

Chapitre 3

Comprendre les comptes-rendus opératoires et la classification des fistules

Les comptes-rendus opératoires sont rédigés par le chirurgien qui a pratiqué l'intervention. Ces comptes-rendus doivent inclure des instructions postopératoires individuelles pour chaque patiente et décrire les lésions constatées et la manière dont elles ont été réparées. Comprendre la lésion de la patiente et la complexité de son opération aidera à déterminer les soins infirmiers dont elle aura besoin après l'opération.

Les opérations de fistules sont classées en fonction de la gravité de la lésion. La classification d'une fistule repose sur son emplacement, sa taille et l'étendue des cicatrices qui se sont formées. Les facteurs critiques affectant le pronostic d'une fistule obstétricale sont la longueur de l'urètre, la taille et l'emplacement de la fistule, la taille de la vessie et l'importance de la cicatrisation provoquée par la lésion.

Un urètre court et une petite vessie peuvent entraîner une incontinence d'effort chez les patientes après la fermeture de leur fistule. Il peut être difficile de les guérir complètement. Les fistules importantes accompagnées de cicatrices étendues posent également des difficultés et peuvent nécessiter plusieurs opérations avant que la femme ne puisse être guérie.

Il existe plusieurs systèmes de classification utilisés pour évaluer les fistules ; cependant, ceux de Waaldijk et de Goh sont les plus utilisés par les chirurgiens spécialisés dans les fistules. La classification des fistules permet de prévoir les résultats de l'intervention chirurgicale et de planifier le traitement.

Un schéma descriptif peut également être utilisé pour illustrer la fistule. Ces croquis peuvent être plus faciles à comprendre que les systèmes de classification.

Les croquis descriptifs des fistules (Figure 25) indiquent l'emplacement de la fistule par rapport au col de l'utérus et à l'urètre, la taille et le nombre de fistules, et les zones ombrées indiquent le degré de cicatrisation dans le vagin ou autour des bords de la fistule.

Croquis descriptif d'une fistule

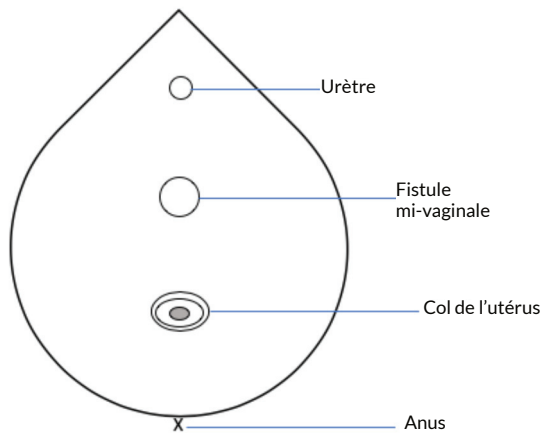


Figure 25 Modèle de croquis descriptif d'une fistule

Fistules vésico-vaginales

L'emplacement le plus courant pour une fistule obstétricale est la jonction uréthro-vésicale, c'est-à-dire la jonction entre l'urètre et la vessie. Elle sera dénommée « fistule juxta-urétrale », avec une perforation entre la vessie et le vagin.

Les fistules peuvent être situées à d'autres emplacements.

L'orifice d'une fistule mi-vaginale est situé entre la vessie et la paroi vaginale.

Une fistule juxta-cervicale se situe entre la vessie et une partie du col de l'utérus ou les tissus proches du col de l'utérus.

Une fistule intra-cervicale est une perforation se trouvant entre la vessie et le canal cervical. Elles se produisent souvent après des lésions liées à une césarienne ou à une rupture utérine.

Les fistules du dôme vaginal surviennent après une hystérectomie et sont généralement dues à une lésion de la vessie pendant l'intervention chirurgicale ou à une infection postopératoire et à une dégradation de la plaie. Elles se trouvent à la voûte du vagin, à l'endroit où l'utérus a été retiré et où le vagin a été suturé.

Le schéma ci-dessous (Figure 26) présente les emplacements fréquents des fistules, mais certaines fistules importantes peuvent couvrir une zone plus étendue ou plusieurs des zones indiquées sur le schéma.

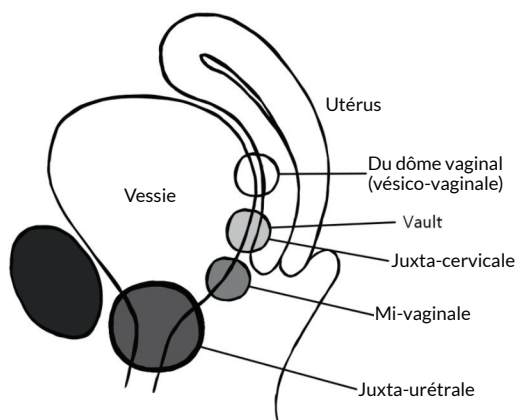


Figure 26 Différents emplacements de FVV

Fistules urétérales et autres fistules

Les fistules urétérales sont provoquées par des lésions de l'uretère, souvent lors d'une césarienne, où l'uretère a été ligaturé par une suture ou accidentellement lésé (écrasé par des forceps, coupé ou cautérisé par diathermo-coagulation) pendant l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, l'urine s'écoulera par le col de l'utérus ou par la ligne de suture de l'utérus après une césarienne, provoquant des fuites urinaires par le vagin.

Les uretères ectopiques sont rares, mais peuvent entraîner une incontinence . Il s'agit d'une affection héréditaire dans laquelle la personne possède plusieurs uretères drainant un rein. Si l'un des uretères n'est pas relié à la vessie, il peut laisser l'urine s'écouler à l'extérieur de la vessie par l'urètre ou le vagin. Ces patientes pourront uriner normalement, tout comme celles dont l'autre uretère se déverse dans la vessie. Bien que cela soit rare, ces patientes peuvent présenter des tableaux similaires à celui des patientes atteintes de FVV ; toutefois, leurs antécédents d'incontinence urinaire remontent à l'enfance.

Une fistule vésico-cutanée peut se former après un accouchement par césarienne. La vessie se vide par un trajet fistuleux à travers la peau en raison de complications survenant après une opération de césarienne. Ces cas sont rares, mais peuvent se produire.

Fistules recto-vaginales

Les fistules recto-vaginales (FRV), comme les FVV, sont provoquées par la pression exercée par la tête du bébé dans le bassin en raison d'un travail obstructif. Presque toutes les femmes ayant présenté une FRV ont donné naissance à un enfant mort-né.

La plupart des FRV peuvent être réparées par voie vaginale s'il s'agit de fistules basses ou moyennes, c'est-à-dire si la lésion entre le rectum et le vagin est accessible par voie vaginale. Les FRV hautes se produisent près du col de l'utérus ou au niveau de la voûte du vagin, ce qui rend l'accès chirurgical difficile.

En cas de FRV et de FVV hautes, la patiente peut avoir besoin d'une colostomie temporaire afin de laisser le temps à l'intestin de guérir. La FRV et la FVV peuvent être réparées en même temps. La prise en charge d'une colostomie après l'opération et jusqu'au rétablissement de la continuité digestive représente un défi pour les patientes des pays à faible revenu, car l'accès aux poches et aux produits de colostomie est limité.

Ces patientes doivent recevoir des conseils préopératoires détaillés sur la manière de prendre en charge leur stomie après l'intervention, mais aussi être rassurées sur le fait que cela est indispensable pour qu'elles puissent éventuellement guérir. Il faut prendre le temps d'aborder et d'apaiser toutes les craintes ou angoisses liées à l'intervention chirurgicale proposée.

Déchirures périnéales

Les déchirures périnéales graves, notamment celles de 3e et 4e degrés, surviennent souvent après un accouchement rapide et incontrôlé sans protection du périnée. La plupart des femmes présentant des déchirures périnéales auront un bébé vivant après l'accouchement.

Une déchirure de 4e degré survient lorsqu'il y a rupture complète du sphincter anal pendant l'accouchement. Il y a également une destruction de la paroi recto-vaginale, provoquant chez la patiente une incontinence fécale et des flatulences après l'accouchement.

Les déchirures de 3e degré comprennent également une rupture du sphincter anal, mais la paroi rectale reste intacte. La patiente se plaindra

également d'une incapacité à contrôler ses flatulences et ses selles, en particulier si celles-ci sont molles.

Aperçu des techniques opératoires

Dans certains cas chirurgicaux, le chirurgien utilisera des tissus supplémentaires prélevés sur d'autres parties du corps afin de favoriser la guérison. Ces tissus comprennent des lambeaux musculaires et des greffons fibro-adipeux. La connaissance de ces greffons et lambeaux est importante pour les soins infirmiers afin de garantir une cicatrisation des plaies sans complications. Les sites donneurs devraient également guérir sans problème s'ils sont bien soignés.

Lambeau de Singapour

Un lambeau de Singapour (Figure 27) est utilisé dans la chirurgie de réparation d'une fistule lorsqu'il y a très peu de tissu vaginal ou une perte tissulaire importante dans la paroi vaginale, afin de faciliter la fermeture et de favoriser la cicatrisation de la réparation.



Figure 27 Plaie du site donneur du lambeau de Singapour dans la phase postopératoire immédiate

Le greffon est prélevé à l'intérieur de la cuisse et utilisé pour apporter des tissus et améliorer l'irrigation sanguine au niveau du site de la fistule.

En phase postopératoire, la patiente doit recevoir les soins infirmiers en gardant les jambes jointes et rester alitée pendant les trois premiers jours suivant l'intervention, afin d'éviter toute traction sur le site de la greffe. Il doit également être recommandé aux patientes de ne pas s'asseoir pendant cinq jours, afin d'éviter toute pression sur l'irrigation sanguine du lambeau situé près des os de la hanche.

Le site donneur doit être maintenu propre et sec et laissé à l'air libre après les deux premiers jours. Les bains de siège, qui consistent à s'asseoir dans une bassine remplie d'eau avec un peu de sel, sont déconseillés chez les patientes ayant fait l'objet de ces réparations, car s'asseoir dans l'eau peut provoquer une dégradation de la peau et entraîner une infection de la plaie.

Lambeau adipeux de Martius

Les greffons fibro-adipeux, comme ceux utilisés dans l'opération de Martius (Figure 28), permettent parfois d'améliorer l'irrigation sanguine et de soutenir la ligne de suture d'une fistule dont les tissus sont peu abondants, fins ou fibrotiques. Ils sont souvent utilisés pour les fistules affectant l'urètre ou le col de la vessie. Un lambeau est prélevé sur l'une des grandes lèvres et utilisé pour capitonner les tissus entourant la fistule.



Figure 28 Plaie de la grande lèvre après opération de Martius

Après l'opération, des saignements peuvent survenir au niveau du site donneur de la greffe, en particulier si aucune diathermo-coagulation n'est disponible au bloc opératoire. Il est nécessaire de contrôler régulièrement la plaie, et il peut être nécessaire de retirer un point de suture sur deux afin de soulager la tension exercée sur la plaie par le saignement.

Les saignements peuvent souvent être contrôlés en appliquant un pansement compressif sur la plaie. Les patientes peuvent se déplacer dès le lendemain d'une réparation par opération de Martius.

Lambeaux musculaires

Des lambeaux musculaires peuvent être utilisés dans certaines opérations. Les muscles couramment utilisés sont le muscle gracile (muscle droit interne de la cuisse), le muscle droit de l'abdomen (muscle grand droit de l'abdomen) ou les fibres du muscle ischio-caverneux (muscle périnéal).

Lambeau du muscle gracile (muscle droit interne de la cuisse)

Le lambeau du muscle gracile est moins fréquent et utilisé pour la réparation des FRV provoquées par une radiothérapie. Le muscle gracile est utilisé pour créer un lambeau afin d'améliorer l'irrigation sanguine et favoriser la cicatrisation. Ces patientes doivent être informées qu'elles pourraient ressentir une certaine faiblesse pour éloigner leur jambe du corps (abduction) après l'intervention.

Lambeau du muscle droit de l'abdomen (muscle grand droit de l'abdomen)

Ce type de lambeau peut être utilisé pour des réparations complexes associant les voies transabdominales et transvaginales. Les patientes doivent comprendre qu'elles peuvent présenter une faiblesse de la paroi abdominale après l'opération.

Lambeau ischio-caverneux

Ces lambeaux sont parfois utilisés dans les réparations transvaginales complexes. Les bains de siège doivent être évités avec ce type de réparation par lambeau. Une augmentation des saignements vaginaux peut être observée après l'opération.