

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000977
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.3
<h2>Technique clinique du lavement évacuateur</h2>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-technique	Approuvé le 13/11/2023

1. Résumé

Cette technique décrit comment faire un grand lavement évacuateur.

2. Définitions (objet et contexte) :

Instillation d'un liquide par l'anus dans le rectum et/ou le côlon sigmoïde dans le but de provoquer l'évacuation des selles. Le lavement peut être évacuateur ou être utilisé en préparation à un examen endoscopique ou radiologique ou à une intervention chirurgicale, il peut être également thérapeutique.

Différentes solutions peuvent être utilisées :

- les solutions hypertoniques (solution saline prête à l'emploi vol 90-120ml, type micro-clyss®, practo-clyss®, clyssie) délai action : 5-10min
- les solutions hypotoniques (ex : eau du robinet) vol 500-1000ml délai action : 15-20min

3. Indications

- Préparation du rectum lors d'examens radiologiques, endoscopiques ou lors de préparation à certaines interventions chirurgicales.
- Constipation passagère ou opiniâtre, fécalome.

4. Contre-indications

- Perforation intestinale
- Occlusion intestinale
- Traumatisme de l'abdomen
- Période post opératoire immédiate
- Fissures anales
- Maladies inflammatoires de l'intestin (Recto Colite Ulcéro Hémorragique, Crohn, diverticulite) dans certains cas
- Poussées hémorroïdaires dans certains cas
- Traitement de chimiothérapie, radiothérapie
- Abdomen aigu (sigmoidite, péritonite)
- Arythmie et infarctus du myocarde récent

5. Précautions / prévention

Le lavement n'est pas un acte anodin.

L'administration d'un lavement se fait uniquement sur prescription médicale, en précisant la composition de la solution et la quantité à administrer.

Attention aux patients et patientes présentant des hémorroïdes, le lavement peut être douloureux et traumatique.

Le lavement évacuateur s'effectue à distance des repas et de préférence le matin (au moins deux heures avant et après un repas). L'intimité de la ou du patient doit être préservée tout au long du geste qui peut être vécu comme invasif.

- Surveiller et prévenir **les signes de douleur** tout au long du soin :
 - Contrôler la solution qui doit être à température ambiante
 - Demander au ou à la patiente de vider sa vessie avant le geste pour limiter l'inconfort
 - Ralentir la vitesse de l'instillation et faire des pauses lors de l'instillation (2-3min) afin de prévenir les spasmes intestinaux et l'éjection prématurée de la solution

6. Matériel et déroulement

Matériel	Déroulement
<ul style="list-style-type: none"> • Solution hydro alcoolique pour les mains • Gants non stériles • Sonde rectale si nécessaire • Pied à perfusion ▪ La solution à Lavement / réservoir d'eau selon prescription médicale • Lubrifiant hydrosoluble (ex: KY®) • Matériel de protection de lit • Matériel pour la toilette intime • Cellulose 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le matériel (pied à perfusion, réservoir à eau muni d'un clamp, sonde rectale) • Suspendre la poche à lavement ou réservoir à eau à remplir d'eau tiède du robinet • Purger le système et clamper la tubulure. Il s'agit d'éviter d'introduire de l'air dans le rectum car cela peut augmenter l'inconfort • Connecter la sonde rectale à la tubulure et purger le système • Expliquer le but et le déroulement du soin à la ou au patient. : vérifier qu'il ou elle a bien vidé sa vessie et vérifier l'accessibilité à un WC, bassin ou chaise percée • Protéger le lit et préserver le plus possible l'intimité du ou de la patiente en le recouvrant avec une serviette • Installer de préférence la ou le patient en décubitus latéral gauche avec les genoux pliés • Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique

<ul style="list-style-type: none"> • Si nécessaire bassin, chaise percée • Sac poubelle noir 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre une paire de gant non stériles • Lubrifier la sonde rectale ou la canule ou l'embout du lavement avec un lubrifiant hydrosoluble • Introduire doucement la sonde rectale ou la canule ou l'embout du lavement de 8-10cm, en direction de l'ombilic puis horizontalement sans forcer • Instiller le produit, le débit étant le plus faible possible. La durée d'instillation varie selon le produit entre 3 à 15 minutes pour un lavement évacuateur de 500-1000ml • Mettre le ou la patiente en décubitus dorsal, prévoir le bassin, si le ou la patiente éprouve des difficultés à garder le lavement • S'inquiéter de la tolérance de la ou du patient, au besoin arrêter l'instillation un instant • A la fin de l'instillation, et avant que la poche ne soit totalement vide, clamber la tubulure du lavement • Prévenir le ou la patiente qu'elle ou il va devoir contracter le sphincter anal pour garder le lavement • Oter délicatement la sonde rectale ou la canule ou l'embout du lavement et demander à la ou au patient de contracter le sphincter anal pour garder le lavement pendant au moins 10 minutes et lui conseiller de rester en décubitus dorsal sans faire d'efforts • Demander s'il est possible qu'il ou elle se tourne sur le côté droit : le changement de position favorise la circulation du liquide dans le sigmoïde • Jeter le matériel • Installer la ou le patient sur le bassin et mettre la sonnette d'appel à sa disposition, pour les patients valides se rendre aux toilettes • Enlever les gants et se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique • Après l'évacuation, proposer d'effectuer une petite toilette et réinstaller le ou la patiente pour favoriser un temps de repos • Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique • Transmettre et noter l'efficacité du lavement (quantité, qualité)
--	--

7. Contrôle et surveillance

- Réflexe vagal
- Surveillance de la douleur
- Efficacité du lavement : expulsion, quantité, qualité, couleur des selles
- Surveillance de l'état cutané de la région anale : rougeur irritation, fissure, saignement, hémorroïdes
- Surveillance du transit avec un calendrier d'élimination des selles

8. Education de la personne soignée

- Organiser un entretien avec le ou la patiente pour lui expliquer le but du lavement évacuateur, son déroulement et sa participation tout au long de l'examen : exprimer ses ressentis, ses symptômes pendant le lavement, douleur.
- Son accord est sollicité avant de préparer le soin.

9. Elimination des déchets

- Nettoyage et désinfection si utilisation du bassin
- Elimination des déchets selon la procédure institutionnelle pour les déchets infectieux et/ou souillés par des liquides biologiques.

10. Références

Kozier B, Erb G, Bernam A, Snyder S. Soins infirmiers: théorie et pratique. Québec : ERPI ; 2005

Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures. Professional edition, 9th edn. Chichester: Wiley-Blackwell; 2015

Mesures préventives d'infection hospitalière en vigueur dans l'institution (SPCI) :

<http://vigigerme.hug.ch/>

<https://vigigerme.hug.ch/elimination-dechets-et-excreta>

11. Personnes rédactrices

GARCIA PAILLARD Manuela, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
AVETTAND-FENOEL Benjamin, infirmier responsable d'unité ou de secteur, service de médecine interne et de réadaptation SMIR

12. Personnes relectrices et validatrices

Référentiel Médico-Soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.