmine® (antidote du curare),  
Si nécessaire, respiration assistée*

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 1

Vous prenez en charge Mme W. au matin du 1<sup>er</sup> jour post-op.  
La patiente vous dit qu'elle a peu dormi car la douleur n'a cessé d'évoluer. Elle estime actuellement son EVA à 9/10.

Sa PCA indique 54 mg.

Elle se plaint également de nausées.

Ses paramètres : PA = 15/8 cm Hg, FC = 90 battements/min, saturation en O<sub>2</sub> = 93 % (à l'air).

Au niveau des appareillages :

- La S.G. a ramené 120 ml de liquide verdâtre
- Le drain a ramené 65 ml sanglant
- Le pansement est souillé de sang séché
- La S.V. a ramené 800 ml (urines claires)
- La poche d'iléostomie est vide

# Présentation de la situation clinique J-opératoire 1

Médicaments	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
<b>IV</b>																								
1000ml Plasmalyte® A /12h	/	→											/	→										
+ 2A° de Tradonal® 100mg/2ml	/												/											
+ 2A° de Litican® 50mg/2ml	/												/											
Paracétamol® 1gr 4X/j	/						/						/						/					
PCA : Dipidolor® 60mg + 24 ml de NaCl 0,9%		→																						
Nexiam® 40mg 1X/J dans 100ml de NaCl 0,9%	/																							
Ondansétron® 4mg/2ml SN																								
Novalgine® 1gr SN dans 50ml de NaCl 0,9%																								
Sous cutanée																								
Clexane® 0,4 mg 1x/j																			/					
Divers																								
Bas TED		→																						
Ceinture abdominale		→																						

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 1

- **Etablissez votre priorité de soins pour votre matinée.**
- **A ce stade, quels sont les risques (type de complications) pour la patiente ?**

● Planification J.1 :

- Paramètres
- Gestion de la douleur :
  - TILT
  - Paracétamol
  - Education - Surveillance PCA (ES, Historique)
  - Novalgine SN ?
- Gestion des nausées :
  - Aspiration SG
  - ↓ PCA (?)
  - Ondansétron SN ?
- Vidanges (S.G., S.V., drain)
- Médication :
  - Plasmalyte A + Tradonal/Litican
  - Nexiam
  - A jeun !

- Toilette complète :
  - Bain de bouche -> bouche sèche (->jeun, SG)
  - Surveillance des mollets
- Réfection pansement souillé
  - ! Après remettre -> Ceinture abdo
- Suivi des paramètres
- 1<sup>er</sup> lever (sur P.M.)

- ***Douleur***
- ***Risque Nausée -vomissement***
- ***Risque Hémorragique***
- ***Risque de TVP***

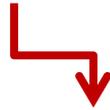
→ ***Risque de TVP***

- Traitement préventif
  - Observation des membres inférieurs
  - Mobilisation passive/active pour éviter la stase veineuse
  - Bas anti-stase
  - Lever précoce
  - Sur PM : HBPM (durant 10 à 30 jours)

- **Traitement curatif**

- Mise en place de contentions élastiques ou de bas anti-stase sur la jambe non atteinte
- Immobilisation stricte au lit, jambes surélevées
- Héparinothérapie ou HBPM 2X/J durant plusieurs semaines
- Echo-doppler, phlébographie ascendante pour suivre l'évolution

→ ***Thrombophlébite***



***Embolie pulmonaire***

- Symptômes:  
Dyspnée, tachypnée et hyperventilation, râles, hypoxie, anxiété et agitation, tachycardie sans hyperthermie, hémoptisie.
- Traitement curatif : situation d'urgence
  - Antidouleur
  - Anticoagulant (Héparine® à hautes doses)
  - Lit strict
  - O2
  - Transfert aux soins intensifs
- A plus long terme, relais Sintrom ou autres nouveaux anticoagulants  
Xarelto®, Pradexa®, Eliquis®

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 2

Vous prenez en charge Mme W. au matin du 2<sup>ème</sup> jour post-op.

Ses paramètres ce matin :

PA = 13/7 cm Hg,

FC = 84 battements/min,

Saturation en O<sub>2</sub> = 96 % (à l'air).

T° = 36,8

Mme W. se plaint de bouche sèche et de hoquet.

Au niveau des appareillages (à 8h) :

- La S.G. a ramené 30 ml de liquide verdâtre
- Le drain a ramené 50 ml séro-sanglant
- Le pansement est propre
- La S.V. a ramené 1200 ml (urines claires)
- La poche d'iléostomie contient un peu de matières fécales glaireuses

La prescription médicale prévoit :

- Une biologie de contrôle
- L'ablation de la S.G.
- L'ablation de la S.V.
- L'ablation de la PCA en fin de matinée si EVA < 4

# Présentation de la situation clinique

## J-opératoire 2

Médicaments	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
<b>IV</b>																								
1000ml Plasmalyte® A /12h	/	→											/	→										
+ 2A° de Tradonal® 100mg/2ml	/												/											
+ 2A° de Litican® 50mg/2ml	/												/											
Paracétamol® 1gr 4X/j	/						/						/						/					
PCA : Dipidolor® 60mg + 24 ml de NaCl 0,9%		→																						
Nexiam® 40mg 1X/J dans 100ml de NaCl 0,9%	/																							
Ondansétron® 4mg/2ml SN																								
Novalgine® 1gr SN dans 50ml de NaCl 0,9%																								
Sous cutanée																								
Clexane® 0,4 mg 1x/j																			/					
Divers																								
Bas TED		→																						
Ceinture abdominale		→																						

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 2

→ **A 8 heures**

- **Relevez les différents PTC chez cette bénéficiaire et les actions à mettre en œuvre**
- **Reprenez les éléments de surveillance spécifique à effectuer en fin de matinée**

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 2

## ● PTC

→ ***Douleur***

→ ***Hoquet***

- Etiologie: irritation du diaphragme (SG, HH, affection pleurale, déséquilibre ionique, drain)
- Traitement: supprimer la cause, médication (Haldol®), rétablir équilibre ionique, suspendre alimentation

→ ***Risque TVP***

→ ***Risque de nausées et vomissements***

## → **Risque de Nausées et Vomissements**

- Etiologie

- *Liée aux modalités post-opératoires : produits analgésiques (morphino-mimétiques et morphiniques en post-opératoire), reprise des boissons trop rapide en post-opératoire.*

- Traitement:

- *Sur PM, placement d'une sonde gastrique de décharge*
- *(Re) mettre la personne à jeun*
- *Position assise ou semi assise en fonction de l'intervention. La position latérale de sécurité est préconisée quand l'état de conscience est déficient.*
- *Aspirer ou rincer la bouche.*
- *Sur PM, administrer un antiémétique (ex. Litican®, DHBP®, Motilium®, Novaban®, Zofran® ...)*
- *Instaurer un BH*

## Surveillances spécifiques fin de matinée :

Surveillance	Justification
1ère miction (heure + quantité)	Ablation de la S.V.
Evaluation des nausées  + Autorisation de reprise des boissons ?	Clamper jusqu'à 12h Résidu? Ablation de la S.G.
Evaluation de la douleur Relais ?	Retrait PCA si EVA < 4
Résultats de la biologie	Prélevée ce matin
Hoquet	Evaluation du traitement éventuel administré

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 2

Il est 18 heures. Mme se plaint de nausées importantes et de douleur gastrique et dans le bas du ventre. Elle est agitée.

Vous vous rendez compte que la bouteille d'eau qui était sur sa table de nuit est vide.

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 2

→ **A quelle(s) complication(s) potentielle(s) pensez-vous ?**

→ ***Dilatation aigue de l'estomac***

• **Etiologie**

- Nausées, douleur gastrique, (signes)
- ingestion d'une grande quantité d'eau, non reprise d'un véritable transit intestinal

• **Traitement curatif**

- Vérifier reprise de transit
- Reprise progressive hydratation et alimentation
- Informer sur Q+ d'eau autorisée
- Favoriser mobilisation
- Pose de SG
- Traitement curatif
- BH
- Compenser perte, rétablir équilibre hydro-électrolytique

## → **Rétention urinaire**

- **Etiologie**

- Anesthésie (générale, rachianesthésie, péridurale)
- Utilisation de morphiniques en pré et/ou post-opératoire
- Intervention du petit bassin
- SV clampée ou obstruée ou *otée*
- Stress, Manque d'intimité
- Fécalome

- **Signes**

- Absence d'émission d'urine, Besoin d'urine
- *Agitation*, confusion
- Tachycardie
- Douleur pelvienne intense
- *Globe vésical*
- Miction par regorgement

# Présentation de la situation clinique

## J-opératoire 4

Nous sommes au 4<sup>ème</sup> jour post-op.

Les appareillages (SV, SG) ont été ôtés avant-hier et le drain doit être raccourci de 5 cm.

Mme W. a repris une alimentation CPC Biscotte ce jour et tout se passait bien jusqu'à 19 heures où elle a vomi la quantité d'un B.R. (liquide verdâtre). Il n'y a plus de gaz dans la poche. Lors de votre observation, vous voyez qu'elle a un ventre ballonné.

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 4

Médicaments	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	
<b>IV</b>																									
1000ml Plasmalyte® A /24h	/	→																							
+ 2A° de Tradonal® 100mg/2ml	/												/												
+ 2A° de Letican® 50mg/2ml	/												/												
Paracétamol® 1gr 4X/j	/						/						/						/						
Nexiam® 40mg 1X/J dans 100ml de NaCl 0,9%	/																								
Ondansétron® 4mg/2ml SN																									
Novalgine® 1gr SN dans 50ml de NaCl 0,9%																									
<b>Sous cutanée</b>																									
Clexane® 0,4 mg 1x/j																				/					
Divers																									
Bas TED	→																								
Ceinture abdominale	→																								

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 4

→ **A quelle(s) complication(s) potentielle(s) pensez-vous ?**

## → ***Iléus paralytique***

- Signes :
  - *Arrêt du transit – absence de gaz*
  - Abdomen distendu et douloureux (type colique)
  - Nausées, vomissements
  - Images hydro aériques (liquides surmontés de poches de gaz) à l'abdomen à Blanc
- Traitement préventif:
  - P. à jeun jusqu'à reprise du transit
  - Pose d'un SG
  - Mobilisation précoce
- Traitement curatif
  - A jeun
  - Pose SG
  - Correction tr hydro électrolytiques
  - Canule rectale et petit lavement (attention chir abdo!!!!)

# Présentation de la situation clinique

## J-opératoire 5

Nous sommes au 5<sup>ème</sup> jour post-op.

Mme W. devient progressivement autonome pour ses soins d'hygiène mais ne se mobilise pas encore beaucoup.

La poche de stomie est remplie de selles liquides et doit être changée ce jour.

Ses paramètres :

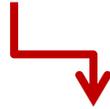
T° 37,7°C – FC 100 bat/min – PA 12/7 cmHg

Elle se plaint de la jambe droite.

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 5

→ **A quelle(s) complication(s) potentielle(s)  
pensez-vous ?**

→ ***Thrombophlébite***



***Embolie pulmonaire***

- *Symptômes:*  
Dyspnée, tachypnée et hyperventilation, râles, hypoxie, anxiété et agitation, tachycardie sans hyperthermie, hémoptisie.
- *Traitement curatif : situation d'urgence*
  - Antidouleur
  - Anticoagulant (Héparine® à hautes doses)
  - Lit strict
  - O2
  - Transfert aux soins intensifs
  - A plus long terme, relais Sintrom ou autres nouveaux anticoagulants

# Présentation de la situation clinique

## J-opératoire 6

Nous sommes au 6<sup>ème</sup> jour post-op.

Mme se plaint de toux importante, de dyspnée.

La patiente ne porte pas sa ceinture abdominale et vous appelle car elle a ressenti une drôle de sensation au niveau de la cicatrice.

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 6

Médicaments	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
<b>IV</b>																								
500ml Plasmalyte® A /24h	/	→																						
<b>Per os</b>																								
Dafalgan® 1gr 4X/J	/						/						/						/					
Nexiam® 40mg 1X/J	/																							
lysomucyl 600mg 1X/J	/																							
<b>Sous cutanée</b>																								
Clexane® 0,4 mg 1x/j																			/					
<b>Divers</b>																								
Bas TED	→																							
Ceinture abdominale	→																							
Duovent 3X/J	/				/						/													

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 6

→ **A quelle(s) complication(s) potentielle(s) pensez-vous ?**

→ **Désunion de suture – Eviscération**

- Désunion superficielle (peau et du tissu sous cutané) ou profonde (des différents plans de la paroi abdominale )  
Facteurs prédisposant? Technique? Post-opératoire
- Traitement préventif?
  - Correction en préopératoire des déficits existants (anémie, diabète, hypoprotéinémie,...)
  - Soutenir la cicatrice lors des différents efforts
  - Ceinture abdominale
  - Mise en place de ventrofiles pour augmenter la sécurité de la fermeture de la paroi
  - abdominale chez patients à risque
- Traitement curatif
  - Coucher le bénéficiaire
  - Maintenir les viscères à l'aide d'un champ stérile et des compresses humides
  - Ré-intervention d'urgence => préparation préopératoire
  - Antibiothérapie
  - Alimentation riche en protéines, zinc, vitamines B et C

## → ***Obstruction bronchique***

### ● *Etiologie*

- Suppression du mécanisme de la toux suite à l'anesthésie générale (en per op) et à la douleur (en post op)
- Inhalation des sécrétions pharyngées, gastriques
- Alitement prolongé
- Pathologies existantes : bronchite chronique
- Tabagisme

### ● *Symptômes*

- Toux, Parfois, douleur en point de côté à l'inspiration, Hypoxémie, Dyspnée  
Hyperthermie si surinfection

- *Traitement préventif*
  - Aspiration bronchique
  - Traitement des maladies existantes
  - Exercices respiratoires : kiné, bouteille à souffler...
  - Aérosol
  - O2
  - Changement de position, lever précoce
  - Combattre la douleur, l'anxiété
- *Traitement curatif*
  - Fluidifiants bronchiques (acétylcystéine)
  - Antibiothérapie si infection
  - Kiné respiratoire

# Présentation de la situation clinique

## J-opérateur 7

La sortie est prévue pour bientôt mais la patiente se plaint d'une lourdeur au niveau de la cicatrice.

Lors de la réfection du pansement, vous observez un léger écoulement purulent dans le bas de la suture qui est rouge.

La température de la patiente est de 38,2°C

# Présentation de la situation clinique J-opérateur 7

→ **A quelle(s) complication(s) potentielle(s) pensez-vous ?**

## → **Abcès**

### ● Etiologie

- Manque d'asepsie en per-op
- Type de chirurgie (abdominale, urologique)
- Hématome
- Personne à risque : diabétiques, immunodéprimés, insuffisants respiratoires, sous corticoïdes, malnutris, personnes âgées, personnes obèses, ...

### ● Symptômes

- Erythème
- Douleur
- Chaleur
- Tuméfaction
- Formation de pus
- Hyperthermie (température en clocher)
- Augmentation des tests inflammatoires (CRP, Fibrinogène) – Hyperleucocytose
- Abattement – fatigue

- **Traitement préventif**
  - Hygiène (lavage des mains !) – Asepsie
  - Antibiothérapie en prophylaxie
- **Traitement curatif**
  - Lâchage de suture prescrit, suivi éventuellement d'une irrigation et méchage
  - Prélèvement de plaie sur tissus sains (pas sur des tissus nécrotiques)
  - Antibiothérapie
  - Mise en place d'un drain sous contrôle radiologique ou reprise au bloc opératoire