

Chapitre 1

Introduction

Cet ouvrage a pour objectif de contribuer à former et à doter toutes les infirmières des moyens de délivrer des soins infirmiers de qualité et efficaces à toutes les patientes chez lesquelles une intervention chirurgicale sur une fistule vésico-vaginale (FVV), une fistule recto-vaginale (FRV) et des déchirures de 3e et 4e degrés a été réalisée. Les soins ne sont ni difficiles ni compliqués, mais ils sont spécialisés et nécessitent une connaissance précise de l'intervention chirurgicale réalisée chez chaque femme afin que les infirmières puissent lui prodiguer des soins holistiques de haute qualité. Des soins infirmiers sont nécessaires avant, pendant et après la chirurgie afin de limiter les complications postopératoires et de garantir aux femmes un rétablissement sûr et sans complication.

Comme la plupart des interventions chirurgicales réalisées sur des fistules sont actuellement pratiquées dans des établissements de soins de routine spécialisés dans le traitement de la fistule, mais également dans des camps chirurgicaux dédiés, cet ouvrage propose un guide des soins infirmiers spécifiques devant être mis en œuvre dans un hôpital et/ou une unité spécialisés dans le traitement de la fistule ou lors d'un camp chirurgical de traitement des fistules.

Dans les centres spécialisés dans le traitement des fistules, les patientes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire qui leur prodigue des soins holistiques. Cette équipe se compose d'infirmières de salle et de bloc opératoire, de physiothérapeutes et de spécialistes en rééducation, de conseillers en soutien psychosocial, de nutritionnistes, ainsi que de médecins et de chirurgiens. Cependant, toutes les patientes n'auront pas accès à tous ces spécialistes de soins de santé ; tout dépendra des ressources dont disposent les centres où elles pourront être opérées.

La réparation chirurgicale d'une FVV est une opération difficile en raison de la nature de la lésion, qui affecte la vessie, le vagin et souvent l'urètre, mais également en raison des destructions tissulaires associées à cette perte de substance. Les lésions nerveuses associées qui affectent les sphincters urétraux et le mécanisme de remplissage de la vessie altèrent la capacité de l'organisme à maintenir la continence urinaire. Seul un chirurgien hautement qualifié pourra réussir à réparer une fistule obstétricale (Figure 1).

Dans les pays touchés par les fistules, très peu de chirurgiens disposent de la formation, des compétences et de l'expérience nécessaires pour réaliser ces opérations. Cette situation, associée au manque de financement pour la lutte contre la fistule, rend difficile l'accès aux soins pour ces femmes. Dans l'absolu, la chirurgie des fistules devrait être pratiquée régulièrement dans des centres spécialisés, mais malheureusement, ceux-ci sont rares. Outre la pénurie de chirurgiens spécialisés dans le traitement des fistules, les salles d'opération disponibles pour les interventions gynécologiques et chirurgicales non urgentes sont également limitées.

Cependant, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) mène actuellement des actions globales pour la formation des chirurgiens spécialisés dans le traitement des fistules grâce à son Initiative de formation à la chirurgie de la fistule. Les chirurgiens et les équipes de soins holistiques spécialisés dans le traitement des fistules sont maintenant nombreux à participer à ce programme de formation dans tous les pays où la charge des fistules obstétricales est élevée.



Figure 1 Chirurgiens hautement qualifiés au bloc opératoire

Bien qu'il existe un hôpital spécialisé dans le traitement des fistules en Éthiopie, l'Addis Ababa Fistula Hospital, ainsi que d'autres centres qui

dispensent des soins continus, certaines interventions chirurgicales sont également pratiquées dans des camps chirurgicaux où des équipes de chirurgiens et d'autres professionnels de santé travaillent ensemble pour soigner les patientes présentant des fistules. Ces camps chirurgicaux sont généralement financés par des organismes d'aide ou des associations caritatives, ce qui permet généralement aux femmes d'accéder gratuitement à la chirurgie et aux traitements.

Cependant, il est estimé que pour chaque femme qui bénéficie d'un traitement chirurgical, 50 autres femmes n'ont pas pu avoir accès à la chirurgie. La plupart de ces femmes n'ont que très peu de connaissances sur les causes de leur fistule ou sur les traitements disponibles. Certaines pensent même qu'elles ont été maudites ou victimes de sorcellerie. Beaucoup de femmes vivent dans des zones rurales inaccessibles, mal desservies par les transports. Elles peuvent ne pas disposer des moyens financiers pour se rendre dans un centre de traitement ou un camp chirurgical. Certaines craignent également de se rendre dans des centres de traitement ou ont recours à des remèdes traditionnels pour tenter de guérir leur fistule, plutôt que de se tourner vers la médecine moderne.

Morbidité

Il a été estimé que les fistules obstétricales touchaient entre 50 000 et 100 000 femmes chaque année dans le monde. Le développement d'une fistule obstétricale est directement lié à un travail obstructif, l'une des principales causes de mortalité maternelle.

Les femmes qui souffrent d'une fistule obstétricale sont confrontées à une incontinence urinaire et/ou fécale permanente, à la stigmatisation, à l'isolement social et à des problèmes de santé associés. L'Organisation mondiale de la Santé estime que plus de 2 millions de femmes présentent une fistule obstétricale non traitée, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, ainsi que dans d'autres régions du monde.

Les fistules obstétricales peuvent être évitées grâce à l'accès à des services d'accouchement sûrs et à des soins obstétricaux d'urgence dispensés en temps opportun.

Malheureusement, les fistules obstétricales touchent de manière disproportionnée les femmes les plus pauvres du monde, qui sont souvent peu instruites, ont une compréhension limitée de ce qui leur est arrivé, se

mariées souvent à un jeune âge et sont censées avoir beaucoup d'enfants. La plupart de ces femmes vivent dans des villages ruraux où l'accès aux soins de santé est limité (Figure 2). Leurs villages peuvent être très éloignés des hôpitaux, avec des réseaux routiers et des transports locaux défaillants, ce qui rend les déplacements difficiles (Figure 3).

La pauvreté est également un facteur aggravant majeur de l'apparition de fistules obstétricales, car les femmes vivant dans ces conditions précaires n'ont souvent pas l'argent nécessaire pour payer le transport vers l'hôpital ou les frais d'hospitalisation si elles rencontrent des problèmes pendant l'accouchement. Les femmes qui développent des fistules obstétricales vivent souvent dans des pays où les droits et le statut social des femmes sont médiocres, ce qui signifie qu'elles ont peu de pouvoir pour décider elles-mêmes où elles accoucheront. Beaucoup accouchent à domicile sans l'aide de sages-femmes qualifiées. Ces décisions sont souvent prises par les hommes du foyer.

De nombreuses femmes dans les pays à faible revenu, notamment en Afrique, accouchent à domicile sous la supervision d'une accoucheuse traditionnelle locale. Les accoucheuses sont des femmes du village qui supervisent les accouchements sans avoir suivi de formation obstétricale officielle, dont les compétences sont généralement « acquises » et transmises de génération en génération au sein des familles.

La plupart du temps, les accouchements se déroulent sans complication et les accoucheuses traditionnelles mettent au monde des centaines de bébés en toute sécurité.

Cependant, les accoucheuses traditionnelles ne reconnaissent pas toujours assez tôt les cas d'obstruction du travail et les situations où une césarienne est la seule option pour garantir la naissance d'un bébé vivant en bonne santé. Cette situation déclenche une série d'événements, avec un retard dans la reconnaissance de l'obstruction, aggravé par d'autres retards pour se rendre à l'hôpital, puis pour arriver au bloc opératoire afin de pratiquer une césarienne. À ce stade, le bébé est généralement mort et, si la mère survit, elle risque d'avoir développé une fistule due à la pression exercée par la tête du bébé dans le bassin pendant le travail obstructif.



Figure 2 Milieux ruraux où les femmes accouchent



Figure 3 Les transports peuvent être difficiles en raison du mauvais état du réseau routier

Fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales et déchirures de 3e et 4e degrés

La plupart des fistules se développent à la suite d'un travail obstructif et sont dénommées fistules obstétricales, qui peuvent être divisées en fistules vésico-vaginales (FVV) et fistules recto-vaginales (FRV). La fistule obstétricale peut être urinaire (FVV), fécale (FRV) ou les deux. La FVV se produit lorsqu'un « orifice » se forme entre la vessie et le vagin, entraînant une fuite continue d'urine par le vagin (Figure 4).

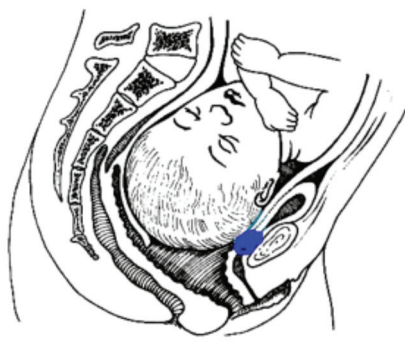


Figure 4 La zone en bleu indique l'emplacement de la fistule vésico-vaginale

Dans certains cas, il peut également y avoir un « orifice » ou une fistule entre l'intestin et le vagin (FRV), ce qui entraîne des fuites fécales par le vagin chez la patiente. Les FRV (Figure 5) surviennent très rarement de manière isolée, mais se produisent généralement avec une FVV après le premier accouchement, lorsque le travail a duré un jour de plus que dans le cas d'une FVV isolée.

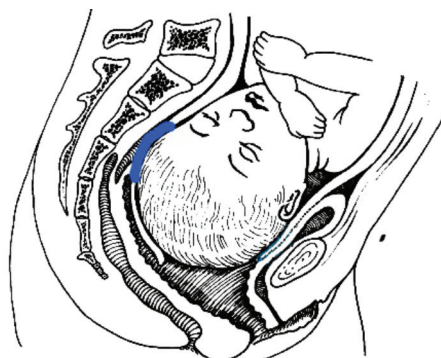


Figure 5 La zone en bleu indique la position d'une fistule recto-vaginale

Ces femmes souffrent parfois également de lésions nerveuses dues à la compression du plexus lombo-sacré, ce qui entraîne souvent un steppage (pied tombant) en raison de l'atteinte du nerf en L5. Elles peuvent se présenter en boitant ou en marchant à l'aide d'une canne. Dans la plupart des cas, le steppage se rétablit progressivement, mais peut durer jusqu'à 2 ans et, dans les cas graves, ne jamais se rétablir complètement.

Les autres facteurs conduisant au développement de fistules, dont la guérison nécessite une intervention chirurgicale, sont principalement iatrogènes et provoqués par des lésions de la vessie, du vagin ou des uretères lors d'une hystérectomie ou d'une césarienne. Les fistules iatrogènes auront davantage tendance à se produire si le travail obstructif est très prolongé et les tissus maternels sont très fragilisés. Des soins de qualité prodigués par une sage-femme et une orientation rapide pour une césarienne en cas de travail obstructif sont essentiels pour réduire le risque de lésions iatrogènes.

Les lésions surviennent de manière accidentelle, éventuellement lors d'une césarienne difficile au cours de laquelle l'utérus s'est rompu. Des lésions de la vessie ou de l'uretère peuvent survenir accidentellement au cours de cette intervention vitale. Un mauvais éclairage, des instruments chirurgicaux insuffisants et un manque d'expertise chirurgicale sont autant de facteurs pouvant augmenter le risque de survenue d'une fistule iatrogène après une hystérectomie. Les problèmes peuvent passer inaperçus pendant plusieurs jours ou semaines après l'opération.

Les accouchements vaginaux assistés, tels que l'extraction par ventouse, s'ils ne sont pas pratiqués correctement, peuvent coincer la paroi de la vessie, du vagin ou du rectum dans la ventouse, et provoquer une fistule iatrogène. Une situation similaire peut se produire après un accouchement instrumental à l'aide de forceps.

Les fistules peuvent également se développer en cas de tuberculose vésicale ou de cancers avancés ; elles sont souvent inopérables, car elles ont peu de chances de guérir ou se reformeront à mesure que le cancer progresse.

Les autres causes peuvent être les suivantes : radiothérapie, traumatismes, traumatismes sexuels et malformations congénitales.

Les déchirures périnéales (Figure 6), bien qu'elles ne soient pas définies comme des fistules, constituent une autre cause fréquente d'incontinence chez les femmes après l'accouchement. Dans ces situations, l'incontinence est fécale, ce qui signifie que les femmes ont des fuites de selles en raison d'une rupture complète ou partielle du sphincter anal. Une rupture du muscle anal principal peut survenir à la suite d'un accouchement rapide, lorsque le périnée n'est pas protégé pendant la naissance. Il peut se produire une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au rectum.

Une rupture complète du muscle anal principal avec atteinte de la peau entre le vagin et le rectum sera dénommée « déchirure de 4e degré ». Dans le cas d'une déchirure de 3e degré, le sphincter anal est rompu, mais l'anus et la paroi rectale restent intacts.



Figure 6 Déchirure de 3e degré

Conséquences psychosociales des fistules obstétricales

Selon des estimations, 97 % des femmes atteintes d'une fistule souffrent de dépression et 40 % d'entre elles ont déjà eu des pensées suicidaires ou ont tenté de mettre fin à leurs jours. De nombreuses femmes atteintes d'une fistule mènent une vie très confinée, incapables de quitter leur domicile, de se rendre au marché ou d'assister à des offices religieux. Elles ne peuvent pas exercer d'emploi rémunéré en raison de leur incontinence et, par conséquent, disposent de peu d'argent. Certaines seront contraintes à vivre isolées après avoir été abandonnées par leur mari ou leur partenaire et ostracisées par leur famille et leur

communauté parce qu'elles dégagent une forte odeur d'urine et/ou d'excréments.

Ces femmes ont subi des blessures terribles sans que cela soit de leur faute. En plus d'avoir une fistule et d'être constamment mouillées par l'urine (Figure 7), la plupart d'entre elles auront également subi le traumatisme d'avoir accouché d'un bébé mort-né.



Figure 7 Jeune fille souffrant de fuites urinaires constantes dues à une fistule

Se mettre à la place de ces femmes est inimaginable pour la plupart d'entre nous, c'est pourquoi nous devons les traiter avec respect et leur offrir les soins attentionnés qu'elles méritent.

Lorsque des femmes et des filles se présentent pour recevoir un traitement, nous devons respecter leur droit à la vie privée et leur laisser le temps de raconter leur histoire, en comprenant qu'elles sont probablement terrifiées même si elles sont venues chercher de l'aide. Il s'agit d'une blessure intime, et faire preuve de gentillesse et d'empathie envers leur situation les aidera à se sentir en sécurité, valorisées et peut-être même aimées à nouveau. C'est un rôle dans lequel les infirmières peuvent exceller, en gagnant la confiance des patientes et en rendant leur séjour à l'hôpital aussi positif que possible.

L'environnement d'un centre de traitement des fistules est un bon moyen de permettre aux patientes qui ont vécu des expériences similaires de discuter entre elles de leurs problèmes et de développer un réseau de soutien pendant leur séjour à l'hôpital. De nombreuses

femmes viennent chercher de l'aide dans un état de dépression profonde, mais elles s'épanouissent à mesure qu'elles se rétablissent physiquement, rencontrent d'autres personnes dans des situations similaires et sont encouragées par le personnel infirmier. Les activités sociales organisées pendant la journée, telles que le tricot, les cours de couture, la manucure ou le tressage des cheveux, contribuent à réunir les femmes et à les encourager à discuter (Figures 8-10).



Figure 8 (en haut) Cours de tricot ; Figure 9 (en bas à gauche) Manucure ;
Figure 10 (en bas à droite) Cours de couture

Nécessité de soins infirmiers de qualité pour les fistules et les déchirures périnéales

Des soins infirmiers de haute qualité nécessitent une bonne compréhension des souffrances endurées par les femmes présentant des fistules et des déchirures périnéales. Ces femmes doivent toutes être traitées avec dignité et respect lorsqu'elles se présentent à l'hôpital pour demander de l'aide. Beaucoup auront une forte odeur désagréable due à l'incontinence urinaire ou fécale, aggravée par le fait que l'urine est plus concentrée, car elles réduisent leur consommation de liquides afin de contrôler les fuites (Figure 11).



Figure 11 L'indignité de vivre avec une fistule

Tous les membres du personnel hospitalier qui entrent en contact avec ces patientes doivent faire preuve de sensibilité à leur égard et éviter d'utiliser un langage qui pourrait les gêner à propos de leur affection.

Faire preuve de gentillesse envers ce groupe de patientes très effrayées les aidera à se détendre et à sentir que quelqu'un se soucie d'elles. Pendant leur séjour à l'hôpital, tout le personnel doit s'efforcer de les traiter comme s'il s'agissait de leur sœur, de leur mère ou de leur grand-mère. L'expression bien connue qui nous invite à « traiter les autres comme nous aimerions être traités » peut être un bon principe directeur. Le personnel doit garder à l'esprit que la situation dans laquelle se trouvent ces femmes et ces filles n'est aucunement de leur faute. Les infirmières qui font preuve d'empathie et de gentillesse sont des modèles pour leurs collègues et les étudiants en soins infirmiers.

Équipement de base nécessaire pour les soins infirmiers aux patientes présentant une FVV

Les soins infirmiers pour le traitement des fistules nécessitent peu d'équipement, mais certains instruments ou produits sont indispensables avant le début du traitement chirurgical. Ces éléments sont répertoriés ici et peuvent être obtenus pour une somme modique. Ils sont généralement inclus dans les coûts d'installation d'un camp (Figure 12).

- Un petit seau dans lequel s'écoule une sonde urinaire est nécessaire pour chaque patiente. Cela permet à la patiente de se lever et bouger dès que possible avec sa sonde urinaire en écoulement libre.

Soins infirmiers pour les femmes présentant des complications liées à l'accouchement

- Des bandes adhésives ou du ruban adhésif pour fixer solidement les sondes sur l'abdomen de la patiente afin d'éviter toute traction sur la sonde dans la vessie.
- Une seringue stérile de 60 ml ou 100 ml à embout de cathéter et un flacon de solution saline stérile pour purger les sondes obstruées. Il est conseillé de préparer quelques kits stériles comprenant un récipient (cuvette haricot) et une seringue.
- Savlon® ou un antiseptique similaire pour la toilette vulvaire et l'hygiène périnéale après l'opération.
- Des serviettes hygiéniques en gaze et en coton.
- Lubrifiant soluble dans l'eau (gel K-Y®).
- Sondes urinaires supplémentaires au cas où certaines devraient être remplacées et ne pourraient être débouchées.
- Analgésie : il est utile de s'assurer d'un stock suffisant en analgésiques avant le début du camp. Il est nécessaire de disposer d'un approvisionnement en opiacés, anti-inflammatoires et paracétamol.



Figure 12 Équipement de base nécessaire

Prévention des infections

Hygiène des mains

L'hygiène des mains est l'une des mesures les plus importantes dans la prévention des infections associées aux soins de santé, qui sont provoquées par la propagation de micro-organismes dangereux. L'hygiène des mains signifie qu'il est nécessaire de se laver les mains ou d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool après avoir touché une patiente. Une solution hydroalcoolique peut être utilisée à trois reprises après des contacts consécutifs avec des patientes, puis les mains doivent être lavées à l'eau et au savon. Si vous utilisez des gants, ceux-ci doivent être jetés après avoir été utilisés sur une seule patiente.

Un distributeur d'eau et du savon doivent être disponibles pour se laver les mains. L'idéal est que le savon soit distribué à partir d'un distributeur à pompe manuelle. L'hygiène des mains doit être effectuée conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (Annexe A). Une bonne hygiène des mains contribuera à protéger les patientes dont vous vous occupez, vos collègues, vous-même et votre famille.

Nettoyage

Les lits et les matelas des pavillons constituent une autre source d'infections contractées à l'hôpital (nosocomiales). Chaque fois qu'une patiente quitte son lit, le matelas doit être lavé avec un désinfectant et séché avant de faire le lit de la patiente suivante. Le cadre du lit doit également être lavé afin de prévenir les infections croisées.

Le nettoyage du sol de la salle doit être effectué tous les jours et plus souvent en cas de déversements d'urine ou de sang, ce qui est fréquent avec les systèmes de drainage urinaire ouverts (Figure 13). Ces mesures permettront d'éviter les infections et la contamination des patientes pendant la phase postopératoire.

Les toilettes des patientes doivent être maintenues propres et désinfectées quotidiennement. Une femme de ménage de l'hôpital doit se charger de cette importante tâche. Tous les déchets, y compris les serviettes hygiéniques usagées, doivent être ramassés régulièrement et les patientes doivent être invitées à jeter ces déchets dans la poubelle appropriée de l'hôpital.

Les zones de lavage destinées aux patientes doivent être nettoyées au moins une fois par jour. Il est conseillé aux patientes de se laver tous les jours, y compris de laver quotidiennement la vulve et le périnée, et de sécher la peau en la tapotant afin de réduire le risque d'infection postopératoire. Il convient d'encourager les patientes à nettoyer et sécher leur périnée après être allées à la selle. Les patientes doivent également éviter d'introduire leurs doigts dans le vagin, car cela pourrait endommager la réparation.



Figure 13 Exemple d'un pavillon de chirurgie propre et bien entretenu