

Chapitre 6

Complications et difficultés postopératoires

Sondes obstruées

Comme cela a déjà été mentionné, les sondes obstruées peuvent s'avérer catastrophiques pour les patientes après une chirurgie de fistule. Si une sonde obstruée passe inaperçue, la vessie se remplira, étirant ainsi la zone réparée. Finalement, l'urine s'échappera par la plaie, endommageant la réparation ou contournant la sonde. Le premier signe d'une sonde obstruée peut être une douleur abdominale de la patiente provoquée par une vessie pleine.

Pour vérifier si une sonde fonctionne correctement (Figure 63), commencer par la soulever au-dessus du niveau de la vessie et observer si l'urine reflue dans la vessie. Noter la présence d'une pliure, d'un caillot sanguin, de débris tissulaires ou de pus dans la sonde susceptibles de l'obstruer.



Figure 63 Vérification de l'obstruction de la sonde

Si la sonde ne draine pas, il peut être nécessaire de la rincer (Figure 64). Pour cela, il faut une seringue stérile de 60 ou 100 ml à embout pour sonde, un récipient stérile (haricot) et du sérum physiologique. Il est utile d'avoir à disposition quelques kits stériles contenant un récipient et une seringue, prêts à l'emploi en cas de besoin. L'utilisation d'un matériel stérile réduit le risque d'introduire une infection dans la vessie pendant l'irrigation.



Figure 64 Rincer la sonde

Rincer une sonde consiste à injecter délicatement 25 ml de solution saline dans la sonde urinaire afin de déloger tout caillot ou débris susceptible d'obstruer la sonde, puis à reconnecter la tubulure de la sonde et à la laisser couler librement. Il peut être tentant d'aspirer avec la seringue pendant l'irrigation, mais cela doit être évité, car cette action pourrait accidentellement causer des lésions au site de réparation dans la paroi vésicale si le ballonnet de la sonde se trouve près de la plaie.

Si la sonde ne se débloque pas après avoir été rincée avec une solution saline, elle doit être remplacée par une nouvelle sonde de Foley. Si des caillots sanguins sont à l'origine de l'obstruction, elle devrait être remplacée par une sonde de plus grand calibre ; les calibres 18F ou 20F sont parfaits. Toutes les infirmières doivent être formées à la mise en place d'une sonde urinaire avec une technique aseptique.

Urines hématiques/caillots

Si la patiente ne boit pas suffisamment, l'urine dans la sonde sera de couleur foncée et pourra contenir du sang et des caillots dans la tubulure (Figure 65). Des caillots et des débris peuvent obstruer la sonde. Il faut

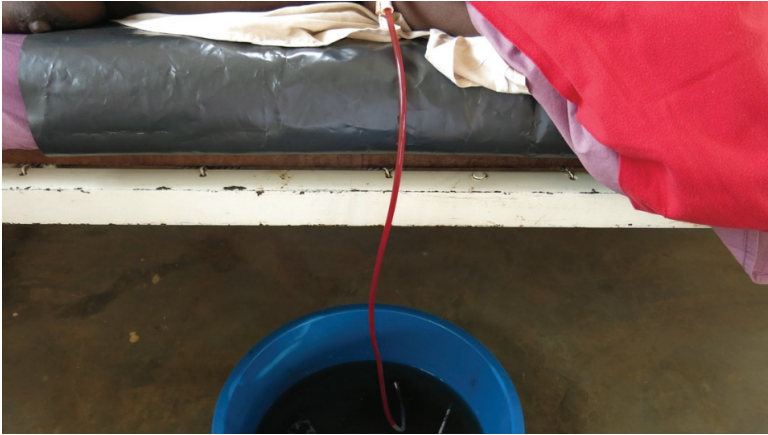


Figure 65 Sang dans les urines

veiller à ce que la patiente boive davantage et à ce qu'une personne l'aide à s'hydrater suffisamment. Les patientes doivent être encouragées à boire jusqu'à ce que l'urine contenue dans la tubulure devienne claire.

Les patientes qui ont subi une ouverture de la vessie pour atteindre la fistule ou une opération de réimplantation urétérale peuvent présenter du sang dans leurs urines pendant quelques jours. Cela peut être inquiétant pour les patientes mais, si elles boivent beaucoup, elles doivent être rassurées, car cela disparaîtra en quelques jours.

Il faudra rappeler quotidiennement à la plupart des patientes de boire beaucoup et de s'assurer que leur urine est claire. Il est utile d'encourager l'accompagnateur à y contribuer.

Infection

Une infection peut survenir pendant la période postopératoire malgré l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques. Si elle n'est pas détectée à temps, elle peut entraîner une septicémie, qui est la cause la plus fréquente d'un échec de la réparation.

Une infection vaginale provoque de la fièvre, une augmentation des écoulements, des saignements secondaires et une mauvaise odeur. Il faut toujours vérifier qu'aucun tampon n'est resté dans le vagin. L'enregistrement quotidien de la température aidera à détecter les premiers signes d'infection.

Une consommation importante de liquides réduit le risque d'infection urinaire chez la patiente. Les patientes qui développent une infection grave doivent être traitées par des antibiotiques intraveineux. Le traitement peut commencer par de l'ampicilline à la dose de 1 g une fois par jour ou de la ciprofloxacine à la dose de 400 mg toutes les 12 heures pendant 3 jours par voie IV. Ce protocole est généralement suffisant pour traiter l'infection. Une infection simple des voies urinaires ou une infection génitale peut être traitée par des antibiotiques oraux. Lorsque les services sont disponibles, un prélèvement de la plaie ou un échantillon d'urine doit être envoyé pour réaliser une culture et un antibiogramme. Cependant, le traitement ne doit pas être retardé en attendant les résultats avant de commencer l'administration des médicaments.

Des infections de la plaie peuvent également survenir chez les patientes ayant subi une réparation abdominale ou une greffe de lambeau, notamment un lambeau de Singapour ou une opération de Martius. Si la plaie s'infecte, des pansements quotidiens et un traitement antibiotique seront nécessaires.

Les patientes qui ont subi la réparation d'une déchirure de 3e ou 4e degré peuvent également devoir recevoir des antibiotiques si leur plaie s'infecte. Comme indiqué précédemment, il convient de leur conseiller de nettoyer leur plaie à l'eau chaque fois qu'elles vont à la selle, puis de sécher la peau par tapotement.

Saignements

En cas de saignement dans la phase postopératoire immédiate, la patiente doit être ramenée au bloc opératoire afin de déterminer l'origine du saignement. Chez la plupart des patientes, le saignement sera stoppé en insérant davantage de tamponnements dans le vagin. En cas de saignement artériel, il ne peut être arrêté que chirurgicalement avec une autre opération.

Les saignements sont moins fréquents au cours de la deuxième semaine postopératoire et sont presque toujours provoqués par une infection. Une partie de la plaie peut s'infecter, entraînant la formation d'escarres qui se détachent et laissent une zone exposée pouvant être à l'origine d'un saignement. La plupart des saignements peuvent être stoppés en « tamponnant » la zone, mais dans certains cas, la patiente peut devoir

retourner au bloc opératoire pour une exploration et une intervention chirurgicale afin d'arrêter le saignement. Les saignements tardifs secondaires à une infection doivent également être traités par des antibiotiques (métronidazole et céfalexine ou amoxicilline par voie orale).

Si une patiente a présenté des saignements importants, une transfusion sanguine peut être nécessaire, si le centre de traitement des fistules peut l'administrer. Vérifier le taux d'hémoglobine préopératoire de la patiente, qui peut aider à déterminer si elle a besoin de sang. Si le taux d'hémoglobine préopératoire était faible et que des saignements sont intervenus, il est recommandé de doser à nouveau l'hémoglobine et d'effectuer une épreuve de compatibilité croisée si elle n'a pas déjà été effectuée, puis de procéder à une transfusion sanguine. Si le taux d'hémoglobine se situe dans l'intervalle normal, un traitement par le fer et l'acide folique par voie orale (Fefo) sera prescrit pendant 4 semaines.

Céphalées post-rachianesthésie

Quelques patientes souffriront de maux de tête après une anesthésie rachidienne. Il faut leur conseiller de rester allongées sur leur lit et de ne pas se lever pendant quelques jours, jusqu'à ce que les maux de tête disparaissent. Du paracétamol peut être administré pour soulager la douleur, mais certaines patientes peuvent avoir besoin d'un analgésique plus puissant, tel que le tramadol ou le diclofénac intramusculaire. Les patientes doivent également être encouragées à boire davantage d'eau. Certaines trouveront que la caféine d'une tasse de thé aide à réduire les maux de tête.

Vomissements/iléus post-anesthésiques

Quelques patientes peuvent présenter des nausées et des vomissements après une anesthésie rachidienne ou générale. Celles qui ont reçu de la kétamine peuvent mettre plus de temps à se remettre de l'anesthésie et devront rester alitées jusqu'à ce qu'elles soient capables de manger et de boire et prêtes à se lever et bouger. Un anti-émétique, par exemple le métoclopramide ou l'ondansétron, peut être administré, s'il est disponible, pour soulager les symptômes. Des liquides IV sont également nécessaires jusqu'à ce que la patiente soit en mesure de boire suffisamment, pour que son urine reste claire.

Un petit nombre de patientes peuvent souffrir d'un iléus paralytique à la

suite d'une chirurgie par abord abdominal. Si la patiente continue de vomir, qu'il n'y a pas de bruits intestinaux et que l'abdomen devient distendu, une sonde naso-gastrique doit être mise en place pour vider l'estomac et soulager ses symptômes. Elles devront également rester à jeun et recevoir des perfusions IV jusqu'à ce que les bruits intestinaux reprennent, après quoi la patiente pourra recommencer à boire.

Patiente humide

Si la patiente présente des fuites dans les premiers jours suivant l'intervention chirurgicale, cela est généralement un mauvais signe qui suggère que la réparation a échoué ou qu'il existe une deuxième fistule qui n'a pas été détectée lors de l'examen. À ce stade, il n'y a généralement pas grand-chose à faire, si ce n'est maintenir la sonde en place dans l'espoir que la guérison se produise. La patiente devra être informée qu'une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire et qu'elle devra revenir pour poursuivre son traitement à l'avenir.

Une fuite tardive, au cours de la deuxième semaine ou plus tard, est généralement due à une infection ou à une sonde obstruée. Dans ces cas, le site de réparation de la fistule doit recevoir une bonne irrigation sanguine et les patientes auront de bonnes chances de guérir si la sonde est laissée en place plus longtemps. La patiente devra être rassurée en lui expliquant que quelques semaines supplémentaires avec la sonde à l'hôpital pourront l'aider à devenir continente. Soigner ces patientes en décubitus ventral (Figure 66) peut favoriser la guérison, car la plaie à la base de la vessie se trouvera alors en position supérieure, avec l'extrémité de la sonde en dessous (drainage par déclivité) (Figure 67).

Cela implique de garder la patiente alitée, couchée et dormant sur le ventre, ne sortant du lit que pour aller aux toilettes afin d'aller à la selle.

Conseils aux femmes dont la réparation a échoué

Malheureusement, il arrive que certaines réparations de fistules échouent après l'intervention chirurgicale, même avec des soins infirmiers de qualité. Ces femmes auront besoin d'être accompagnées par le personnel chirurgical et infirmier et devront être encouragées à ne pas perdre l'espoir d'être guéries (Figure 68). Elles doivent attendre au moins trois mois, et de préférence six mois, après la première intervention chirurgicale avant d'envisager une nouvelle tentative.



Figure 66 Soins prodigués à une patiente en décubitus ventral

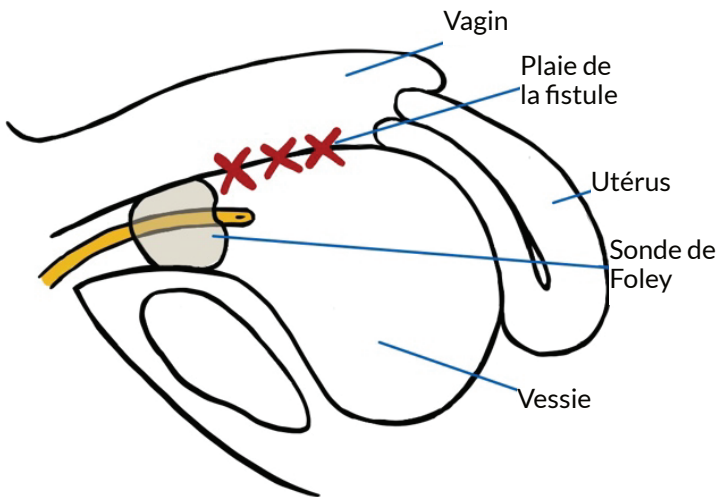


Figure 67 Drainage par déclivité (site de réparation situé tout en haut lorsque la patiente est allongée sur le ventre)



Figure 68 Conseils prodigués à une femme dont la réparation a échoué

Les tissus auront le temps de cicatriser et les chances de succès pour les opérations ultérieures seront meilleures.

Un échec de la réparation est très éprouvant pour les patientes et le personnel. En outre, la patiente peut avoir l'impression d'être la seule à être encore incontinente, alors que ses compagnes semblent être continentes. Il est utile de présenter aux patientes les femmes qui sont revenues pour une nouvelle intervention chirurgicale après avoir subi un premier échec. Savoir que tout n'est pas perdu à ce stade est utile pour les femmes qui vivent déjà dans le désespoir en raison de l'incontinence due à une fistule, et qui ont peut-être aussi emprunté de l'argent pour se rendre à l'hôpital.

Ces femmes auront besoin de beaucoup d'attention et d'empathie pour les aider à traverser la période difficile où elles devront accepter de rentrer chez elles tout en continuant à souffrir de l'incontinence qui les avait initialement amenées à consulter.

Certaines d'entre elles rentreront chez elles avec une fistule résiduelle, plus petite qu'avant l'opération, ce qui pourrait réduire leur incontinence. Il faut leur indiquer quand elles doivent revenir pour une intervention chirurgicale.

Chez un petit nombre de patientes, la fistule sera réparée avec succès, mais des fuites urinaires persisteront en raison d'une incontinence d'effort. Cela est dû à des lésions tissulaires et nerveuses de l'urètre, qui contrôle la capacité du corps à maintenir la continence. Ces patientes bénéficieront d'un accompagnement psychologique attentif afin qu'elles ne perdent pas l'espoir d'être continentes un jour. Il faut les informer que des opérations supplémentaires peuvent être nécessaires pour résoudre leur problème.