

Chapitre 5

Soins postopératoires

Gestion du pavillon

Une salle bien organisée et bien gérée est essentielle pour une récupération postopératoire optimale des patientes. La présence d'une infirmière responsable, qui gère les patientes et délègue les tâches au personnel, permet de garantir que toutes les patientes sont bien prises en charge (Figure 39).

Les patientes qui reviennent immédiatement du bloc opératoire après une opération de fistule doivent être prises en charge dans des lits situés près du poste des infirmières et non au fond de la salle, où elles risquent davantage d'être négligées. En fonction de la complexité de leur opération, elles doivent être surveillées à proximité du poste des infirmières jusqu'à ce que leurs signes vitaux soient stables (pression artérielle, pouls et fréquence respiratoire), que leur douleur soit maîtrisée et qu'elles ne présentent plus de saignement important.

La gestion peut être difficile lorsqu'il y a beaucoup de patientes à opérer pendant un camp, mais il est essentiel de faire les bons gestes pour garantir que toutes les patientes reçoivent les meilleurs soins possibles.

En cas d'insuffisance de lits, les patientes opérées pour une déchirure périnéale peuvent être prises en charge plus loin dans le pavillon, car il



Figure 39 Mère Winnie et Sœur Pauline dans le pavillon des fistules bien géré de l'Hôpital Kitovu, en Ouganda

est plus probable qu'elles puissent bouger dès le lendemain et sortir quelques jours après leur opération.

L'infirmière responsable doit savoir quelle patiente se trouve au bloc opératoire pendant les heures d'opération, connaître le lit qu'elle occupera à son retour du bloc opératoire et doit déléguer la responsabilité de s'occuper d'elle à un membre du personnel.

Transfert des patientes du brancard au lit

La plupart des patientes opérées pour une fistule ou la réparation d'une déchirure de 3e ou 4e degré le seront sous anesthésie rachidienne. Elles ne pourront donc pas bouger leurs fesses ou leurs jambes pour passer du brancard à leur lit, car elles seront engourdies par l'anesthésie rachidienne pendant plusieurs heures après l'opération.

La meilleure façon de transférer les patientes après une intervention chirurgicale est de faire appel à une équipe d'infirmières et d'utiliser un drap, s'il est disponible, ou un morceau de bâche en polyéthylène placé sous la patiente. Une infirmière doit soutenir la tête, une autre les pieds et les jambes, et deux autres doivent faire glisser la patiente sur le lit. Il faut s'assurer que les sondes ne sont pas coincées et ne tirent pas sur le ballonnet à l'intérieur de la vessie, qui peut être proche de la réparation.

La manière la plus sûre de transférer les patientes nécessite une équipe d'infirmières, la personne située à la tête de la patiente étant chargée du transfert. (Figures 40a et 40b). L'assistance d'un plus grand nombre de personnes contribuera également à réduire le risque de problèmes de dos à long terme chez les infirmières.



Figure 40a Transfert d'une patiente du brancard au lit à l'aide d'un drap



Figure 40b Transfert d'une patiente du brancard au lit à l'aide d'un drap

Soins de la sonde

Sondes urinaires

La partie la plus importante des soins postopératoires d'une patiente opérée d'une FVV consiste à prendre soin de la sonde urinaire. Toutes les patientes quitteront le bloc opératoire avec une sonde urinaire à demeure, qui restera en place pendant au moins 10 à 14 jours après l'opération.

Comme indiqué précédemment, la paroi vésicale a été réparée, tout comme la perforation de la paroi vaginale dans le cadre de la réparation d'une fistule. Pour permettre à la plaie sur la paroi vésicale de cicatriser, la vessie doit être drainée et décompressée. Si, pour une raison quelconque, la sonde se bouche, la vessie se remplira d'urine, ce qui provoquera un étirement et éventuellement une rupture du site de réparation, empêchant ainsi la fistule de cicatriser. Cette situation est très déplorable tant pour la patiente que pour l'équipe soignante. La patiente ressentira une grande détresse lorsqu'elle se rendra compte qu'elle est encore incontinente, alors qu'elle est entourée de patientes qui ont bénéficié d'une réparation réussie. Le personnel infirmier passera également beaucoup de temps pour prodiguer des soins et des conseils à la patiente, afin de la convaincre de revenir ultérieurement pour une nouvelle intervention chirurgicale.

La manière la plus simple de prendre soin de la sonde et de garantir un drainage libre à tout moment consiste à couper la poche de la sonde lorsque la patiente revient du bloc opératoire pour que la tubulure de la sonde draine dans un seau ou une bassine (Figure 41). D'après notre

expérience, couper la poche de la sonde et la laisser se vider librement n'aggrave pas le risque d'infection de la vessie, car le drainage de l'urine est continu (Figure 42). Cela évite également qu'une poche d'urine lourde tire sur la vessie et la plaie réparée.

Il doit être recommandé à la patiente et à son accompagnateur de s'assurer que l'urine coule toujours par la sonde et d'informer immédiatement l'infirmière de garde s'ils pensent que l'écoulement a cessé. Pendant la nuit, l'infirmière de nuit doit vérifier au moins toutes les heures que l'urine coule correctement par la sonde. Toutefois, il est également possible de demander à l'accompagnant de la patiente de faire également ces vérifications régulières. La découverte de sondes obstruées le lendemain matin et les réparations infructueuses sont courantes lorsque les soins infirmiers sont de mauvaise qualité, mais elles sont tout à fait évitables.



Figure 41 Sonde drainant dans un bassin sous le lit



Figure 42 Sonde en drainage libre

Afin de protéger le site de réparation de la vessie, la sonde ne doit pas tirer sur la vessie. Pour éviter toute traction de la sonde, celle-ci doit être solidement fixée à la patiente, de préférence sur l'abdomen ou la cuisse (Figure 43). C'est à ce moment-là que les infirmières ont besoin d'un stock suffisant de bandages et doivent vérifier chaque matin que la sonde de la patiente est bien fixée avant qu'elle ne sorte du lit pour se lever et bouger. Il est utile de conseiller aux patientes d'alerter les infirmières si le bandage se détache ou si la sonde n'est pas bien fixée.



Figure 43 Sonde fixée à l'abdomen

Les patientes reviennent parfois du bloc opératoire avec la sonde fixée par une suture au mont de Vénus (Figure 44). Cela est tout à fait acceptable, bien qu'un bandage soit également nécessaire en plus de la suture. Cependant, lorsqu'elle récupérera sa mobilité, la patiente pourra commencer à indiquer que la suture est douloureuse. Dans ce cas, il sera préférable à ce stade de retirer le point de suture pour le confort de la patiente, mais la sonde devra impérativement être correctement fixée par un bandage.



Figure 44 Sonde fixée au mont de Vénus à l'aide d'une suture

Il est important d'empêcher la patiente d'attacher la sonde à son lit, car cela risque de tirer sur sa vessie lorsqu'elle bouge dans son lit (Figure 45). Les patientes doivent savoir que le seau doit être posé au sol si elles sont alitées afin de permettre le drainage de la sonde par gravité. Le seau ne doit pas être placé sur le lit à côté de la patiente.



Figure 45 Un seau attaché au lit peut tirer sur la sonde

Une longue manche peut être fabriquée à partir du perfuseur utilisé par la patiente afin de lui permettre de se déplacer avec son seau et de laisser la sonde drainer librement (Figures 46-47).



Figure 46 Fabrication de longues manches de seau à partir de perfuseurs utilisés



Figure 47 Patientes se déplaçant avec une sonde en drainage libre

Il existe des systèmes de drainage fermés, tels que l'Urimètre, mais ceux-ci sont coûteux et rarement disponibles dans la plupart des hôpitaux (Figure 48). Ces systèmes nécessitent également des soins infirmiers vigilants afin de vider la chambre de mesure toutes les heures et d'enregistrer les données sur un tableau de bilan hydrique.

Certains centres peuvent laisser la poche de la sonde in situ comme système de drainage fermé. Cependant, il n'y a aucun moyen de savoir si la sonde a cessé de drainer et s'est bouchée, avant que la patiente ne se plaigne d'une douleur abdominale due au remplissage de la vessie, ce qui peut entraîner l'échec de la réparation.

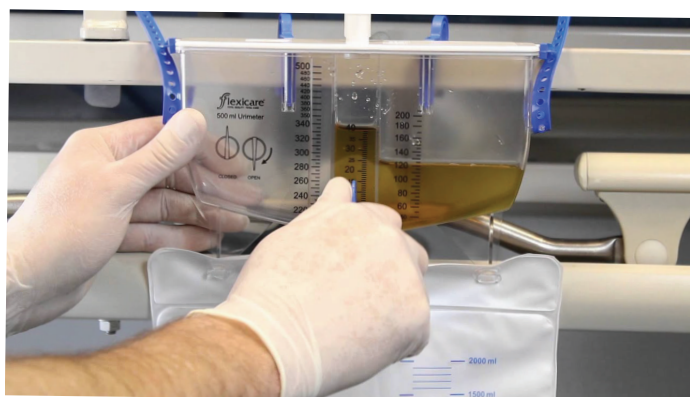


Figure 48 Urimètre utilisé pour mesurer le débit urinaire

Les patientes qui ont fait l'objet d'une réparation de déchirure périnéale sortiront également du bloc opératoire avec une sonde. Ces patientes n'ont subi aucune lésion de la vessie, mais une sonde urinaire a été mise en place afin de prévenir toute rétention urinaire postopératoire. Elles peuvent garder leur poche de sonde attachée et la vider lorsqu'elle est pleine. La sonde de ces patientes sera retirée le lendemain et elles seront encouragées à se lever et bouger.

Sondes urétérales

À la suite de réparations complexes de FVV et d'opérations de réimplantation urétérale dans lesquelles l'uretère a été endommagé lors d'une césarienne, des sondes urétérales sont utilisées ainsi qu'une sonde urinaire à demeure. Ces patientes sortiront du bloc opératoire avec une sonde de Foley introduite dans la vessie et une ou deux sondes urétérales, selon l'opération pratiquée. Les sondes urétérales sont utilisées pour protéger le site de réparation, à l'endroit où l'uretère a été rattaché à la vessie, afin de maintenir l'uretère ouvert et de permettre la cicatrisation.

Deux types de sondes urétérales sont utilisés dans la chirurgie des fistules :

1. Les sondes (ou prothèses endo-urétérales) J ou double J autostatiques utilisées dans la réimplantation urétérale.
2. Les sondes urétérales non autostatiques.

Les sondes J ou double J sont laissées en place chez la patiente entre 2 et 6 semaines. Celles-ci doivent être retirées par endoscopie par un chirurgien, car il s'agit de sondes internes.

Les sondes urétérales non autostatiques sont généralement laissées en place entre 7 et 10 jours, mais le chirurgien donnera des instructions postopératoires spécifiques concernant le moment où elles doivent être retirées. Dans certains cas difficiles, des sondes urétérales sont parfois utilisées pour protéger les uretères et peuvent devoir être laissées en place pendant 3 à 5 jours seulement ; toutefois, les instructions pour leur retrait seront toujours données par le chirurgien.

Les sondes urétérales ne sont pas équipées d'un ballonnet qui les maintient en place et sont souvent suturées à la peau (Figure 49).

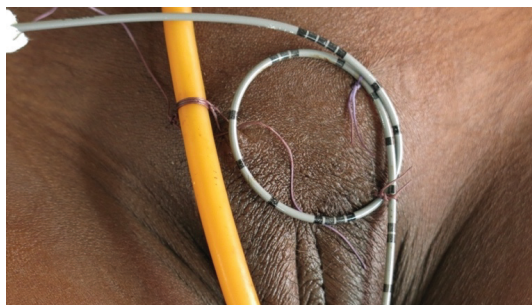


Figure 49 Sonde urétérale grise solidement suturée à la peau

Elles doivent faire l'objet de soins attentifs et il faut contrôler qu'elles ne tombent pas accidentellement avant d'être retirées. Les patientes peuvent revenir du bloc opératoire avec ces dispositifs sortant par la peau de l'abdomen et suturés en place, ce qui facilite leur prise en charge. La sonde urétérale peut également sortir par l'urètre avec la sonde de Foley, et les deux sondes peuvent être fixées ensemble à l'aide de ruban adhésif. Il faut faire preuve de prudence pour les séparer si la sonde de Foley est obstruée.

Le drainage de l'urine par les sondes urétérales sans fuite peut être difficile, en particulier lorsque la patiente commence à se lever et bouger. La plupart des sondes urétérales sont insérées dans la tubulure d'un perfuseur ou d'une poche urinaire sans connecteurs dédiés (Figure 50). La patiente peut être déçue de trouver son lit mouillé, mais après un examen attentif, il apparaît généralement que la sonde urétérale s'est déconnectée de la tubulure qui la relie à un seau ou que la connexion est simplement mauvaise et qu'il y a donc une fuite. Il faut rassurer la patiente en lui expliquant qu'elle n'est pas à nouveau incontinente et que le problème vient de la sonde.



Figure 50 Connecteur pour sonde urétérale

Les patientes qui ont à la fois une sonde urétérale et une sonde de Foley constateront que la sonde urétérale recueillera davantage d'urine, car elle est située plus près des reins, ce qui réduira le débit urinaire dans la sonde de Foley. Ceci est tout à fait normal et prévisible. La patiente devra continuer à boire beaucoup, mais ne doit pas s'inquiéter si seule une petite quantité d'urine coule par la sonde de Foley.

Liquides

La plupart des patientes pourront commencer à boire dès leur retour du bloc opératoire (Figure 51). Il faut encourager les patientes à boire suffisamment jusqu'à ce que leur urine soit claire. Une pipette peut être fabriquée à partir du perfuseur usagé afin de leur permettre de boire tout en restant allongées dans leur lit.

De nombreuses patientes atteintes de fistule ne sont pas habituées à boire beaucoup de liquide, en particulier si elles souffrent de cette affection depuis de nombreuses années. Elles auront essayé de contrôler leur incontinence en limitant fortement leur apport en liquides. Il peut être particulièrement difficile de s'assurer qu'elles boivent suffisamment après l'opération, car les patientes craignent souvent d'être incontinentes à nouveau. Il est essentiel d'insister auprès des patientes sur l'importance de boire afin de maintenir la vessie bien irriguée et d'éviter que des caillots sanguins bloquent la sonde.



Figure 51 La patiente doit commencer à boire dès son retour du bloc opératoire

Si une patiente est réticente à boire, elle doit être surveillée régulièrement et encouragée à maintenir son apport hydrique. Il est judicieux d'obtenir le soutien du personnel soignant à cet égard et de s'assurer qu'il fournit suffisamment de boissons à la patiente. Vous pouvez déterminer si la

patiente boit suffisamment en observant la couleur de son urine : une urine jaune signifie que son apport hydrique est insuffisant (Figure 52) ; une urine claire est un bon signe (Figure 53) !



Figure 52 Urine concentrée



Figure 53 Urine claire

Toutes les patientes reviennent du bloc opératoire sous perfusion IV. Ces mesures peuvent être arrêtées lorsque la patiente boit et que son urine est claire. Cependant, certaines patientes peuvent souffrir de nausées après une anesthésie rachidienne ou générale. Ces patientes devront continuer à recevoir des liquides par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elles soient en mesure de boire, ce qui peut prendre entre 24 et 48 heures. L'administration de médicaments anti-émétiques, s'ils sont disponibles, peut aider à contrôler leurs symptômes.

Alimentation

La plupart des patientes pourront reprendre une alimentation normale dès le lendemain de l'intervention chirurgicale de réparation d'une FVV, une fois complètement remises de l'anesthésie. Il est recommandé de leur donner leur nourriture habituelle et de ne pas modifier leur régime alimentaire, car cela pourrait provoquer une diarrhée ou une constipation. Cependant, les

patientes qui ont été opérées d'une FRV, d'une déchirure périnéale ou d'une réimplantation urétérale doivent réintroduire les aliments plus lentement. Il est recommandé de consommer des liquides clairs, des soupes ou de la bouillie de céréales pendant les deux premiers jours, puis de passer à un régime léger pendant les jours suivants. Les aliments pouvant entraîner une constipation doivent être évités. Les laxatifs sont recommandés chez ces patientes afin d'éviter une constipation et la tension qui en résulte sur la zone opérée.

Soulagement de la douleur

La plupart des patientes ayant subi une réparation de fistule par voie vaginale n'auront besoin que d'une analgésie légère (Figure 54). Quelques patientes peuvent avoir besoin de diclofénac au cours des 24 premières heures postopératoires, puis de paracétamol pendant quelques jours si elles ressentent des douleurs.

En cas d'intervention chirurgicale avec lambeau ou une réparation par voie abdominale, le traitement antalgique devra être plus important, et comprendra un opiacé pendant les premières 24 à 48 heures, en fonction de l'ampleur de l'intervention et de l'intensité de la douleur ressentie. Ce traitement peut être réduit au diclofénac et au paracétamol à mesure que la douleur diminue.



Figure 54 Patiente sans douleur, confortablement allongée dans son lit

Il est important de toujours demander à la patiente si elle ressent des douleurs plutôt que de supposer que, puisqu'elle est allongée dans son lit sans bouger, elle ne ressent aucune douleur. C'est souvent le contraire, car elles peuvent être incapables de bouger en raison de la douleur qu'elles ressentent. Un soulagement adéquat de la douleur permet à la patiente de se lever et bouger plus rapidement et favorise la guérison.

Si une patiente ressent une douleur, en particulier dans la région abdominale basse, il faut toujours vérifier que la sonde fonctionne correctement avant de lui administrer un analgésique. Il faut s'assurer que la sonde n'est pas obstruée par des pliures (Figure 55) ou des caillots (Figure 56), ou qu'elle n'est pas tombée. Le premier signe indiquant que la sonde ne draine plus peut être une vessie pleine chez la patiente. Ces vérifications doivent toujours être effectuées en premier lieu.



Figure 55 Sonde pliée



Figure 56 Caillot sanguin bloquant une sonde

Spasmes vésicaux

Certaines patientes peuvent présenter des spasmes vésicaux dans la phase postopératoire immédiate, entraînant des fuites urinaires à l'extérieur de la sonde. Elles se plaindront d'une sensation d'humidité et de douleur dans la région abdominale basse. Un examen approfondi est nécessaire pour déterminer d'où provient l'urine, vérifier que la vessie n'est pas distendue et que la sonde n'est pas obstruée. Du Buscopan® (hyoscine) peut être administré pour traiter les spasmes. D'autres médicaments, tels que l'oxybutynine ou la solifénacine, peuvent également être utilisés.

Antibiotiques

Certains chirurgiens ne prescrivent pas d'antibiotiques, mais la plupart administrent une dose prophylactique de gentamicine dans le bloc opératoire au début de l'intervention. Il est admis que l'infection résulte généralement d'une contamination pendant l'opération, c'est pourquoi il est courant d'administrer une dose unique avant le début de celle-ci.

En cas de contamination fécale accidentelle pendant l'opération ou si une réparation rectale ou sphinctérienne a également été effectuée, il est recommandé d'administrer 160 mg de gentamicine par voie intraveineuse par jour pendant 3 jours et 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse toutes les 8 heures pendant 48 heures.

Surveillance des signes vitaux et contrôle des plaies

Un examen clinique doit être effectué et enregistré chez toutes les patientes ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale à leur retour du bloc opératoire. Une fiche d'observation doit être conservée dans le dossier de la patiente ou au pied du lit. La pression artérielle et le pouls de la patiente doivent être enregistrés toutes les heures pendant au moins les 4 à 6 premières heures suivant l'intervention chirurgicale, puis toutes les 4 heures si l'état de la patiente est stable.

Une baisse de la pression artérielle et une augmentation du pouls peuvent être des signes indiquant que la patiente présente un saignement. Il est essentiel que cela soit détecté rapidement afin que la patiente puisse être ramenée au bloc opératoire afin de traiter le saignement avant que des complications ne surviennent.

La compresse de la patiente et les parties visibles du tampon vaginal (ainsi que toute plaie externe) doivent également être vérifiées toutes les heures après le retour du bloc opératoire afin de détecter tout signe de saignement. Pour beaucoup d'entre elles, cela impliquera de vérifier qu'il n'y a pas de saignement récent provenant du tampon vaginal (Figure 57).



Figure 57 Contrôle postopératoire des plaies pour détecter un saignement éventuel

Une fois que les patientes sont stables et mobiles, il convient de mesurer quotidiennement leur température, leur pression artérielle et leur pouls afin de détecter tout signe d'infection dans les jours ou les semaines qui suivent. Une détection précoce et une intervention rapide à l'aide d'antibiotiques devraient permettre d'éviter toute détérioration des plaies, qui peut entraîner l'échec des réparations.

Il incombe à l'infirmière responsable du pavillon des fistules de veiller à ce que les signes vitaux soient mesurés et consignés. Cette tâche peut être déléguée à d'autres membres du personnel, mais l'infirmière responsable doit s'assurer que cela a bien été fait. En plus des signes vitaux quotidiens, les infirmières doivent noter chaque jour sur le dossier si la patiente reste continente, si elle boit et si sa sonde draine correctement - les « 3Ds » drinking, draining & dry (Annexe B) (Figure 58).



Figure 58 Patientes buvant, avec drainage et non humides

Les contrôles des plaies doivent être effectués quotidiennement chez toutes les patientes ayant subi la réparation d'une déchirure de 4^e degré, en particulier lorsque la fonction intestinale est rétablie. L'infirmière doit vérifier que la plaie est maintenue propre et conseiller à la patiente de se laver après être allée à la selle.

Il est plus facile d'examiner les plaies lorsque la patiente est allongée sur le côté, les genoux repliés contre la poitrine (Figure 59). Ces réparations sont susceptibles de s'infecter et de se défaire si la plaie n'est pas maintenue propre et sèche. Il est important d'insister auprès des patientes sur l'importance de garder la plaie propre. En effet, certaines patientes peuvent avoir peur et donc refuser de nettoyer leur plaie, car elles craignent de toucher les points de suture.



Figure 59 Contrôle quotidien des plaies après une opération pour déchirure périnéale

Retrait des tampons vaginaux, hygiène périnéale et serviettes hygiéniques

Après une intervention chirurgicale pour réparer une fistule ou une déchirure de 3e ou 4e degré, les patientes sortent du bloc opératoire avec un tampon vaginal en place afin d'arrêter tout saignement, qui agit en exerçant une pression dans le vagin et en absorbant tout saignement résiduel lié à l'opération. Ces tampons doivent être retirés le lendemain de l'opération afin de prévenir toute infection.

Le retrait du tampon vaginal doit être effectué de préférence lors de la toilette périnéale (Figure 60). La toilette périnéale est nécessaire après l'opération afin d'éliminer tout écoulement, sang ou caillot présent au niveau du périnée et de la sonde, mais également pour réduire le risque d'infection localisée.



Figure 60 Retrait des tamponnements vaginaux et lavage périnéal

Le tampon doit être imbibé de crème antiseptique Savlon diluée ou de solution saline avant d'être retiré, car cela permet de le faire glisser plus facilement, réduisant ainsi autant que possible l'inconfort pour la patiente. Les tampons vaginaux en tulle gras avec Vaseline® sont plus faciles à retirer, car ils n'adhèrent pas au vagin.

Ces tampons peuvent être préparés à l'hôpital en ajoutant une petite quantité de gelée de pétrole (Vaseline) dans le tambour de stérilisation contenant les tampons vaginaux. La chaleur générée pendant la stérilisation fera fondre la Vaseline, qui imprégnera les tampons vaginaux.

Lors du retrait du dispositif, la patiente peut ressentir une certaine gêne, mais celle-ci sera temporaire. Un bon éclairage est nécessaire pour inspecter le tampon après son retrait afin de détecter tout signe d'infection ou de saignement récent. Il est important de s'assurer qu'il ne reste aucune gaze dans le vagin, car cela pourrait être à l'origine d'une infection postopératoire et entraîner l'échec de la réparation.

La toilette périnéale doit être effectuée quotidiennement après une réparation de fistule. La patiente est encouragée à le faire elle-même lorsqu'elle prend son bain. Cependant, si l'état général de la patiente est mauvais ou qu'une intervention chirurgicale importante a été effectuée et qu'elle doit rester alitée plus longtemps pour se rétablir, une toilette quotidienne au lit devra être effectuée, qui comprendra un nettoyage soigneux du périnée avec du Savlon dilué ou un produit similaire par le personnel infirmier.

Comme indiqué précédemment, les plaies de réparation d'une déchirure périnéale doivent être nettoyées après chaque selle. Un petit seau d'eau suffit pour permettre aux patientes de le faire après être allées aux toilettes.

Dans certains centres, des bains de siège peuvent être recommandés pour la toilette périnéale. Pour cela, la patiente remplit une bassine d'eau tiède et y ajoute une cuillère à café de sel, puis s'assied dans la bassine pendant 5 à 10 minutes afin de nettoyer le périnée. Cependant, cela n'est pas pratique pour de nombreuses femmes, car elles peuvent ne pas avoir accès à de l'eau chaude ou à un endroit privé pour le faire. Les recherches actuelles suggèrent que l'utilisation des bains de siège n'entraîne aucune réduction des taux d'infection postopératoire et aucun soulagement de la douleur.

Des compresses doivent être fournies pour absorber tout saignement après le retrait du tampon vaginal. Ces compresses peuvent être confectionnées par le personnel infirmier à l'aide de gaze et de coton (Figure 61). Les saignements importants doivent être signalés au personnel du pavillon et le personnel médical doit être informé si le saignement est important.



Figure 61 Confection de compresses à partir de gaze et de coton

Mobilisation des patientes

Après la réparation simple d'une fistule vaginale, la plupart des patientes peuvent se lever dès le lendemain, leur sonde étant reliée à un petit seau qu'elles peuvent déplacer avec elles (Figure 62). Les patientes atteintes de steppage auront besoin de l'aide d'un proche ou d'un accompagnateur pour se déplacer et porter leur seau.

Les patientes chez lesquelles une chirurgie abdominale a été pratiquée, notamment une réimplantation urétérale, des lambeaux ou des greffes, devront passer plus de temps au repos dans leur lit pour se rétablir. Si elles se sentent suffisamment bien, elles peuvent sortir du lit et se déplacer tranquillement dans la salle dès le lendemain de leur opération. Il est préférable de placer les lits de ces patientes près du poste des infirmières, car elles auront besoin de soins infirmiers plus importants. Elles

peuvent être transférées plus loin dans la salle lorsqu'elles iront mieux et qu'elles n'auront développé aucune complication postopératoire.

Le tampon vaginal et la sonde des patientes opérées pour une déchirure de 3e et 4e degrés seront retirés le lendemain de leur intervention chirurgicale, et elles pourront se lever et marcher. En cas d'insuffisance de lits dans la salle dédiée aux fistules, ces patientes peuvent être transférées vers d'autres salles afin d'y être prises en charge, car elles ne nécessitent que peu de soins une fois qu'elles sont mobiles.



Figure 62 Mobilisation postopératoire des patientes opérées de fistule