Evaluation des bonnes pratiques de drainage chirurgical: choix des dispositifs et recommandations

E.MOUTEL[1], T. DULERMEZ[1], M. GUERRIER[1], I. EDET[2], JM SIKSIK[3] , G. GODIRIS-PETIT[4], E.FOURNIOLS [5],C. FARGEOT[1]

[1] UFDMS Pharmacie, [2] Direction des soins, [3] Chirurgie Digestive, [4] Chirurgie Générale et Endocrinienne, [5] Orthopédie, GH Pitié-Salpêtrière – Charles Foix (PSL-CFX)

Introduction

La prise en charge des espaces disséqués, traumatisés et/ou infectés nécessitent en plus du geste chirurgical adéquat, des dispositifs de drainage adaptés à chaque situation. Le drainage chirurgical permet l'évacuation de liquides vers l'extérieur pour éviter la constitution d'une collection (prophylactique) ou évacuer une collection déjà formée (curatif). Il existe 2 types de drainage: actif (aspiratif par haute et basse pression) et passif (par gravité ou capillarité). Notre groupe hospitalier possède 12 services de chirurgie différents d'où notre souhait de mettre en place des recommandations dans le soin des plaies chirurgicales drainées, geste technique peu décrit en pratique.

Matériel et méthodes

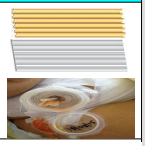
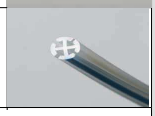
Un groupe de travail réunissant des chirurgiens et infirmières de différentes spécialités, des pharmaciens, des hygiénistes a été constitué durant une année. Une analyse de pratiques a été réalisée, couplée à une étude bibliographique et à l'étude de l'évolution des consommations en drains et systèmes de drainage.

Résultats

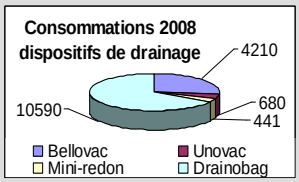
CONSTAT

- ❖choix du drain fonction de l'objectif du geste, de la zone anatomique (profondeur/taille) mais **spécialité et opérateur dépendant**
- ❖pratique historique mais évolutive en terme de pertinence (**aujourd'hui moins systématique**), de durée (la plus courte possible), de type de drainage (évolution vers basse dépression) et de matériau (silicone versus latex).
- ❖confusion entre les termes utilisés par les soignants (ex **« Redon »** utilisé de façon générique pour le drain et le système de drainage)**,** méconnaissance des dispositifs de recueil, tous avec suffixe « VAC »(UNO, MONO, MANO, BELLO, VAC thérapie…)
- ❖modalités différentes en terme d'antisepsie, de **casse du vide,** de **fixation du drain après mobilisation, d'ablation du drain aspiratif (en aspiration ou non).**

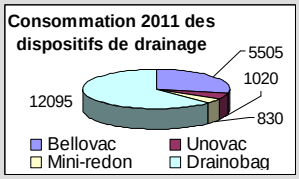
I. Critères de choix des drains les plus couramment utilisés sur le GHPS (hors drainage thoracique)

	Drains	Caractéristiques	Indications	Photos
DRAINAGE PAR GRAVITE Couplé à une poche stérile, à hublot ou non	**Lame de Delbet (latex) ou Drain multitubulaire (silicone)**	Latex : Forte adhésion aux tissus rendant la première mobilisation difficile: évolution vers lames ou drains **en silicone.** Débit inférieur au drain tubulaire.	Utilisation de **module Drain-lame** en chirurgie digestive pour irrigation. Indiqué dans les plaies larges, cruentées déclives. Dirige la fistule.	
DRAINAGE ASPIRATIF Système clos pour chirurgies à haut risque septique	**Drain tubulaire**	Drains multi perforés PVC et silicone	Principalement utilisé en chirurgie viscérale. Non utilisé dans chirurgies à risque septique (ortho , cardiovasculaire) Couplé à drainage basse pression en chirurgie cardiaque et vasculaire	
	Drain dit de Blake Basse dépression	Utilisation dans les zones anatomiques où le drainage est sensible: **Confort >** Mobilisation plus aisée. Ne se colmate pas car cannelé. Inconvénient coût +++	Couplé à un **drainage basse dépression** en chirurgie digestive et gynécologique (CH15)	
	Drain de Redon Haute dépression	Indiqué pour **affaisser les espaces morts** Drainage en profondeur. Non indiqué si drainage des viscères/épiploon (Risque d'oblitération des orifices et de recueil faussement rassurant).	Chirurgie orthopédique et vasculaire car **chirurgie hémorragique** et dans les interventions entraînant des décollements, médiastinite, éventrations, gynécologique, maxillo-faciale, …	

2008: Dépenses 103000€ TTC dont 78% basse dépression



2011: Dépenses 123000€ TTC dont 85% basse dépression



II. Harmonisation des dispositifs de drainage

Haute dépression >800mbars

Toutes chirurgies hors viscérale utilisation moins systématique Drain PVC connecté sur Alène, Flacon 150 et 600ml CH 8, 10, 14, 16,

Basse dépression < 200mbars

Petite capacité

Neurochirurgie, maxillo-facial, ORL, orthopédie (chirurgie des extrémités)

Grande capacité

2 systèmes utilisés historiquement – harmonisation en cours - Critères de choix: Sans drain pour adapter drain au choix **Blake ou tubulaire multi perforé**, graduations lisibles, poche de rechange, soufflet préféré (plus facile à mobiliser) clamp, valve anti-reflux, coût…

Chirurgie digestive et générale,, gynécologie, cardiovasculaire utilisation préférentielle

Soins	Utilisation d'antiseptique
Plaie chirurgicale	
Incision propre et suturée	
Pansement	Pas d'antiseptique
Ablation suture	Antiseptique systématique
Drain aspiratif	
Soins d'orifice	selon l'aspect de l'orifice, sur PM
Mobilisation	Antiseptique systématique
Ablation	Antiseptique systématique
Drain non aspiratif et lame	
Soins d'orifice	selon l'aspect de l'orifice, sur PM
Mobilisation	sur PM (Prescription médicale)
Irrigation	sur PM
Ablation	sur PM
Mèche	sur PM

III. Identification des différentes étapes de soins et réponse aux questions des soignants:

1.Surveillance+++: Perméabilité du drain, quantification et aspect des exsudats (toutes les 6h et total sur 24h).

2.Modalité de fixation du drain après mobilisation: épingle de sûreté en chirurgie digestive pour éviter l'invagination des drains non aspiratifs et lames, double fils, bandelettes de suture adhésives

2.« Casse du vide » sur PM**.** Sur drainage haute dépression trop productif. Non recommandé en basse dépression

3.Retrait en aspiration:

geste douloureux et traumatique-Non recommandé.

Discussion / Conclusion

En l'absence de recommandations officielles précises, et compte-tenu de la faiblesse des fiches techniques des Dispositifs Médicaux (DM), notre groupe de travail a souhaité apporter des réponses concrètes pour toutes les étapes de la prise en charge de la zone opératoire et le choix des DM. Elle a permis un échange entre les équipes pour une meilleure connaissance des évolutions des DM (gamme, matériaux, charrières…) une réflexion pour l'harmonisation des pratiques, même si habitudes et coûts (drain silicone versus PVC ou latex) restent des facteurs limitant en l'absence de critères de choix objectivés.