

Chapitre 4

Soins infirmiers au bloc opératoire

Préparation préopératoire

Toutes les patientes doivent être préparées pour le bloc opératoire par le personnel du pavillon la veille de leur opération (Figure 29). Cette préparation comprend la réalisation d'un lavement efficace afin de vider la partie terminale de l'intestin des selles chez les patientes présentant une FRV ou une déchirure périnéale ou, si cela est prescrit, pour la réparation d'une FVV. Les patientes doivent avoir un cathéter intraveineux, être douchées et porter une blouse d'opération propre ou être enveloppées dans un drap propre. Elles doivent porter un bracelet d'identification et avoir rempli un formulaire de consentement pour l'intervention chirurgicale après avoir reçu des conseils sur le déroulement de l'opération.



Figure 29 Patientes préparées pour le bloc opératoire

La plupart des patientes seront à jeun depuis la veille au soir au cas où il faudrait passer d'une anesthésie rachidienne ou péridurale à une anesthésie générale.

Sécurité des patientes

Les patientes seront appelées au bloc opératoire par l'infirmière ou l'anesthésiste responsable du bloc, conformément à la liste des opérations prévues pour la journée. Le dossier de la patiente doit l'accompagner au bloc opératoire. La patiente est ensuite confiée au personnel du bloc opératoire par le personnel du pavillon après avoir passé en revue une liste de contrôle, qui confirmera qu'il s'agit bien de la bonne patiente et de la bonne opération. Le bracelet portant le nom de la patiente permet au personnel de vérifier qu'il s'agit de la bonne patiente si celle-ci est sous anesthésie générale. Les points suivants doivent être confirmés : la patiente est à jeun depuis au moins 6 heures, un lavement a été effectué et, si nécessaire, ses résultats sanguins sont disponibles. Les signes vitaux de la patiente, c'est-à-dire la pression artérielle, le pouls, la température et la fréquence respiratoire, doivent être vérifiés avant l'opération.

L'infirmière du bloc opératoire qui accompagne la patiente pour l'intervention doit lui parler calmement, afin de réduire son anxiété et l'aider à se sentir en sécurité. À son arrivée, la patiente s'installe sur la table d'opération avec de l'aide, et elle attend l'anesthésie.

La plupart des patientes recevront une anesthésie rachidienne, sauf contre-indication. Les patientes nécessitant un abord abdominal pour l'intervention chirurgicale peuvent recevoir une anesthésie générale. Il n'est pas rare qu'une opération commence sous anesthésie rachidienne, mais qu'une anesthésie générale soit ensuite effectuée si l'anesthésie rachidienne commence à s'estomper, en particulier si l'opération est difficile et prend plus de temps que prévu.

Lorsque l'anesthésie sera effective, la patiente sera positionnée sur la table d'opération pour l'intervention chirurgicale.

Pendant l'opération, une infirmière doit toujours se tenir près de la tête de la patiente, vérifier qu'elle respire bien, qu'elle ne souffre pas et la rassurer. Les signes vitaux (pression artérielle, pouls, saturation en oxygène, si disponible) doivent être enregistrés toutes les 15 minutes et consignés sur la fiche d'anesthésie. Tout changement dans les signes vitaux doit être signalé à l'anesthésiste et au chirurgien.

Un « coursier » doit être disponible dans chaque cas au bloc opératoire.

Il s'agit d'une personne qui se tient à la disposition de l'équipe chirurgicale pour lui apporter ce dont elle a besoin, comme des sutures, de la gaze ou des instruments supplémentaires.

Dans le bloc opératoire, en particulier lorsque deux opérations sont en cours, tout le monde doit faire preuve de respect et rester concentré. Les téléphones portables doivent être éteints et le son réglé au minimum afin de faciliter la communication entre les équipes chirurgicales, anesthésiques et infirmières.

Positionnement de la patiente sur la table d'opération

La plupart des opérations de fistule sont réalisées avec la patiente en position de Trendelenburg (Figure 30). La position de Trendelenburg consiste à allonger la patiente sur le dos, la tête inclinée vers le bas. La patiente est également placée en position de lithotomie, ce qui implique de fléchir les hanches, d'écarter les jambes et de fléchir les genoux. Les jambes sont fixées sur des repose-jambes. Pour vérifier que les jambes sont correctement positionnées dans les étriers, il doit être possible d'insérer deux doigts entre la jambe de la patiente et l'étrier. Les jambes de la patiente ne doivent pas être comprimées par les étriers, en particulier juste sous de la partie externe du genou (où le nerf tibial postérieur est situé sur l'os et où une compression peut provoquer un steppage) et à l'arrière de la cuisse ou du mollet (où la compression peut provoquer une thrombose veineuse profonde). Une pause de 10 minutes doit être prévue toutes les deux heures pendant lesquelles les jambes de la patiente sont maintenues surélevées afin de prévenir toute lésion nerveuse périphérique. Les jambes seront abaissées et le lit mis à plat.



Figure 30 Position idéale sur la table d'opération pour une chirurgie de fistule

Les bras de la patiente sont placés sur des accoudoirs rembourrés. Les épaules sont soutenues par des coussinets afin d'empêcher la patiente de glisser sur la table d'opération lorsque celle-ci est en position déclive.

Il est important de rassurer la patiente en lui disant qu'elle est en sécurité sur la table d'opération et qu'elle ne risque pas de tomber, en particulier lorsqu'elle est en position tête en bas.

Pour les patientes présentant des déchirures de 3e et 4e degrés ou une FRV, une position de Trendelenburg inversée (position proclive) ou un décubitus dorsal peut être utilisé afin d'offrir le meilleur accès possible pour l'intervention chirurgicale.

Un positionnement sûr nécessite une planification et une communication efficaces entre l'anesthésiste, le chirurgien et les assistants de bloc opératoire. Il est essentiel de fléchir les deux jambes au niveau des hanches et des genoux en même temps (une personne par jambe) afin d'éviter toute luxation des articulations de la hanche ou toute lésion nerveuse due à un étirement ou à une pression directe. Il faut donc disposer d'un personnel suffisant pour faciliter un positionnement sécurisé au début et à la fin d'une intervention chirurgicale.

Un abord abdominal, utilisé pour la réimplantation des uretères, nécessite que la patiente soit positionnée en décubitus dorsal. La patiente sera donc placée sur le dos pendant l'intervention chirurgicale, les bras appuyés sur les accoudoirs.

Dans quelques cas, notamment les opérations d'incontinence d'effort ou de fistules complexes, une voie abdominale et vaginale combinée est nécessaire. Dans ces circonstances, la position de Lloyd Davis sera utilisée. Il s'agit d'une adaptation de la position de lithotomie dans laquelle les hanches sont écartées et les genoux semi-fléchis.

Confidentialité et respect

Lors d'une opération de fistule, il n'est pas rare que plusieurs patientes soient opérées en même temps dans le même bloc opératoire. Si plusieurs chirurgiens spécialisés dans le traitement des fistules travaillent simultanément, il est possible d'utiliser deux tables d'opération à la fois, ce qui permet de traiter un plus grand nombre de patientes dans un laps de temps réduit.

Dans de telles circonstances, le respect et la confidentialité de chaque patiente sont d'une importance capitale, et des paravents doivent être utilisés entre les tables d'opération (Figure 31). L'utilisation de blouses d'opération ou d'un drap propre enroulé autour de la patiente permet de préserver davantage son intimité, car ils peuvent être conservés pendant l'opération, tandis que le reste du corps est recouvert de champs opératoires.



Figure 31 La confidentialité est assurée grâce à des paravents entre les tables d'opération

Aucune patiente ne doit entrer dans le bloc opératoire et monter sur la table d'opération entièrement nue. Il faut le répéter, la dignité de la patiente doit toujours être respectée (les patientes doivent être traitées comme vous aimeriez être traité vous-même).

Infirmière instrumentiste

L'infirmière instrumentiste (Figure 32) travaille en étroite collaboration avec le chirurgien et doit effectuer un lavage chirurgical de ses mains avant d'enfiler une blouse et des gants stériles. L'infirmière doit suivre la procédure chirurgicale et remettre les instruments nécessaires, selon les besoins. Une zone de travail sécurisée est créée en recouvrant la patiente de champs stériles et en disposant d'une surface de travail stérile pour les instruments.



Figure 32 Infirmière instrumentiste et chirurgiens travaillant en étroite collaboration

Cela crée ainsi une barrière entre la plaie et les germes environnants dans le but de prévenir toute infection postopératoire.

Une infirmière instrumentiste hautement qualifiée connaîtra tous les instruments utilisés dans la chirurgie des fistules et du périnée. Elles anticiperont souvent les besoins, et seront ainsi en mesure de passer au chirurgien l'instrument suivant, sans qu'ils leur soient nécessaire de beaucoup communiquer entre eux.

Le chariot à instruments est organisé de manière que les objets tranchants soient regroupés dans un coin du chariot et que les instruments soient disposés dans l'ordre (Figure 33). L'infirmière instrumentiste sera également en communication avec le « coursier » du bloc opératoire si des articles supplémentaires sont nécessaires ou si des troussees stériles doivent être ouvertes.



Figure 33 Infirmière instrumentiste et chirurgiens travaillant en étroite collaboration

Il est recommandé de compter le nombre total d'instruments sur le chariot, le nombre d'instruments tranchants et le nombre de troussees.

Cette précaution est particulièrement importante pour les chirurgies abdominales afin de s'assurer que tous les instruments ont été retirés et qu'aucun n'a été laissé à l'intérieur de la patiente. Les tampons de gaze doivent être évités pour les laparotomies, et les compresses doivent être fixées aux pinces hémostatiques. Des tampons de gaze sont utilisés pour les opérations par voie vaginale. Le chirurgien doit vérifier soigneusement à la fin de l'intervention qu'aucun tampon ou instrument n'a été laissé dans le vagin ou la plaie.

Trois chariots doivent être préparés pour chaque opération. Sur le premier chariot se trouve la trousse de blouses, et sur le second chariot les instruments. Un troisième chariot est installé pour les instruments supplémentaires qui pourraient être nécessaires, notamment une sonde et une poche à urine, du bleu de méthylène fraîchement préparé et du « jungle juice », un mélange d'adrénaline et de solution saline normale (2 ml d'adrénaline à 1:1000 dans 500 ml de solution saline normale) qui peut être injecté dans le site chirurgical. Ce produit permet de réduire les saignements pendant l'intervention chirurgicale.

Instruments

Un bloc opératoire bien géré et organisé disposera de trousse d'instruments spécifiques assemblées et stérilisées pour les opérations de fistule, de laparotomie et de déchirure périnéale prévues pour ce jour-là. De plus, le nombre de blouses et de champs stériles doit être suffisant avant le début de l'opération.

Pour chaque trousse, l'assistant de salle doit compter et noter le nombre d'instruments contenus dans celle-ci. Cela permet de compter avec précision les instruments à la fin de l'opération. En outre, cela contribue à éviter la perte d'instruments.

Instruments nécessaires pour la chirurgie des fistules par voie vaginale :

- Pinces fixe-champs 7
- Manches de bistouri 2
- Porte-aiguilles 2
- Sonde utérine 1
- Pince de dissection avec griffes 1
- Pince de dissection sans griffes 1
- Sonde métallique 1
- Sonde urétérale 1
- Ciseaux à dissection 4 (droits, courbes)
- Pinces Allis 6
- Petites pinces hémostatiques 6
- Longues pinces hémostatiques 4

- Spéculum Auvard autostatique 1
- Spéculum Sims 2
- Pince porte-éponge 2
- Ciseaux à sutures 2
- Porte-aiguilles 2
- Haricot 2
- Cupule 1
- Pince de Pozzi (ténaculum) 2
- Pince Vulsellum 1
- Pince Babcock 1
- Règle
- Pince de Pozzi (ténaculum) 2

Un ensemble d'instruments pour fistule (Figure 34), tel que le kit de réparation de fistule de la FIGO (Figure 35), doit être disponible dans un centre de traitement des fistules. Il comprend généralement des ciseaux spécialisés pour la chirurgie des fistules (Figure 36). Cependant, dans le cadre d'un camp chirurgical, les chirurgiens peuvent disposer de leurs propres instruments pour opérer. Ces instruments doivent être nettoyés, stérilisés et être prêts à l'emploi, si nécessaire.



Figure 34 Instruments pour la chirurgie de la fistule



Figure 35 Exemple d'un kit d'instruments FIGO pour la réparation des fistules



Figure 36 Ciseaux spécifiques pour la chirurgie de la fistule

Un kit de laparotomie standard est utilisé pour la chirurgie abdominale.

Sutures

Il existe plusieurs types de sutures utilisées pour la chirurgie des fistules ; cependant, la plupart des chirurgiens ont une préférence pour certaines sutures (Figure 37).

Les sutures utilisées dans le traitement des fistules sont les suivantes :

- Vicryl 2-0 (aiguille 5/8), 2-0 (aiguille 1/2 de cercle)
- Vicryl 3-0, 0 et 1
- Soie 2-0
- Polysorb 3.-0



Figure 37 Différentes sutures utilisées dans la chirurgie de la fistule

Sutures utilisées pour les déchirures de 3e et 4e degrés :

- Vicryl ou Polysorb 3-0, 4-0, 0
- PDS 2-0

Fin de l'intervention chirurgicale

Lorsque l'intervention chirurgicale est terminée, mais avant que le chirurgien ne referme la plaie, les instruments doivent être comptés afin de s'assurer qu'aucun n'a été oublié à l'intérieur de la patiente. Une sonde de Foley est placée dans la vessie, en veillant à ce que le ballonnet soit gonflé avec 5 à 8 ml d'eau stérile ou de solution saline. Une poche à urine doit être fixée à la sonde en s'assurant que la valve de vidange de la poche est fermée. La sonde doit être solidement fixée sur

l'abdomen de la patiente afin d'éviter toute traction sur le ballonnet, qui pourrait endommager la réparation. Le bandage adhésif doit être appliqué de la hanche droite à la hanche gauche. Cela permet de s'assurer que le ruban adhésif reste bien en place lorsque la patiente se penche.

Il faut vérifier que la poche de la sonde n'est pas pliée ou bloquée quelque part et qu'elle n'est soumise à aucune traction avant de transférer la patiente de la table d'opération sur un brancard. L'urine doit s'écouler et être claire.

Un tampon de gaze sera placé dans le vagin de la patiente afin de prévenir et d'absorber tout saignement après l'intervention chirurgicale (Figure 38). Il est important de noter dans le dossier chirurgical le nombre de tampons vaginaux utilisés afin de s'assurer qu'ils seront tous retirés par le personnel du pavillon le lendemain. Lors de l'insertion du tampon vaginal, il est utile de laisser un petit coin à l'extérieur du vagin. Cela facilite le retrait par le personnel du pavillon et permet à la patiente de savoir qu'il est en place.

Lorsque la patiente est confiée au personnel du pavillon par le bloc opératoire, toutes les instructions postopératoires spécifiques doivent être transmises. Ces informations comprendront des détails sur le déroulement de l'opération et sur la nécessité éventuelle d'une



Figure 38 Gaze visible d'un tamponnement vaginal

transfusion sanguine. Elles indiqueront également si des perfusions supplémentaires sont nécessaires ou si une surveillance particulière doit être mise en place.

Pour déplacer la patiente de la table d'opération au brancard, puis du brancard au lit, il faut au moins quatre personnes : une à la tête, une aux pieds et une ou deux de chaque côté. La patiente doit être roulée avec précaution sur un drap et déplacée délicatement sur le côté pour être installée sur le brancard ou le lit. La patiente sera soit sous sédation, soit anesthésiée à partir de la taille, et ne sera pas en mesure de protéger ses plaies. Il ne faut pas la pousser sur la table, car cela risquerait d'arracher les sondes ou de rompre la réparation et de ruiner le travail qui vient d'être effectué.