

Chapitre 2

Soins préopératoires

Dépistage des fistules (fistules vésico-vaginales et recto-vaginales) et des déchirures de 3e et 4e degrés

De nombreuses patientes peuvent se présenter dans un centre spécialisé dans le traitement des fistules dans l'espoir de bénéficier d'une intervention chirurgicale gratuite pour résoudre leur problème. Cependant, un examen doit être effectué systématiquement afin de déterminer si elles présentent une fistule ou une déchirure périnéale de 3e ou 4e degré. Le dépistage initial est souvent effectué par l'infirmière ou la sage-femme. Un examen complémentaire est généralement effectué par les médecins qui opéreront les patientes, car ils doivent connaître la taille, l'emplacement et la complexité de la fistule.

Le personnel infirmier participe au processus de dépistage et apporte une aide précieuse aux médecins lors du recueil des antécédents et de l'examen. Ils peuvent recueillir des antécédents médicaux succincts, examiner et consigner leurs résultats cliniques, puis établir l'ordre de priorité des patientes qui doivent être examinées par le chirurgien spécialiste des fistules. Des prélèvements de sang peuvent être effectués à ce stade, en particulier chez les patientes qui présentent une anémie manifeste (Figure 14).



Figure 14 Salle d'examen pour le dépistage, l'intimité étant assurée par des paravents

Recueil des antécédents

- La patiente est-elle incontinente en permanence, y compris la nuit ? La réponse à cette question doit être confirmée chez les patientes présentant une fistule, car celles qui présentent une incontinence d'effort légère à modérée peuvent décrire une sensation d'humidité tout au long de la journée, mais restent généralement continentes pendant la nuit.
- Déterminer si elle est devenue incontinente après l'accouchement (accouchement par voie basse, césarienne ou hystérectomie par césarienne).
- Demander à la patiente si elle souffre également d'incontinence fécale. Il s'agit de déterminer si elles présentent une FRV, mais également une FVV.
- Les patientes présentant des déchirures de 4e degré décriront une incontinence fécale et la présence de matières fécales dans le vagin. Elles pourront ne pas être en mesure de contrôler leurs selles et/ou leurs flatulences. En revanche, les femmes présentant des déchirures de 3e degré peuvent parfois contrôler leurs selles, mais souffrent également fréquemment d'incontinence ou de souillures.
- Tenir compte de l'âge de la patiente : un travail obstructif chez les adolescentes est souvent associé aux lésions obstétricales les plus graves, qui sont généralement difficiles à réparer.
- Depuis combien de temps la patiente est-elle incontinente ? La dermatite associée à l'incontinence est un signe que la patiente est restée mouillée pendant longtemps.
- Antécédents obstétricaux. S'agit-il de la première grossesse ou y a-t-il eu d'autres accouchements et, dans ce cas, quels sont le nombre d'accouchements et le nombre d'enfants vivants ? Comment la femme a-t-elle accouché et quand ? L'accouchement a-t-il eu lieu par voie basse ou par césarienne ? (Une fistule après une césarienne peut être plus complexe, liée aux uretères ou à une rupture utérine s'étendant jusqu'à la vessie.)

- Combien de temps a duré le travail ? Chez de nombreuses patientes présentant une fistule, le travail aura duré plus de 24 heures. Y a-t-il un steppage ? Plus le travail obstructif a duré longtemps, plus les lésions sont généralement étendues/complexes et plus le steppage est grave.
- Où l'accouchement a-t-il eu lieu ? L'accouchement a pu avoir lieu à domicile, dans un centre de santé ou à l'hôpital. Les accouchements obstructifs surviennent souvent après un travail à domicile, les patientes ne se rendant à l'hôpital pour une césarienne que lorsqu'il est trop tard, le bébé est décédé et une fistule s'est formée. Une fistule peut également se produire à l'hôpital en cas de surveillance insuffisante pendant le travail (à l'aide d'un partogramme), de retard dans le transfert vers le bloc opératoire pour une césarienne ou de pénurie de personnel, y compris de chirurgiens.
- La femme a-t-elle donné naissance à un enfant vivant lors de cet accouchement ? Presque tous les accouchements par voie vaginale après un travail obstructif entraînent une mortinaissance ou un décès néonatal précoce en raison d'une hypoxie fœtale entraînant de mauvais scores d'Apgar. Les femmes dont le travail est obstructif pendant l'accouchement et ne parviennent pas à accoucher peuvent se retrouver confrontées à une césarienne difficile et à la formation d'une fistule. Quelques patientes peuvent donner naissance à un bébé vivant si elles ont accouché par césarienne. Si un enfant vivant est né par césarienne, la blessure peut avoir été causée pendant l'opération, plutôt que par une nécrose due à une obstruction prolongée. Il faut suspecter une fistule intracervicale ou urétérale.
- La patiente a-t-elle déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale pour une fistule ? Les réparations ultérieures peuvent être difficiles à traiter.
- Quels sont les antécédents sociaux de la patiente ? La patiente vit-elle toujours avec son mari ou son partenaire ? Les patientes qui souffrent d'incontinence depuis longtemps peuvent souffrir d'un soutien familial limité et n'être accompagnées de personne pour s'occuper d'elles pendant leur séjour à l'hôpital. Ces patientes ont besoin de soins supplémentaires de la part du

personnel infirmier. Il peut être utile de trouver une autre personne qui soit disposée à s'occuper de la patiente pendant son séjour à l'hôpital.

- Antécédents menstruels. Il est important de déterminer si la femme a de nouveau ses règles. Si la femme n'a toujours pas ses règles et qu'elle souffre d'incontinence urinaire depuis plus de 6 mois, il faut suspecter une hystérectomie après césarienne.
- Antécédents sexuels. Il convient de déterminer si la femme a repris une activité sexuelle et, dans l'affirmative, si elle rencontre des problèmes. Si elle est sexuellement active, vérifier si elle est enceinte.
- Calculs vésicaux : une douleur sus-pubienne accompagnée d'une incontinence urinaire peut être le signe d'un calcul vésical. Ce phénomène n'est pas rare chez les patientes présentant une fistule, car l'urine concentrée favorise la formation de dépôts dans la vessie, pouvant entraîner la formation de calculs vésicaux. Certaines femmes peuvent également avoir introduit elles-mêmes ou par l'intermédiaire d'un guérisseur traditionnel un corps étranger, tel que des feuilles ou d'autres matières, dans la vessie et/ou le vagin afin de tenter de boucher la perforation de la vessie. Ces objets peuvent également entraîner la formation de calculs vésicaux à l'origine d'une cystite chronique.
- Si un calcul vésical est détecté pendant l'intervention chirurgicale, le chirurgien le retirera, mais il est peu probable qu'il tente de réparer la fistule en même temps, car les chances de guérison sont réduites en raison d'une infection chronique de la vessie. La patiente devra revenir pour faire réparer la fistule, en prévoyant au moins 3 mois de convalescence après l'intervention de retrait du calcul vésical.

Examen

- Effectuer un examen général de routine. Noter la taille et le poids de la patiente. Vérifier la présence d'une anémie, d'une jaunisse, et contrôler sa température corporelle, son état d'hydratation, son état mental et son état nutritionnel. Rechercher tout signe de

septicémie, car en cas de travail obstructif, en particulier en présence d'une FRV, les patientes ont souvent connu une convalescence difficile après l'accouchement.

- État nutritionnel. Pour les patientes très maigres, malnutries et parfois anémiques, l'intervention chirurgicale doit être reportée jusqu'à ce qu'elles aient atteint un poids de santé. Celui-ci peut être obtenu par différentes mesures, notamment l'amélioration de leur alimentation, la prise de médicaments vermifuges, le traitement du paludisme ou d'autres comorbidités sous-jacentes, telles que la tuberculose. De nombreuses femmes qui se présentent pour une chirurgie de la fistule sont en sous-poids, mais peuvent néanmoins être opérées en l'absence de problème de santé sous-jacent. Les patientes souffrant de malnutrition sévère sont exposées à un risque de difficultés pendant l'anesthésie et de complications postopératoires.
- Rechercher des contractures et une démarche (façon de marcher) anormale. La compression des nerfs due au blocage de la tête du bébé dans le bassin lors d'un travail obstructif peut provoquer des lésions neurologiques entraînant une boiterie (appelée steppage ou pied tombant) ou une incapacité à marcher sans aide. Il s'agit d'un signe de lésion sévère, souvent observé chez les jeunes femmes présentant une fistule. Le steppage peut être bilatéral (les deux pieds sont touchés). Des contractures des jambes peuvent survenir en cas de steppage sévère en raison du manque de mouvement des muscles des membres. Cependant, la plupart des patientes atteintes de contractures verront leur état s'améliorer avec le temps, mais elles auront besoin de pratiquer intensivement des mouvements actifs et passifs des membres.
- Rechercher des signes de fuite urinaire continue, tels qu'une dermatite associée à l'incontinence (Figure 15), des vêtements mouillés, l'utilisation de protections pour absorber l'urine, une fuite urinaire manifeste, la présence de selles dans le vagin (FRV), des cicatrices vaginales et une capacité vaginale réduite (sténose).

- Pour les patientes présentant des déchirures de 3e et 4e degrés, examiner le vagin, le périnée et le sphincter anal. Vérifier si les vêtements de la patiente sont souillés par des selles. Le tonus du sphincter anal doit être vérifié en demandant à la patiente de serrer votre doigt ganté lorsque vous l'insérez dans l'anus.



Figure 15 Dermatitis associée à l'incontinence

Assistance au chirurgien dans l'évaluation de la patiente

Une fois que l'infirmière a terminé l'évaluation initiale de la patiente (selon la description ci-dessus), chaque patiente est ensuite examinée par le médecin afin d'évaluer la fistule à réparer. La confidentialité des patientes est assurée par l'utilisation de paravents et en demandant aux patientes de garder leurs vêtements et de relever leur robe ou leur jupe sous leurs fesses.

Une feuille de polyéthylène destinée à recouvrir la table d'examen doit être mise en place pour chaque patiente afin de prévenir une infection (Figure 16). La lourde toile imperméable recouvrant la table d'examen doit être nettoyée avec un désinfectant entre chaque patiente. Les patientes peuvent être examinées en position couchée sur le dos, sur le côté, les genoux repliés vers la poitrine, ou en position de lithotomie



Figure 16 Examen d'une patiente sur une toile de polyéthylène



Figure 17 (à gauche) Spéculum Sims ;

Figure 18 (à droite) Seau pour instruments usagés

Les infirmières doivent fournir un spéculum propre. Si possible, utiliser un spéculum Sims pour l'examen (Figure 17). Le spéculum doit être nettoyé avec un détergent et rincé avec une solution saline normale entre chaque patiente. Il est utile de disposer d'un seau contenant du détergent pour le spéculum sale (Figure 18), qui doit être trempé pendant 10 minutes, puis rincé. Les spéculums propres sont conservés dans un seau propre (Figure 19).



Figure 19 Seau pour les instruments propres

Un lubrifiant soluble dans l'eau, tel que le gel lubrifiant stérile KY, sera nécessaire pour réduire l'inconfort pendant l'examen vaginal. Vérifier que le stock est suffisant avant le début du dépistage.

Des tests au colorant (Figure 20) peuvent être nécessaires pour confirmer l'emplacement de la fistule. Utiliser du bleu de méthylène ou du violet de gentiane, mais il est nécessaire de les diluer dans une solution saline avant de les utiliser sur les patientes. Le colorant doit être préparé quotidiennement à l'aide d'un équipement stérile. Si le produit n'est pas dilué, il colorera de vastes zones, rendant l'interprétation du test difficile ; 1 à 2 ml de bleu de méthylène dans un bassin haricot rempli de solution saline suffisent. Une sonde de Foley ou une sonde urinaire, des écouvillons et une seringue de 60 ml ou 100 ml seront également nécessaires pour les tests au colorant.



Figure 20 Réalisation d'un test à l'aide de bleu de méthylène dilué (noter la présence de bleu de méthylène sur le spéculum qui suggère une FVV)

Le médecin précisera ce qui est nécessaire pour réaliser le test au bleu de méthylène. L'infirmière devra remettre au médecin la seringue contenant le bleu de méthylène et pourra être amenée à maintenir la sonde de Foley pendant l'injection du colorant. Entre 180 ml et 300 ml de colorant sont injectés dans la vessie, puis la paroi vaginale est examinée afin de détecter toute fuite de colorant confirmant l'emplacement de la fistule.

Si le test au colorant est négatif et que la patiente insiste sur le fait qu'elle est incontinente, une évaluation plus approfondie est nécessaire pour exclure une fistule urétérale ou une fistule ponctiforme. Celle-ci consiste à remplir la vessie de bleu de méthylène, à insérer de la gaze ou du coton dans le vagin et à demander à la patiente de marcher pendant 30 à 60 minutes. Si la gaze ou le coton est coloré en bleu lorsqu'il est retiré, la patiente présente une fistule ; s'il est imbibé d'urine, il s'agit probablement d'une fistule urétérale.

Conseil avant l'intervention chirurgicale

Après avoir examiné la patiente et constaté la présence d'une fistule, le chirurgien l'informerait s'il est possible de pratiquer une opération potentiellement curative (Figure 21). Le type d'opération nécessaire sera discuté et, si des greffes sont prévues pour la réparation, cela devra être expliqué à la patiente. Elles doivent comprendre à ce stade qu'elles devront rester à l'hôpital pendant deux semaines après l'opération, avec une sonde in situ. Il est également utile qu'elles soient accompagnées d'un membre de leur famille qui pourra s'occuper d'elles pendant leur séjour.



Figure 21 Patiente informée de la possibilité d'une intervention chirurgicale

Il est préférable à ce stade d'informer les patientes que la chirurgie n'est pas toujours efficace à 100 %, mais que, si leur opération échoue, elles ne doivent pas s'inquiéter outre mesure, car elles pourront revenir pour une nouvelle intervention qui permettra peut-être de guérir leur incontinence.

Les patientes doivent également comprendre qu'elles devront s'abstenir de toute activité sexuelle pendant trois mois après l'opération, au risque de présenter à nouveau une incontinence après leur retour à domicile. Si elles ne peuvent pas rentrer chez elles et demander à leur mari/partenaire de s'abstenir de tout rapport sexuel, elles doivent être encouragées à rester chez un proche jusqu'à leur guérison complète.

Il faut également leur indiquer qu'elles ne pourront pas soulever de charges lourdes pendant au moins trois mois après l'opération. Si elles sont agricultrices de subsistance, elles auront besoin de quelqu'un pour les aider à soulever les charges après leur retour à la maison.

Les grossesses futures doivent être reportées d'au moins un an après l'intervention chirurgicale et une contraception doit être proposée afin de permettre aux femmes de les planifier. Elles doivent également être informées de la nécessité d'accoucher par césarienne lors des grossesses futures, au risque de voir la fistule réapparaître en cas d'accouchement par voie basse. La césarienne électorale est indiquée chez toutes les patientes présentant une FVV, une FRV et des déchirures de 4e degré après réparation.

Soins préopératoires immédiats

La veille de l'intervention chirurgicale prévue, une prise de sang doit être effectuée afin de déterminer leur taux d'hémoglobine, leur statut sérologique vis-à-vis du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), leur groupe sanguin, leur glycémie et de réaliser un test de grossesse. Certains centres effectuent des tests de dépistage de la bilharziose, qui peut parfois être à l'origine d'une fistule et être associée à une dégradation des réparations. Toutefois, seuls quelques centres incluent ce test. Si la patiente est séropositive pour le VIH, son taux de CD4 doit être vérifié, en particulier si le diagnostic est récent. Si le taux de CD4 est inférieur à 300 cellules/mm³, l'opération doit être reportée jusqu'à ce que le traitement ait commencé et que le taux de CD4 ait augmenté. Un cathéter intraveineux (IV) est mis en place à ce stade en vue de l'intervention chirurgicale prévue le lendemain.

Il est important de déterminer le taux d'hémoglobine et le groupe sanguin d'une patiente avant une intervention chirurgicale, dans l'éventualité d'un saignement et de la nécessité d'une transfusion sanguine après l'opération.

Le dépistage du VIH est obligatoire avant l'opération. Cela permet à la patiente de connaître son statut sérologique et, si elle est séropositive, d'avoir accès à des services de conseil et de traitement. Cela permettra également de protéger le chirurgien, car des précautions supplémentaires doivent être prises si la patiente est séropositive et ne reçoit aucun traitement.

Un consentement éclairé (Figure 22) est requis, et la patiente doit avoir reçu des conseils préopératoires sur le déroulement de l'intervention chirurgicale et sur la suite des événements après celle-ci. Les patientes qui ne savent ni lire ni écrire doivent donner leur consentement en apposant leur empreinte digitale avec un tampon encreur.

CSF						
AFB						
OTHERS						

CONSENT TO OPERATION

I, [redacted], consent to the operation on 3/13/2020, as decided by the surgeon in the best interest of my/his/her health. Date 3/13/2020 Signature [Signature]

I hereby certify that I have explained and translated to the patient/guardian of the patient the above agreement signed/thumbmarked by the patient/guardian of the patient and I am satisfied that he/she has understood the contents and agrees to the necessary operation.

Date: 3/13/2020 Signature: [Signature] Witness: [Signature]

6

Figure 22 Consentement éclairé à l'aide de l'empreinte digitale de la patiente

Certains chirurgiens souhaitent qu'un lavement soit systématiquement effectué la veille de l'intervention, afin que les intestins soient vides et que le champ opératoire ne soit pas contaminé par des selles pendant l'opération, et que la plaie soit infectée en phase postopératoire. Cependant, des lavements sont nécessaires pour toutes les déchirures rectales et les réparations de FRV, mais tous les chirurgiens n'utilisent pas la préparation intestinale pour les réparations de FVV. Des lavements à l'eau chaude et au savon (Figure 23) sont idéaux pour nettoyer les intestins.



Figure 23 Patiente recevant un lavement au savon

Toutes les patientes doivent être à jeun la veille de l'opération. Cette précaution est moins importante pour une anesthésie rachidienne, mais nécessaire si la patiente a besoin d'une anesthésie générale pendant l'intervention chirurgicale. Aucune nourriture ne doit être consommée après minuit chez les patientes devant être opérées le lendemain, mais elles peuvent continuer à boire de l'eau jusqu'à deux heures avant l'intervention.

Dans de nombreux centres spécialisés dans le traitement des fistules, les patientes reçoivent un litre de liquide par voie intraveineuse 30 minutes à 1 heure avant l'intervention, afin de s'assurer qu'elles sont bien hydratées. Les uretères sont ainsi plus facilement localisés pendant l'opération visant à réparer une perforation de la vessie et ils seront hydratés avant une anesthésie rachidienne, qui peut faire baisser la pression artérielle.

Les patientes doivent continuer à prendre leurs médicaments habituels, par exemple pour le VIH, l'hypertension ou le diabète, et peuvent les prendre avec un peu d'eau le matin de leur intervention chirurgicale. Les patientes traitées par des anticoagulants, comme l'aspirine, doivent arrêter de les prendre au moins 24 heures avant l'intervention chirurgicale.

Les vêtements doivent être retirés avant d'entrer au bloc opératoire et, si possible, remplacés par une blouse d'opération. Si aucune blouse n'est disponible, un drap propre peut suffire. Les blouses permettent de garder les patientes au chaud pendant l'opération et leur permettent, dans une certaine mesure, de préserver leur pudeur (Figure 24).



Figure 24 Femmes en attente d'une intervention chirurgicale, vêtues de blouses d'opération, portant des bracelets d'identification et des cathéters intraveineux