

Soins infirmiers pour les femmes présentant des complications liées à l'accouchement

2^e édition



Ishbel Campbell

Auteur collaborateur
Ian Shane Asiimwe



FIGO

Fédération internationale de
gynécologie et d'obstétrique

Soins infirmiers pour les femmes présentant des complications liées à l'accouchement

Deuxième édition

Ishbel Marion Campbell
RGN, RSCN, NMP, MSc

et

Ian Shane Asimwe
MBChB, MMED surgery, MScHM, FMAS, F. Urology

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à des subventions spéciales accordées par l'UCIF et la FIGO.

Nous remercions chaleureusement le Texas Children's Global Health Network et une fondation anonyme pour leur soutien à l'initiative de formation à la chirurgie de la fistule de la FIGO, grâce à laquelle le financement de la FIGO mentionné ci-dessus a été accordé.

Nous remercions la Global Library of Women's Medicine pour son aimable collaboration dans la relecture de ce texte.

Publié conjointement par
UCIF et FIGO



Publié conjointement par l'UCIF et la FIGO
UCIF

Uganda Childbirth Injury Fund
C/o 2 Murrayfield Road
Édimbourg EH12 6EJ, Royaume-Uni
www.ucif.co.uk/
Numéro d'organisation caritative : 1099135

FIGO

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FIGO House, 10 Theed Street, Londres, SE1 8ST, Royaume-Uni
www.figo.org / figo@figo.org
Numéro d'organisation caritative : 1113263
Numéro d'enregistrement de la société : 05498067

ISBN 978-1-0369-2598-7

Copyright © 2021, 2025 Ishbel Marion Campbell

Traduction révisée par Dr Itengré Ouédraogo

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, conservée ou enregistrée dans un système de recherche documentaire, ou communiquée, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Imprimé et relié par CPI Antony Rowe, Chippenham, SN14 6LH, Royaume-Uni

Dédicace

À mes garçons, Hamish et Roddy

Table des matières

Remerciements	viii
Préface.....	ix
Chapitre 1	1
Introduction	1
Morbidité	3
Fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales et déchirures de 3e et 4e degrés	5
Conséquences psychosociales des fistules obstétricales	8
Nécessité de soins infirmiers de qualité pour les fistules et les déchirures périnéales	10
Équipement de base nécessaire pour les soins infirmiers aux patientes présentant une FVV.....	11
Prévention des infections.....	13
Hygiène des mains.....	13
Nettoyage	13
Chapitre 2	15
Soins préopératoires	15
Dépistage des fistules (fistules vésico-vaginales et recto-vaginales) et des déchirures de 3e et 4e degrés	15
Recueil des antécédents.....	16
Examen.....	18
Assistance au chirurgien dans l'évaluation de la patiente	20
Conseil avant l'intervention chirurgicale	23
Soins préopératoires immédiats.....	24
Chapitre 3.....	28
Comprendre les comptes-rendus opératoires et la classification des fistules	28
Fistules vésico-vaginales.....	29
Fistules urétérales et autres fistules.....	30
Fistules recto-vaginales.....	31
Déchirures périnéales.....	31
Aperçu des techniques opératoires.....	32
Lambeau de Singapour	32
Lambeau adipeux de Martius	33
Lambeaux musculaires	34

Lambeau du muscle gracile (muscle droit interne de la cuisse).....	34
Lambeau du muscle droit de l'abdomen (muscle grand droit de l'abdomen)	34
Lambeau ischio-caverneux.....	34
Chapitre 4.....	35
Soins infirmiers au bloc opératoire.....	35
Préparation préopératoire	35
Sécurité des patientes.....	36
Positionnement de la patiente sur la table d'opération	37
Confidentialité et respect.....	38
Infirmière instrumentiste	39
Instruments.....	41
Sutures.....	43
Fin de l'intervention chirurgicale	43
Chapitre 5.....	46
Soins postopératoires	46
Gestion du pavillon	46
Transfert des patientes du brancard au lit	47
Soins de la sonde	48
Sondes urinaires	48
Sondes urétérales.....	53
Liquides	55
Alimentation	56
Soulagement de la douleur	57
Spasmes vésicaux.....	58
Antibiotiques.....	58
Surveillance des signes vitaux et contrôle des plaies	59
Retrait des tampons vaginaux, hygiène périnéale et serviettes hygiénique.....	61
Mobilisation des patientes	63
Chapitre 6.....	65
Complications et difficultés post-anesthésiques.....	65
Sondes obstruées.....	65
Urines hématuriques/caillots.....	66
Infection	67
Saignements	68
Céphalées post-rachianesthésie	69
Vomissements/iléus post-anesthésiques	69
Patiente humide	70
Conseils aux femmes dont la réparation a échoué.....	70

Chapitre 7	73
Dérivations urinaires.....	73
Poche de Mainz II	74
Conduit iléal	74
Dérivation urinaire continente (Mitrofanoff).....	74
Sonde sus-pubienne	75
Soins infirmiers aux patientes porteuses de dérivations urinaires.....	75
Chapitre 8	79
Sortie de l'hôpital.....	79
Retrait des sondes.....	79
Tests au colorant (bleu de méthylène ou violet de gentiane)	80
Tests de bande hygiénique.....	82
Incontinence d'effort	82
Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées pour des fistules.....	82
Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées par réparation d'une déchirure de 3e et 4e degrés.....	82
Suivi.....	83
Chapitre 9	85
Réintégration sociale et réadaptation des patientes traitées pour des fistules	85
Infertilité secondaire	86
Prévention des fistules.....	86
Prévention des déchirures de 3e et 4e degrés.....	89
Ambassadrices pour la prévention des fistules.....	89
Considérations éthiques dans les soins infirmiers aux patientes présentant une fistule.....	89
Conclusion	92
Bibliographie.....	93
Annexe A.....	95
Annexe B	96
Annexe C	97

Remerciements

Je tiens à remercier quelques personnes qui m'ont aidé à rédiger cet ouvrage.

Le Docteur Ian Shane Asiimwe, pour le temps et la patience dont il a fait preuve pour m'aider à rédiger cet ouvrage. Pour m'avoir guidé dans le choix des informations à inclure dans chaque chapitre. J'espère que ce livre lui sera également utile lorsqu'il travaillera dans des hôpitaux ruraux en Afrique, où les infirmières n'ont parfois qu'une expérience très limitée dans la prise en charge de patientes présentant des fistules.

Le Docteur Mhairi Collie, d'être une amie formidable et de m'avoir fait découvrir l'Afrique et la chirurgie des fistules. Sous sa direction, l'Uganda Childbirth Injury Fund s'est développé et a prospéré, permettant à de nombreuses femmes de guérir de cette affection dévastatrice. Il faut également souligner la franche camaraderie qui règne avec le travail d'équipe accompli pendant les camps de l'UCIF.

Le Docteur Brian Hancock, qui m'a encouragée à écrire ce livre pour compléter ses propres ouvrages sur la chirurgie des fistules : « An Introduction to Fistula Surgery » (Introduction à la chirurgie de la fistule obstétricale) et « Practical Obstetric Fistula » (Données pratiques sur les fistules obstétricales). De plus, pour avoir eu la gentillesse de me fournir et de m'autoriser à utiliser certaines de ses photos.

Gillian Slinger, pour sa contribution et ses conseils précieux, notamment en ce qui concerne l'élaboration du contenu, la relecture et la publication du livre.

Plusieurs autres personnes ont contribué à la relecture ou ont ajouté des informations : Mwesigwa Annet, Namyalo Hatika, Christine Wood, le Docteur Anna Lloyd, le Docteur Yasuko Maeda et le Docteur Andrew Browning.

Hamish et Roddy Campbell, pour leur soutien informatique.

Morven Mackinnon, pour m'avoir fourni certaines illustrations.

Enfin, merci à toutes les patientes et à tout le personnel de m'avoir autorisée à utiliser leurs photos pour illustrer ce texte.

Ishbel Campbell

Préface

Prendre soin des patientes présentant des fistules et délivrer les soins qui leur permettront de retrouver une santé physique et mentale optimale peut être l'une des tâches les plus difficiles, mais aussi les plus gratifiantes, qui incombent aux infirmières.

Sans traitement, ces filles et ces femmes se trouvent souvent dans un état déplorable : elles sont en mauvaise santé physique, déprimées, endeuillées et rejetées par la société, avec peu ou pas d'espoir de voir leur situation s'améliorer. Un traitement efficace peut les faire renaître à la vie, permettre à toutes les possibilités de leur univers de s'ouvrir à nouveau. Cependant, le parcours peut être difficile et nécessiter parfois plusieurs interventions douloureuses pour obtenir un résultat satisfaisant. Il est d'une importance capitale d'administrer le traitement « optimal ».

La chirurgie ne peut aboutir à un succès sans des soins pré-, péri- et postopératoires appropriés. Il est indéniable que les patientes se rétablissent mieux lorsqu'elles bénéficient de soins de haute qualité, c'est-à-dire des soins véritablement holistiques, généreux et altruistes prodigués par une infirmière qui possède les compétences, la compréhension et la détermination nécessaires pour aider ces patientes, qui sont très vulnérables. L'autrice de ce livre est l'une de ces infirmières très spécialisées qui font une différence remarquable dans le rétablissement et la vie des patientes présentant des fistules.

Partout dans le monde, cet ouvrage constituera un excellent guide et un manuel inspirant pour les infirmières spécialisées dans le traitement des fistules, et permettra aux patientes présentant des fistules d'être traitées avec succès.

Mhairi Collie, MBChB, MD, FRCS
Chirurgienne colorectale consultante

Chapitre 1

Introduction

Cet ouvrage a pour objectif de contribuer à former et à doter toutes les infirmières des moyens de délivrer des soins infirmiers de qualité et efficaces à toutes les patientes chez lesquelles une intervention chirurgicale sur une fistule vésico-vaginale (FVV), une fistule recto-vaginale (FRV) et des déchirures de 3e et 4e degrés a été réalisée. Les soins ne sont ni difficiles ni compliqués, mais ils sont spécialisés et nécessitent une connaissance précise de l'intervention chirurgicale réalisée chez chaque femme afin que les infirmières puissent lui prodiguer des soins holistiques de haute qualité. Des soins infirmiers sont nécessaires avant, pendant et après la chirurgie afin de limiter les complications postopératoires et de garantir aux femmes un rétablissement sûr et sans complication.

Comme la plupart des interventions chirurgicales réalisées sur des fistules sont actuellement pratiquées dans des établissements de soins de routine spécialisés dans le traitement de la fistule, mais également dans des camps chirurgicaux dédiés, cet ouvrage propose un guide des soins infirmiers spécifiques devant être mis en œuvre dans un hôpital et/ou une unité spécialisés dans le traitement de la fistule ou lors d'un camp chirurgical de traitement des fistules.

Dans les centres spécialisés dans le traitement des fistules, les patientes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire qui prodigue des soins holistiques. Cette équipe se compose d'infirmières de salle et de bloc opératoire, de physiothérapeutes et de spécialistes en rééducation, de conseillers en soutien psychosocial, de nutritionnistes, ainsi que de médecins et de chirurgiens. Cependant, toutes les patientes n'auront pas accès à tous ces spécialistes de soins de santé ; tout dépendra des ressources dont disposent les centres où elles pourront être opérées.

La réparation chirurgicale d'une FVV est une opération difficile en raison de la nature de la lésion, qui affecte la vessie, le vagin et souvent l'urètre, mais également en raison des destructions tissulaires associées à cette perte de substance. Les lésions nerveuses associées qui affectent les sphincters urétraux et le mécanisme de remplissage de la vessie altèrent la capacité de l'organisme à maintenir la continence urinaire. Seul un chirurgien hautement qualifié pourra réussir à réparer une fistule obstétricale (Figure 1).

Dans les pays touchés par les fistules, très peu de chirurgiens disposent de la formation, des compétences et de l'expérience nécessaires pour réaliser ces opérations. Cette situation, associée au manque de financement pour la lutte contre la fistule, rend difficile l'accès aux soins pour ces femmes. Dans l'absolu, la chirurgie des fistules devrait être pratiquée régulièrement dans des centres spécialisés, mais malheureusement, ceux-ci sont rares. Outre la pénurie de chirurgiens spécialisés dans le traitement des fistules, les salles d'opération disponibles pour les interventions gynécologiques et chirurgicales non urgentes sont également limitées.

Cependant, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) mène actuellement des actions globales pour la formation des chirurgiens spécialisés dans le traitement des fistules grâce à son Initiative de formation à la chirurgie de la fistule. Les chirurgiens et les équipes de soins holistiques spécialisés dans le traitement des fistules sont maintenant nombreux à participer à ce programme de formation dans tous les pays où la charge des fistules obstétricales est élevée.



Figure 1 Chirurgiens hautement qualifiés au bloc opératoire

Bien qu'il existe un hôpital spécialisé dans le traitement des fistules en Éthiopie, l'Addis Ababa Fistula Hospital, ainsi que d'autres centres qui

dispensent des soins continus, certaines interventions chirurgicales sont également pratiquées dans des camps chirurgicaux où des équipes de chirurgiens et d'autres professionnels de santé travaillent ensemble pour soigner les patientes présentant des fistules. Ces camps chirurgicaux sont généralement financés par des organismes d'aide ou des associations caritatives, ce qui permet généralement aux femmes d'accéder gratuitement à la chirurgie et aux traitements.

Cependant, il est estimé que pour chaque femme qui bénéficie d'un traitement chirurgical, 50 autres femmes n'ont pas pu avoir accès à la chirurgie. La plupart de ces femmes n'ont que très peu de connaissances sur les causes de leur fistule ou sur les traitements disponibles. Certaines pensent même qu'elles ont été maudites ou victimes de sorcellerie. Beaucoup de femmes vivent dans des zones rurales inaccessibles, mal desservies par les transports. Elles peuvent ne pas disposer des moyens financiers pour se rendre dans un centre de traitement ou un camp chirurgical. Certaines craignent également de se rendre dans des centres de traitement ou ont recours à des remèdes traditionnels pour tenter de guérir leur fistule, plutôt que de se tourner vers la médecine moderne.

Morbidité

Il a été estimé que les fistules obstétricales touchaient entre 50 000 et 100 000 femmes chaque année dans le monde. Le développement d'une fistule obstétricale est directement lié à un travail obstructif, l'une des principales causes de mortalité maternelle.

Les femmes qui souffrent d'une fistule obstétricale sont confrontées à une incontinence urinaire et/ou fécale permanente, à la stigmatisation, à l'isolement social et à des problèmes de santé associés. L'Organisation mondiale de la Santé estime que plus de 2 millions de femmes présentent une fistule obstétricale non traitée, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, ainsi que dans d'autres régions du monde.

Les fistules obstétricales peuvent être évitées grâce à l'accès à des services d'accouchement sûrs et à des soins obstétricaux d'urgence dispensés en temps opportun.

Malheureusement, les fistules obstétricales touchent de manière disproportionnée les femmes les plus pauvres du monde, qui sont souvent peu instruites, ont une compréhension limitée de ce qui leur est arrivé, se

mariées souvent à un jeune âge et sont censées avoir beaucoup d'enfants. La plupart de ces femmes vivent dans des villages ruraux où l'accès aux soins de santé est limité (Figure 2). Leurs villages peuvent être très éloignés des hôpitaux, avec des réseaux routiers et des transports locaux défaillants, ce qui rend les déplacements difficiles (Figure 3).

La pauvreté est également un facteur aggravant majeur de l'apparition de fistules obstétricales, car les femmes vivant dans ces conditions précaires n'ont souvent pas l'argent nécessaire pour payer le transport vers l'hôpital ou les frais d'hospitalisation si elles rencontrent des problèmes pendant l'accouchement. Les femmes qui développent des fistules obstétricales vivent souvent dans des pays où les droits et le statut social des femmes sont médiocres, ce qui signifie qu'elles ont peu de pouvoir pour décider elles-mêmes où elles accoucheront. Beaucoup accouchent à domicile sans l'aide de sages-femmes qualifiées. Ces décisions sont souvent prises par les hommes du foyer.

De nombreuses femmes dans les pays à faible revenu, notamment en Afrique, accouchent à domicile sous la supervision d'une accoucheuse traditionnelle locale. Les accoucheuses sont des femmes du village qui supervisent les accouchements sans avoir suivi de formation obstétricale officielle, dont les compétences sont généralement « acquises » et transmises de génération en génération au sein des familles.

La plupart du temps, les accouchements se déroulent sans complication et les accoucheuses traditionnelles mettent au monde des centaines de bébés en toute sécurité.

Cependant, les accoucheuses traditionnelles ne reconnaissent pas toujours assez tôt les cas d'obstruction du travail et les situations où une césarienne est la seule option pour garantir la naissance d'un bébé vivant en bonne santé. Cette situation déclenche une série d'événements, avec un retard dans la reconnaissance de l'obstruction, aggravé par d'autres retards pour se rendre à l'hôpital, puis pour arriver au bloc opératoire afin de pratiquer une césarienne. À ce stade, le bébé est généralement mort et, si la mère survit, elle risque d'avoir développé une fistule due à la pression exercée par la tête du bébé dans le bassin pendant le travail obstructif.



Figure 2 Milieux ruraux où les femmes accouchent



Figure 3 Les transports peuvent être difficiles en raison du mauvais état du réseau routier

Fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales et déchirures de 3e et 4e degrés

La plupart des fistules se développent à la suite d'un travail obstructif et sont dénommées fistules obstétricales, qui peuvent être divisées en fistules vésico-vaginales (FVV) et fistules recto-vaginales (FRV). La fistule obstétricale peut être urinaire (FVV), fécale (FRV) ou les deux. La FVV se produit lorsqu'un « orifice » se forme entre la vessie et le vagin, entraînant une fuite continue d'urine par le vagin (Figure 4).

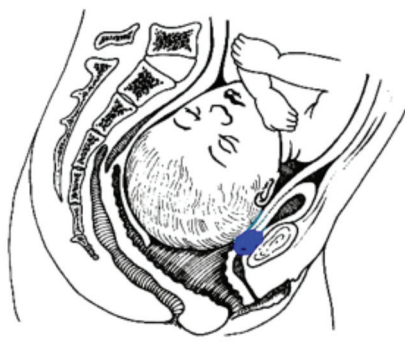


Figure 4 La zone en bleu indique l'emplacement de la fistule vésico-vaginale

Dans certains cas, il peut également y avoir un « orifice » ou une fistule entre l'intestin et le vagin (FRV), ce qui entraîne des fuites fécales par le vagin chez la patiente. Les FRV (Figure 5) surviennent très rarement de manière isolée, mais se produisent généralement avec une FVV après le premier accouchement, lorsque le travail a duré un jour de plus que dans le cas d'une FVV isolée.

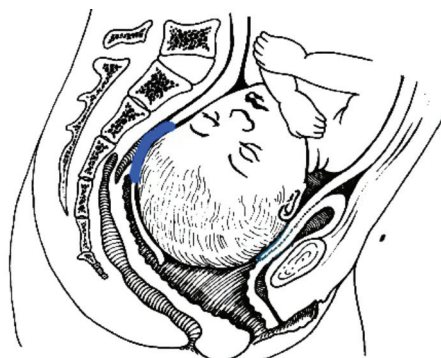


Figure 5 La zone en bleu indique la position d'une fistule recto-vaginale

Ces femmes souffrent parfois également de lésions nerveuses dues à la compression du plexus lombo-sacré, ce qui entraîne souvent un steppage (pied tombant) en raison de l'atteinte du nerf en L5. Elles peuvent se présenter en boitant ou en marchant à l'aide d'une canne. Dans la plupart des cas, le steppage se rétablit progressivement, mais peut durer jusqu'à 2 ans et, dans les cas graves, ne jamais se rétablir complètement.

Les autres facteurs conduisant au développement de fistules, dont la guérison nécessite une intervention chirurgicale, sont principalement iatrogènes et provoqués par des lésions de la vessie, du vagin ou des uretères lors d'une hystérectomie ou d'une césarienne. Les fistules iatrogènes auront davantage tendance à se produire si le travail obstructif est très prolongé et les tissus maternels sont très fragilisés. Des soins de qualité prodigués par une sage-femme et une orientation rapide pour une césarienne en cas de travail obstructif sont essentiels pour réduire le risque de lésions iatrogènes.

Les lésions surviennent de manière accidentelle, éventuellement lors d'une césarienne difficile au cours de laquelle l'utérus s'est rompu. Des lésions de la vessie ou de l'uretère peuvent survenir accidentellement au cours de cette intervention vitale. Un mauvais éclairage, des instruments chirurgicaux insuffisants et un manque d'expertise chirurgicale sont autant de facteurs pouvant augmenter le risque de survenue d'une fistule iatrogène après une hystérectomie. Les problèmes peuvent passer inaperçus pendant plusieurs jours ou semaines après l'opération.

Les accouchements vaginaux assistés, tels que l'extraction par ventouse, s'ils ne sont pas pratiqués correctement, peuvent coincer la paroi de la vessie, du vagin ou du rectum dans la ventouse, et provoquer une fistule iatrogène. Une situation similaire peut se produire après un accouchement instrumental à l'aide de forceps.

Les fistules peuvent également se développer en cas de tuberculose vésicale ou de cancers avancés ; elles sont souvent inopérables, car elles ont peu de chances de guérir ou se reformeront à mesure que le cancer progresse.

Les autres causes peuvent être les suivantes : radiothérapie, traumatismes, traumatismes sexuels et malformations congénitales.

Les déchirures périnéales (Figure 6), bien qu'elles ne soient pas définies comme des fistules, constituent une autre cause fréquente d'incontinence chez les femmes après l'accouchement. Dans ces situations, l'incontinence est fécale, ce qui signifie que les femmes ont des fuites de selles en raison d'une rupture complète ou partielle du sphincter anal. Une rupture du muscle anal principal peut survenir à la suite d'un accouchement rapide, lorsque le périnée n'est pas protégé pendant la naissance. Il peut se produire une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au rectum.

Une rupture complète du muscle anal principal avec atteinte de la peau entre le vagin et le rectum sera dénommée « déchirure de 4e degré ». Dans le cas d'une déchirure de 3e degré, le sphincter anal est rompu, mais l'anus et la paroi rectale restent intacts.



Figure 6 Déchirure de 3e degré

Conséquences psychosociales des fistules obstétricales

Selon des estimations, 97 % des femmes atteintes d'une fistule souffrent de dépression et 40 % d'entre elles ont déjà eu des pensées suicidaires ou ont tenté de mettre fin à leurs jours. De nombreuses femmes atteintes d'une fistule mènent une vie très confinée, incapables de quitter leur domicile, de se rendre au marché ou d'assister à des offices religieux. Elles ne peuvent pas exercer d'emploi rémunéré en raison de leur incontinence et, par conséquent, disposent de peu d'argent. Certaines seront contraintes à vivre isolées après avoir été abandonnées par leur mari ou leur partenaire et ostracisées par leur famille et leur

communauté parce qu'elles dégagent une forte odeur d'urine et/ou d'excréments.

Ces femmes ont subi des blessures terribles sans que cela soit de leur faute. En plus d'avoir une fistule et d'être constamment mouillées par l'urine (Figure 7), la plupart d'entre elles auront également subi le traumatisme d'avoir accouché d'un bébé mort-né.



Figure 7 Jeune fille souffrant de fuites urinaires constantes dues à une fistule

Se mettre à la place de ces femmes est inimaginable pour la plupart d'entre nous, c'est pourquoi nous devons les traiter avec respect et leur offrir les soins attentionnés qu'elles méritent.

Lorsque des femmes et des filles se présentent pour recevoir un traitement, nous devons respecter leur droit à la vie privée et leur laisser le temps de raconter leur histoire, en comprenant qu'elles sont probablement terrifiées même si elles sont venues chercher de l'aide. Il s'agit d'une blessure intime, et faire preuve de gentillesse et d'empathie envers leur situation les aidera à se sentir en sécurité, valorisées et peut-être même aimées à nouveau. C'est un rôle dans lequel les infirmières peuvent exceller, en gagnant la confiance des patientes et en rendant leur séjour à l'hôpital aussi positif que possible.

L'environnement d'un centre de traitement des fistules est un bon moyen de permettre aux patientes qui ont vécu des expériences similaires de discuter entre elles de leurs problèmes et de développer un réseau de soutien pendant leur séjour à l'hôpital. De nombreuses

femmes viennent chercher de l'aide dans un état de dépression profonde, mais elles s'épanouissent à mesure qu'elles se rétablissent physiquement, rencontrent d'autres personnes dans des situations similaires et sont encouragées par le personnel infirmier. Les activités sociales organisées pendant la journée, telles que le tricot, les cours de couture, la manucure ou le tressage des cheveux, contribuent à réunir les femmes et à les encourager à discuter (Figures 8-10).



Figure 8 (en haut) Cours de tricot ; Figure 9 (en bas à gauche) Manucure ;
Figure 10 (en bas à droite) Cours de couture

Nécessité de soins infirmiers de qualité pour les fistules et les déchirures périnéales

Des soins infirmiers de haute qualité nécessitent une bonne compréhension des souffrances endurées par les femmes présentant des fistules et des déchirures périnéales. Ces femmes doivent toutes être traitées avec dignité et respect lorsqu'elles se présentent à l'hôpital pour demander de l'aide. Beaucoup auront une forte odeur désagréable due à l'incontinence urinaire ou fécale, aggravée par le fait que l'urine est plus concentrée, car elles réduisent leur consommation de liquides afin de contrôler les fuites (Figure 11).



Figure 11 L'indignité de vivre avec une fistule

Tous les membres du personnel hospitalier qui entrent en contact avec ces patientes doivent faire preuve de sensibilité à leur égard et éviter d'utiliser un langage qui pourrait les gêner à propos de leur affection.

Faire preuve de gentillesse envers ce groupe de patientes très effrayées les aidera à se détendre et à sentir que quelqu'un se soucie d'elles. Pendant leur séjour à l'hôpital, tout le personnel doit s'efforcer de les traiter comme s'il s'agissait de leur sœur, de leur mère ou de leur grand-mère. L'expression bien connue qui nous invite à « traiter les autres comme nous aimerions être traités » peut être un bon principe directeur. Le personnel doit garder à l'esprit que la situation dans laquelle se trouvent ces femmes et ces filles n'est aucunement de leur faute. Les infirmières qui font preuve d'empathie et de gentillesse sont des modèles pour leurs collègues et les étudiants en soins infirmiers.

Équipement de base nécessaire pour les soins infirmiers aux patientes présentant une FVV

Les soins infirmiers pour le traitement des fistules nécessitent peu d'équipement, mais certains instruments ou produits sont indispensables avant le début du traitement chirurgical. Ces éléments sont répertoriés ici et peuvent être obtenus pour une somme modique. Ils sont généralement inclus dans les coûts d'installation d'un camp (Figure 12).

- Un petit seau dans lequel s'écoule une sonde urinaire est nécessaire pour chaque patiente. Cela permet à la patiente de se lever et bouger dès que possible avec sa sonde urinaire en écoulement libre.

Soins infirmiers pour les femmes présentant des complications liées à l'accouchement

- Des bandes adhésives ou du ruban adhésif pour fixer solidement les sondes sur l'abdomen de la patiente afin d'éviter toute traction sur la sonde dans la vessie.
- Une seringue stérile de 60 ml ou 100 ml à embout de cathéter et un flacon de solution saline stérile pour purger les sondes obstruées. Il est conseillé de préparer quelques kits stériles comprenant un récipient (cuvette haricot) et une seringue.
- Savlon® ou un antiseptique similaire pour la toilette vulvaire et l'hygiène périnéale après l'opération.
- Des serviettes hygiéniques en gaze et en coton.
- Lubrifiant soluble dans l'eau (gel K-Y®).
- Sondes urinaires supplémentaires au cas où certaines devraient être remplacées et ne pourraient être débouchées.
- Analgésie : il est utile de s'assurer d'un stock suffisant en analgésiques avant le début du camp. Il est nécessaire de disposer d'un approvisionnement en opiacés, anti-inflammatoires et paracétamol.



Figure 12 Équipement de base nécessaire

Prévention des infections

Hygiène des mains

L'hygiène des mains est l'une des mesures les plus importantes dans la prévention des infections associées aux soins de santé, qui sont provoquées par la propagation de micro-organismes dangereux. L'hygiène des mains signifie qu'il est nécessaire de se laver les mains ou d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool après avoir touché une patiente. Une solution hydroalcoolique peut être utilisée à trois reprises après des contacts consécutifs avec des patientes, puis les mains doivent être lavées à l'eau et au savon. Si vous utilisez des gants, ceux-ci doivent être jetés après avoir été utilisés sur une seule patiente.

Un distributeur d'eau et du savon doivent être disponibles pour se laver les mains. L'idéal est que le savon soit distribué à partir d'un distributeur à pompe manuelle. L'hygiène des mains doit être effectuée conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (Annexe A). Une bonne hygiène des mains contribuera à protéger les patientes dont vous vous occupez, vos collègues, vous-même et votre famille.

Nettoyage

Les lits et les matelas des pavillons constituent une autre source d'infections contractées à l'hôpital (nosocomiales). Chaque fois qu'une patiente quitte son lit, le matelas doit être lavé avec un désinfectant et séché avant de faire le lit de la patiente suivante. Le cadre du lit doit également être lavé afin de prévenir les infections croisées.

Le nettoyage du sol de la salle doit être effectué tous les jours et plus souvent en cas de déversements d'urine ou de sang, ce qui est fréquent avec les systèmes de drainage urinaire ouverts (Figure 13). Ces mesures permettront d'éviter les infections et la contamination des patientes pendant la phase postopératoire.

Les toilettes des patientes doivent être maintenues propres et désinfectées quotidiennement. Une femme de ménage de l'hôpital doit se charger de cette importante tâche. Tous les déchets, y compris les serviettes hygiéniques usagées, doivent être ramassés régulièrement et les patientes doivent être invitées à jeter ces déchets dans la poubelle appropriée de l'hôpital.

Les zones de lavage destinées aux patientes doivent être nettoyées au moins une fois par jour. Il est conseillé aux patientes de se laver tous les jours, y compris de laver quotidiennement la vulve et le périnée, et de sécher la peau en la tapotant afin de réduire le risque d'infection postopératoire. Il convient d'encourager les patientes à nettoyer et sécher leur périnée après être allées à la selle. Les patientes doivent également éviter d'introduire leurs doigts dans le vagin, car cela pourrait endommager la réparation.



Figure 13 Exemple d'un pavillon de chirurgie propre et bien entretenu

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

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

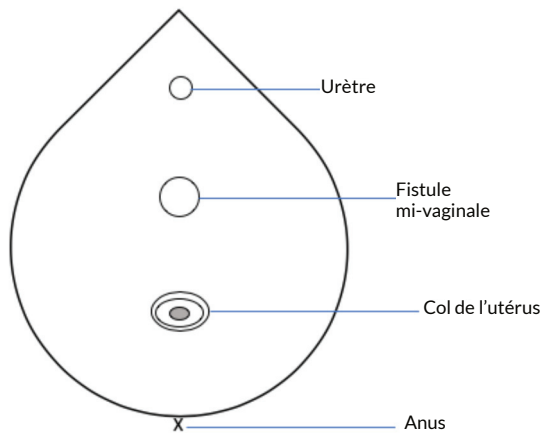


Figure 25 Modèle de croquis descriptif d'une fistule

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.

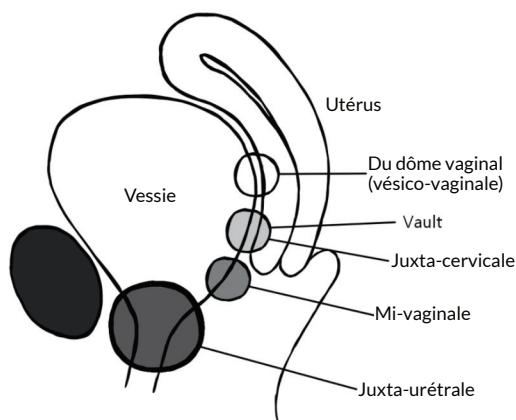


Figure 26 Différents emplacements de FVV

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.

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.

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.

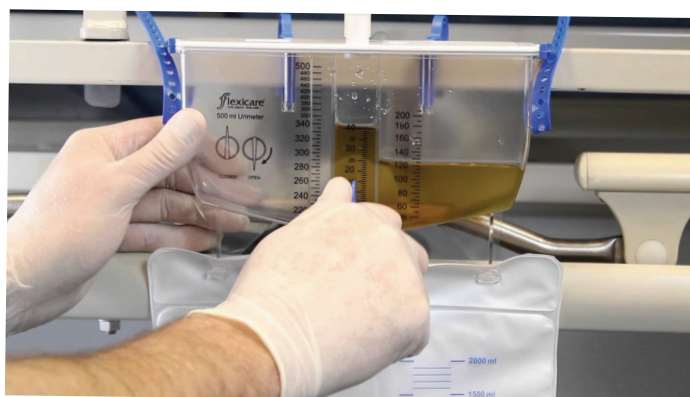


Figure 48 Urimètre utilisé pour mesurer le débit urinaire

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).

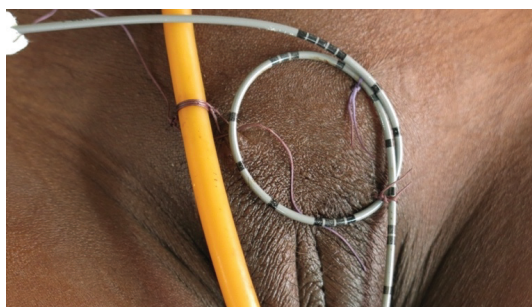


Figure 49 Sonde urétérale grise solidement suturée à la peau

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

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

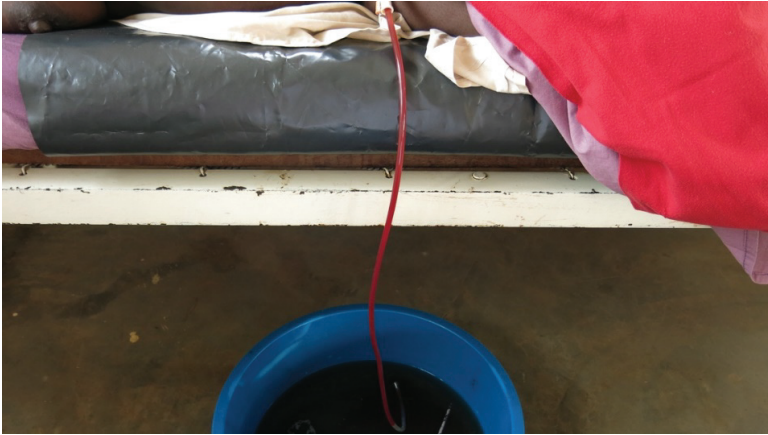


Figure 65 Sang dans les urines

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

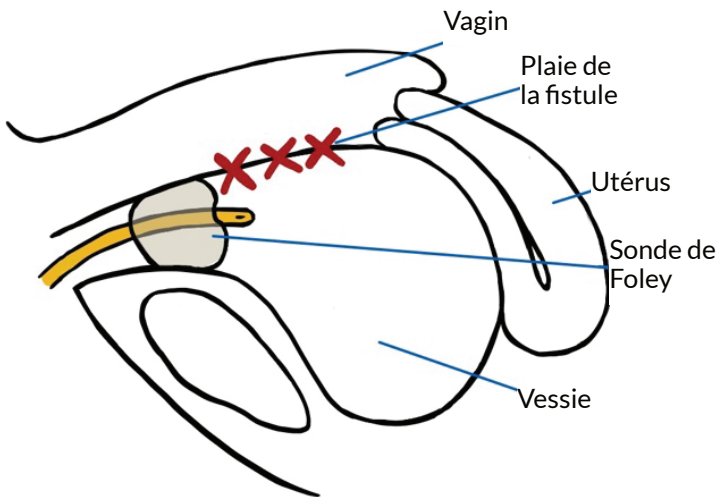


Figure 67 Drainage par déclivité (site de réparation situé tout en haut lorsque la patiente est allongée sur le ventre)



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.

Chapitre 7

Dérivations urinaires

Les dérivations urinaires sont une option pour les patientes atteintes de fistules jugées incurables. Il s'agit souvent de patientes chez lesquelles de nombreuses opérations ont été pratiquées pour tenter de les rendre continentes, mais qui sont toujours incontinentes en raison d'une petite vessie, d'un urètre non fonctionnel ou des deux. Il existe plusieurs types de dérivations urinaires, qui présentent toutes des avantages et des inconvénients pour la patiente, aucune option n'étant parfaite.

Poche de Mainz II

La poche de Mainz II est conçue de manière que les uretères soient implantés dans une poche fabriquée à partir d'une anse intestinale, afin que la patiente puisse évacuer ses selles et son urine par l'anus. Pour que cette opération réussisse, la patiente doit avoir un bon contrôle du sphincter anal. Ce contrôle est testé en demandant à la patiente de retenir pendant 60 minutes environ 250 ml d'eau mélangée à du bleu de méthylène ou du violet de gentiane administrée sous forme de lavement. La patiente idéale pour ce type de dérivation ne doit pas présenter de fuites anales, ce qui est évalué en lui faisant porter une serviette hygiénique pendant la période d'évaluation. Un bon contrôle du sphincter anal est confirmé lorsqu'il n'y a pas de colorant sur la compresse.

La patiente doit présenter une fonction rénale normale avant de subir cette intervention, car toute insuffisance rénale entraînerait une acidose et pourrait provoquer d'autres complications. La fonction rénale doit être contrôlée au moins une fois par an, et une échographie rénale doit être réalisée pour vérifier l'absence d'hydronéphrose.

Le fait de détourner l'urine vers l'intestin modifie l'état métabolique de la patiente, car certains composants urinaires seront absorbés par l'intestin, ce qui rendra le sang plus acide. Afin d'éviter une acidose métabolique, la patiente devra prendre quotidiennement une cuillère à café de bicarbonate de sodium par voie orale pendant le reste de sa vie après cette intervention. Ce produit est facilement disponible, car il s'agit d'un ingrédient couramment utilisé en pâtisserie.

Les patientes ayant bénéficié d'une dérivation doivent également être informées en détail du risque accru de développement de tumeurs dans le côlon sigmoïde – un risque estimé à 20 % sur 20 ans – et il doit leur être recommandé de consulter un chirurgien en cas de douleur abdominale intense ou de sang dans les selles.

Conduit iléal

Le conduit iléal consiste à détourner les uretères vers une petite section de l'intestin qui débouche sur la peau de l'abdomen sous forme de stomie. L'urine s'écoule dans le conduit iléal et s'accumule dans une poche d'urostomie, que la patiente vide elle-même. Cette forme de dérivation est bénéfique pour les patientes souffrant d'insuffisance rénale, car elle réduit l'absorption des composants urinaires et donc le risque d'acidose métabolique.

Cette opération peut être réalisée à la condition que la patiente dispose d'un approvisionnement suffisant en poches d'urostomie, ce qui n'est souvent pas réaliste dans de nombreux environnements où surviennent les fistules. Un autre aspect mérite une attention particulière : de nombreuses femmes peuvent trouver inacceptable de présenter une anatomie/image corporelle différente de celle des autres membres de leur communauté et de faire face à la perspective de vivre avec une poche de stomie pendant le reste de leur vie.

Dérivation urinaire continente (Mitrofanoff)

Une dérivation urinaire peut être une option chez les patientes qui disposent d'une bonne capacité vésicale, mais dont l'urètre est gravement lésé. Dans ces cas, la procédure de Mitrofanoff peut être une option. Elle consiste à utiliser l'appendice ou l'intestin pour drainer l'urine de la vessie vers la paroi abdominale et à fermer complètement l'urètre. La patiente peut s'auto-sonder en introduisant une sonde dans l'appendice/l'intestin pour vider la vessie.

Les patientes peuvent présenter des fuites si elles ne vident pas leur vessie régulièrement.

Il s'agit d'une procédure très complexe, qui ne doit être réalisée que dans des centres spécialisés.

Sonde sus-pubienne

L'utilisation de sondes sus-pubiennes est une option à long terme pour certaines patientes qui peuvent être considérées comme inaptes à bénéficier d'autres types de dérivation. Une sonde sus-pubienne est insérée dans l'abdomen. Celle-ci est munie d'un bouchon pour la maintenir fermée, et la patiente peut l'ouvrir à intervalles réguliers pour vider la vessie. La sonde de Foley doit être changée une fois par mois si la patiente accepte cette option. Si la patiente présente une fuite urinaire continue due à une lésion de l'urètre, elle peut ne pas être complètement continente, même lorsqu'elle utilise une sonde sus-pubienne.

Soins infirmiers aux patientes porteuses de dérivations urinaires

Toutes les dérivations nécessitent une intervention chirurgicale au niveau de l'abdomen. Les soins infirmiers pré et postopératoires sont les mêmes que pour toute chirurgie abdominale. Cependant, certaines instructions spécifiques à chaque opération doivent être respectées.

Les soins préopératoires sont les mêmes que pour les interventions sur des fistules et des déchirures périnéales, notamment le maintien à jeun depuis la veille de la chirurgie, les examens sanguins préopératoires, la pose d'une voie veineuse, la préparation du site opératoire et le port d'une blouse d'opération.

De plus, les patientes devant bénéficier d'une dérivation requièrent une préparation intestinale préopératoire minutieuse afin de prévenir toute infection. Cela implique d'administrer un lavement au savon la veille de l'intervention chirurgicale afin d'évacuer les selles, puis un lavement salin le matin même afin de nettoyer le rectum avant l'opération.

Après l'opération, les patientes doivent être surveillées attentivement afin de détecter rapidement toute complication. Dans la période postopératoire immédiate, la pression artérielle et le pouls doivent être contrôlés toutes les heures pendant les six premières heures, puis toutes les deux heures pendant six heures, puis toutes les quatre heures jusqu'à ce que la patiente soit complètement ambulante et stable.

Lorsqu'elle revient du bloc opératoire et pendant la période postopératoire immédiate, il est important de surveiller attentivement la patiente afin de détecter tout signe de saignement. Une surveillance régulière des signes vitaux de la patiente est essentielle pendant cette phase, car tout

changement, notamment une baisse de la pression artérielle et une augmentation du pouls, peut indiquer un saignement. Ces patientes sont susceptibles de ressentir des douleurs, de transpirer et de devenir somnolentes. Tout signe ou toute suspicion de saignement doit donc être signalé en urgence au personnel médical.

Une fuite anastomotique postopératoire aura tendance à se produire vers le cinquième jour. Des douleurs, une tachycardie et une élévation de la température sont des signes évocateurs d'une fuite. Si cela se produit, le chirurgien doit être immédiatement prévenu afin de décider si la patiente doit être ramenée au bloc opératoire. Une fuite anastomotique est une complication très dangereuse pour la patiente, qui peut conduire à son décès. Plus la situation est traitée rapidement, plus la patiente a de chances de survivre. Elle doit recevoir des antibiotiques IV et être réopérée d'urgence. Il peut être nécessaire de répéter l'intervention ou de pratiquer une colostomie.

Des liquides doivent être administrés par voie IV pendant les premiers jours, et la patiente ne doit rien absorber par voie orale. La patiente pourra néanmoins commencer à boire de petites gorgées d'eau dès le premier jour, puis prendre des liquides par voie orale pendant quatre jours, avant de passer à un régime alimentaire léger, s'il n'y a aucun signe d'iléus paralytique. Ce protocole laisse suffisamment de temps pour que la poche et les uretères implantés cicatrisent au niveau du site d'anastomose.

La patiente aura probablement besoin d'un traitement analgésique puissant, notamment des opiacés, pendant les 24 à 48 heures suivant l'opération afin d'assurer son confort et de permettre la cicatrisation. Elle restera alitée pendant un ou deux jours après l'intervention, après quoi elle pourra commencer à se déplacer dans la salle lorsqu'elle se sentira prête.

Après une dérivation par poche de Mainz II, les patientes portent généralement une sonde rectale, souvent une sonde de Foley de calibre 24, et une sonde endotrachéale ou une sonde pour les flatulences sortant de l'anus (Figure 69). Ce dispositif permet de drainer les selles et l'urine. De même, elles porteront généralement deux sondes urétérales drainant l'urine des uretères, qui ont été réimplantés dans la poche. La sonde rectale doit être retirée après le deuxième jour postopératoire, car elle est susceptible d'être obstruée par les selles. Les



Figure 69 Sonde rectale et sondes urétérales ressortant de l'anus chez une patiente porteuse d'une poche de Mainz II

sondes urétérales doivent rester en place pendant 7 à 10 jours et doivent être contrôlées quotidiennement pour s'assurer qu'elles fonctionnent correctement. Les instructions relatives au retrait des sondes urétérales doivent être fournies par le chirurgien dans les instructions postopératoires, qui doivent être soigneusement suivies.

Les patientes ayant bénéficié d'une dérivation iléale présentent une stomie sur l'abdomen qui draine l'urine et quittent généralement le bloc opératoire avec deux sondes urétérales, qui doivent être retirées au septième jour postopératoire, ou selon les instructions du chirurgien. Des poches d'urostomie seront nécessaires pour continuer à recueillir l'urine et des explications régulières et rassurantes devront être fournies à la patiente sur la manière de vider la poche et de prendre soin de la stomie. Les patientes doivent recevoir un stock de poches de stomie à emporter chez elles et avoir accès à des poches supplémentaires.

Toutefois, si elles ne peuvent pas se procurer de poches de stomie, elles peuvent, en dernier recours, utiliser une poche de stomie Arua. Ce dispositif est fabriqué à partir du fond d'un gobelet en plastique, de gaze, de ficelle de cordonnier et de petits sacs en polyéthylène. La patiente peut recouvrir la stomie à l'aide de cette méthode et changer régulièrement le sac en polyéthylène (Figure 70).

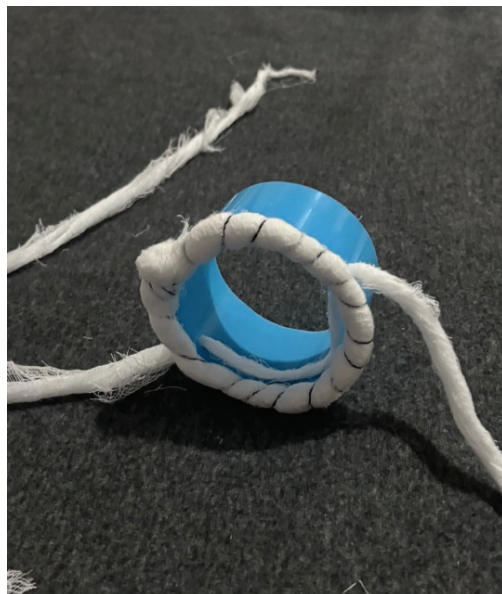


Figure 70 Poche de stomie Arua

Les patientes portant une poche urinaire seront munies d'une sonde de Foley à demeure pour drainer l'urine jusqu'à la cicatrisation de la plaie. La sonde est retirée au 14^e jour et la patiente doit apprendre à réaliser un auto-sondage intermittent propre afin de vider sa vessie.

Chapitre 8

Sortie de l'hôpital

Retrait des sondes

Les sondes urinaires sont généralement retirées environ 10 à 14 jours après l'opération. Quelques-unes devront rester plus longtemps à l'hôpital sur recommandation spécifique du chirurgien.

Les patientes doivent rester à l'hôpital pendant 2 à 3 jours après le retrait de la sonde, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de complications avant de rentrer chez elles.

Le réentraînement vésical est effectué après le retrait de la sonde. Il est destiné à rééduquer la vessie à se remplir et à se vider à nouveau, et augmente progressivement le volume de la vessie. La plupart des patientes ayant présenté une fistule n'ont pas fait fonctionner leur vessie normalement pendant plusieurs années en raison de fuites urinaires continues. Il faut donc parfois du temps pour que la vessie retrouve un fonctionnement normal.

Une méthode simple consiste à conseiller à la patiente d'uriner toutes les heures après le retrait de sa sonde, puis d'espacer progressivement les mictions toutes les deux heures, puis toutes les trois heures au cours des jours suivants.

Le volume résiduel de toutes les patientes doit être évalué le jour du retrait de la sonde. Pour cela, la patiente doit uriner dans un seau et le volume émis est mesuré. Une sonde intermittente doit ensuite être mise en place et le volume résiduel dans la vessie est mesuré.

Si le volume résiduel est supérieur à 100 ml ou supérieur au volume urinaire évacué, la patiente présente une rétention urinaire. Dans ce cas, le volume résiduel de la patiente doit être contrôlé pendant les jours suivants avant sa sortie de l'hôpital.

Si la rétention urinaire persiste, la patiente doit apprendre à pratiquer l'auto-sondage intermittent avant sa sortie de l'hôpital afin qu'elle puisse rester continente.

Si la patiente urine normalement sans rétention urinaire, elle peut rentrer chez elle. Pendant le trajet, il est conseillé à la patiente de s'arrêter toutes les deux heures, si possible, pour uriner si elle parcourt une longue distance. S'il n'est pas possible de s'arrêter pour uriner, il faut encourager les patientes à uriner dans les vêtements qu'elles portaient lorsqu'elles étaient incontinentes à leur arrivée à l'hôpital. Il faut les avertir que, si elles laissent leur vessie se remplir et se distendre pendant le voyage, elles risquent d'endommager la réparation et d'être incontinentes à nouveau.

Il incombe aux infirmières de contrôler individuellement chaque patiente avant leur retour à domicile. Les patientes souffrant de rétention chronique doivent être identifiées et doivent apprendre à pratiquer l'auto-sondage intermittent afin de réduire le risque qu'elles redeviennent incontinentes après leur retour à domicile.

Si les patientes sont incontinentes avant le retrait de la sonde, les chances de fermeture de la fistule seront alors faibles. Il est donc conseillé de retirer la sonde urinaire et de demander à la patiente de revenir pour un examen pour envisager éventuellement une intervention chirurgicale supplémentaire à l'avenir.

Tests au colorant (bleu de méthylène ou violet de gentiane)

Un test au colorant (bleu de méthylène ou violet de gentiane) est généralement effectué pendant le dépistage afin de vérifier la présence et l'emplacement d'une fistule. La procédure peut également être réalisée au bloc opératoire avant la réparation d'une fistule. De plus, quelques centres effectuent des tests au colorant avant de laisser sortir la patiente. Une grande prudence s'impose lors d'un test au colorant juste après la réparation. Il faut en effet veiller à ne pas endommager ou traumatiser la fistule nouvellement réparée, par exemple en utilisant de manière inappropriée le spéculum Sims ou en remplissant excessivement la vessie avec la solution colorante.

Il est donc préférable que ce soient les chirurgiens qui réalisent les tests au colorant. Ils sont susceptibles d'avoir de l'expérience dans ce domaine et peuvent ensuite donner des conseils sur les soins et la prise en charge appropriés pour chaque patiente.

Tests de bande hygiénique

Les tests de bande hygiénique constituent un moyen simple de vérifier si une patiente est incontinente après le retrait de la sonde urinaire ou peuvent être utilisés lors d'un dépistage pour confirmer si une patiente présente des fuites urinaires.

Pour effectuer un test de bande hygiénique, la serviette sèche est tout d'abord pesée, puis on demande à la patiente de boire 500 ml d'eau. Elle doit ensuite placer la serviette hygiénique dans ses sous-vêtements, marcher pendant une heure, fléchir les jambes ou sauter à cinq reprises, puis monter quelques marches. Après une heure, la serviette est pesée à nouveau et la différence de poids entre la serviette avant et après le test permet de déterminer l'ampleur de la fuite urinaire.

Incontinence d'effort

Chez un petit nombre de patientes, la fistule aura été réparée avec succès, mais elles resteront incontinentes au niveau de l'urètre (incontinence d'effort) après l'intervention chirurgicale. Cela peut être décevant pour la patiente, car elle peut avoir l'impression que ses symptômes persistent. L'incontinence d'effort peut avoir plusieurs causes, la principale étant la destruction du tissu urétral ou du col vésical suite à un traumatisme lors de l'accouchement, ce qui rend difficile une continence complète de la patiente. La lésion peut avoir laissé à la patiente une vessie extrêmement petite, ce qui rend difficile le maintien de la continence. Le réentraînement de la vessie est important chez toutes les patientes. Cette procédure consiste à augmenter progressivement l'intervalle entre les mictions afin d'augmenter lentement la capacité de la vessie.

Un chirurgien expérimenté dans le traitement des fistules peut proposer d'autres interventions chirurgicales utilisant des lambeaux cutanés ou musculaires, une intervention de pose d'une bandelette sous-urétrale et des procédures d'agrandissement de la vessie afin d'essayer d'améliorer l'incontinence d'effort. Cependant, ce type d'intervention ne convient pas à toutes les patientes.

Les exercices du plancher pelvien, s'ils sont effectués correctement et régulièrement, peuvent aider certaines femmes présentant une incontinence d'effort et peuvent être enseignés par les infirmières avant

que la patiente ne rentre chez elle. Ces exercices devront être poursuivis pendant 3 à 6 mois ou jusqu'à leur prochaine grossesse (Annexe C).

Les femmes qui ont bénéficié de nombreuses interventions chirurgicales et qui présentent toujours une incontinence urinaire sont souvent considérées comme incurables. Cependant, quelques options sont disponibles pour éviter les fuites urinaires et ces patientes doivent être informées des dérivations urinaires.

Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées pour des fistules

Il est conseillé à toutes les patientes ayant bénéficié d'une réparation de fistule de s'abstenir de toute activité sexuelle pendant 3 à 5 mois après leur retour à domicile et d'utiliser un moyen de contraception afin de retarder une nouvelle grossesse pendant un an si possible.

Il leur est également recommandé de ne pas soulever de charges lourdes pendant au moins trois mois après leur retour à domicile. Ces instructions peuvent être difficiles à suivre chez certaines d'entre elles, si elles sont des agricultrices de subsistance, mais il faut insister sur le risque d'être à nouveau incontinentes si elles ne suivent pas ces conseils.

En présence de signes d'infection, qu'il s'agisse d'une infection urinaire ou d'écoulements vaginaux, la patiente doit consulter un médecin, car un traitement antibiotique pourrait être nécessaire.

Toute grossesse future nécessitera un accouchement par césarienne. Ce point doit être parfaitement compris par la femme et sa famille, car les risques de développer une nouvelle fistule lors d'un prochain accouchement par voie basse sont élevés. Si elle devient incontinente à nouveau, il lui est conseillé de contacter le centre de réparation des fistules et de se présenter pour un examen.

Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées par réparation d'une déchirure de 3e et 4e degrés

La plupart des patientes peuvent rentrer chez elles 2 à 3 jours après une réparation du sphincter anal. Si la fonction intestinale est normale et que la plaie est propre et sèche, elles peuvent rentrer chez elles avec un traitement par des antibiotiques et un laxatif émollient, par exemple le bisacodyl 5 mg pendant 10 jours, et elles doivent continuer à boire beaucoup de liquides.

Après chaque selle, les patientes doivent toujours nettoyer la plaie afin d'éviter qu'elle ne s'infecte et ne se désunisse. Les bains de siège ne sont pas recommandés, sauf en cas d'infection de la plaie. Il suffit de nettoyer à l'eau et de sécher la peau après être allée à la selle. Si la plaie présente des écoulements, une petite compresse devra être portée sur la plaie afin de la maintenir aussi propre que possible.

Il est déconseillé d'avoir des relations sexuelles pendant les trois premiers mois, car une reprise précoce des rapports sexuels peut entraîner une dégradation de la réparation et une nouvelle incontinence fécale chez la patiente. Les patientes doivent être informées que, même si la peau a commencé à cicatriser à l'extérieur, la guérison complète de leur plaie prendra plus de temps.

Un régime riche en fibres permettra de s'assurer que les selles sont molles. Boire beaucoup de liquide aide également à éviter la constipation. Si une patiente souffre de constipation, les selles volumineuses et dures ainsi que les efforts pour aller à la selle exerceront une pression sur la plaie, ce qui peut entraîner un échec de la réparation.

Pour une femme qui a fait l'objet d'une réparation de déchirure de 4e degré, tous les accouchements futurs doivent être pratiqués par césarienne élective et sa famille doit être informée afin de s'y préparer. Ils doivent comprendre que si la femme accouche à nouveau par voie basse, le risque de déchirure de 4e degré est élevé et que les réparations ultérieures n'ont pas le même taux de réussite. Cependant, si la femme ne peut pas se rendre à l'hôpital assez rapidement pour subir une césarienne et accouche par voie basse, il faut lui conseiller de pousser doucement pendant l'accouchement, son périnée étant protégé par une sage-femme, afin que l'accouchement soit aussi lent et contrôlé que possible et que le risque d'une nouvelle déchirure de 3e ou 4e degré soit moindre. Les patientes ayant déjà fait l'objet d'une réparation de déchirure de 3e degré peuvent, quant à elles, accoucher par voie basse sous la supervision d'un personnel médical dûment formé.

Suivi

Dans certains centres, les patientes seront invitées à consulter le médecin pour un suivi quelques mois après leur retour à domicile, afin de vérifier qu'elles n'ont pas développé d'autres problèmes ou complications après l'opération. L'infirmière responsable du service doit également tenir

un registre contenant les noms et les coordonnées des patientes. Les téléphones portables sont un bon moyen de rester en contact avec les patientes qui ont dû parcourir une longue distance pour accéder à la chirurgie. Il est également utile de leur donner le numéro de téléphone du centre de traitement des fistules, au cas où elles rencontreraient des problèmes une fois rentrées chez elles.

Si une patiente présentant une fistule se rend à l'hôpital mais qu'il n'est pas possible d'effectuer l'intervention chirurgicale à ce moment-là, son nom et ses coordonnées doivent être consignés dans un registre afin qu'elle puisse être rappelée lorsqu'une intervention chirurgicale pourra être réalisée. Il est important de ne jamais fermer la porte à une femme présentant une fistule, en tenant compte du traumatisme qu'elle a déjà subi et des difficultés qu'elle a rencontrées pour se rendre à l'hôpital afin de se faire soigner.

Chapitre 9

Réintégration sociale et réadaptation des patientes traitées pour des fistules

La plupart des patientes pourront rentrer chez elles, retrouver leur famille et mener une vie normale après une opération de fistule réussie. Cependant, nous savons que de nombreuses patientes présentant une fistule ont vécu dans l'isolement pendant des mois, voire des années, et ont été rejetées par leur famille et leurs amis. Elles peuvent avoir besoin de temps pour se réintégrer dans la société. Certaines peuvent croire que leur fistule est due à des sortilèges, à la sorcellerie ou à la malchance.

De nombreuses patientes atteintes de fistule sont jeunes, encore des filles plutôt que des femmes, et se retrouvent isolées de leur famille et de leurs amis en raison de la stigmatisation liée à leur maladie. La plupart montrent un niveau d'éducation limité et se retrouvent souvent isolées après avoir perdu leur emploi, s'être séparées ou avoir divorcé de leur partenaire ou mari, qui était leur source de revenus. De plus, elles auront très certainement perdu le bébé à l'origine de la fistule, soit à la naissance, soit peu après. Très peu auront eu l'occasion d'assister à l'enterrement de leur bébé en raison de leur hospitalisation après une période postnatale difficile.

La majorité des patientes atteintes de fistule ont un faible niveau d'éducation et sont sans emploi, d'où la nécessité d'une réadaptation pour leur permettre de se réinsérer dans la société. Dans certains pays, il existe des politiques gouvernementales qui prévoient des protocoles de réintégration et de réadaptation pour les femmes ayant présenté une fistule.

La réinsertion sociale aide les patientes traitées avec succès pour des fistules à renouer avec leur famille et leurs amis grâce à des programmes qui comprennent des conseils et des activités visant à développer de nouvelles compétences, afin de leur permettre de réintégrer le marché du travail et de générer des revenus.

Des conseillers qualifiés jouent un rôle inestimable en aidant un grand nombre de ces femmes à surmonter l'expérience terrible et la

stigmatisation qu'elles ont subies en raison de leur fistule. Il faut prendre le temps d'écouter leurs histoires et de comprendre ce qu'elles ont vécu. Il est important qu'elles comprennent les causes de leur fistule à l'aide de graphiques ou d'un schéma permettant d'illustrer le processus de travail obstructif et la formation d'une fistule. Il est tout aussi important qu'elles reconnaissent que la fistule n'a rien à voir avec la sorcellerie, les charmes ou la malchance, et qu'elle peut être entièrement évitée grâce à un accès rapide à du personnel médical qualifié.

Les activités de réadaptation responsabilisent les femmes en les aidant à acquérir des compétences qui leur permettent de gagner leur vie et de retrouver leur famille. Certaines des activités enseignées dans le cadre des programmes de réinsertion et de réadaptation consistent à apprendre aux femmes à tricoter ou à coudre et à fabriquer des objets artisanaux qu'elles pourront vendre. La pâtisserie, la fabrication de savon et de bougies sont également enseignées, tout comme l'élevage, où les élèves peuvent apprendre à s'occuper d'animaux tels que des chèvres ou des poules, afin de contribuer à générer des revenus (Figure 71).



Figure 71 Patientes guéries participant à un projet de réintégration

Ces femmes doivent être encouragées à reprendre une vie normale et à rencontrer un nouveau partenaire si leur mari ou leur compagnon les a quittées et, après un certain temps, à essayer à nouveau de fonder une famille, si tel est leur souhait.

Infertilité secondaire

De nombreuses patientes atteintes de fistule constatent que leurs règles ne reviennent pas après l'accouchement. Aucune cause n'a été établie de façon manifeste, mais beaucoup ont souffert de maladies graves en

raison de la nature de la formation de fistules. Une septicémie, une perte de poids importante et une dépression sont des symptômes fréquents après une lésion fistulaire, qui provoque une réaction de stress dans l'organisme. Certaines peuvent présenter un syndrome de Sheehan, un déséquilibre hormonal causé par une nécrose de l'antéhypophyse, tandis que d'autres peuvent souffrir du syndrome d'Asherman (synéchie utérine), qui provoque la destruction de la muqueuse utérine.

Une hystérectomie a pu être effectuée chez certaines femmes après l'accouchement, sans qu'elles en aient connaissance. Certaines femmes ne pourront pas avoir leurs règles en raison de la fermeture du canal cervical, qui peut avoir été provoquée lors d'une intervention chirurgicale, et les rendra incapables de concevoir.

Cependant, si la plupart des femmes redeviennent sexuellement actives avec le temps, il doit leur être conseillé d'utiliser un moyen de contraception afin de retarder la conception pendant au moins un an après la réparation de la fistule. L'utilisation d'un moyen de contraception pourrait également contribuer à réduire la crainte qu'elles pourraient avoir d'une future grossesse après l'expérience qu'elles ont vécue. Certaines d'entre elles choisiront de ne plus avoir de relations sexuelles, car elles ne parviennent pas à surmonter leur peur des rapports sexuels, tandis que d'autres peuvent trouver l'activité sexuelle trop douloureuse (dyspareunie) après une réparation de fistule. Les rapports sexuels peuvent également être impossibles si la patiente souffre d'une sténose vaginale (rétrécissement du vagin), ce qui peut entraîner un rejet et une stigmatisation supplémentaires.

Une césarienne élective devrait être proposée à toutes les femmes ayant subi une chirurgie de réparation d'une fistule afin de réduire le risque de récurrence. Il a été établi que le taux de mortalité était élevé chez les patientes traitées avec succès pour des fistules. Il semble également y avoir un risque accru de fausse couche après une réparation de fistule.

Prévention des fistules

La prévention primaire de la fistule est l'étape la plus importante dans la lutte contre cette affection. Toutes les femmes doivent être suivies fréquemment pendant la période prénatale et un plan de naissance doit être discuté avec elles. Les femmes doivent être encouragées à accoucher avec l'aide de personnel qualifié, tel que des sages-femmes,

dans des centres de santé ou des hôpitaux, et à se rendre régulièrement à des consultations prénatales.

Réduire les délais avant une hospitalisation est une priorité pour les femmes souffrant d'un travail obstructif. Toutes les femmes enceintes doivent être encouragées à planifier et économiser de l'argent pour le transport lorsque le travail commence. Des véhicules de transport d'urgence doivent être mis en place pour permettre une prise en charge rapide des cas de travail obstructif.

Former les sages-femmes et les accoucheuses traditionnelles aux premiers signes d'un travail obstructif contribuera à prévenir les fistules. Un message simple à transmettre aux accoucheuses traditionnelles pourrait être qu'aucune femme en travail ne devrait voir le soleil se coucher deux fois pendant l'accouchement et qu'il faut demander conseil dès le début pour éviter les problèmes.

L'utilisation systématique des partogrammes dans les soins obstétricaux permet de détecter précocement un travail obstructif et d'améliorer la santé maternelle et néonatale.

Après un travail prolongé sans fuite urinaire, il est conseillé de laisser une sonde de Foley en place pendant 10 à 14 jours. En cas de FVV récente (c'est-à-dire dans les 3 à 4 semaines suivant l'accouchement), une sonde de Foley doit être laissée en place pendant 4 à 6 semaines. Certaines petites fistules guérissent complètement grâce à la décompression de la vessie, tandis que dans d'autres cas, leur taille diminue, ce qui facilite leur réparation. Les césariennes et les opérations gynécologiques doivent être pratiquées par des chirurgiens compétents utilisant un bon éclairage.

Il est nécessaire de renforcer la surveillance dans les régions où les taux de fistules sont élevés afin d'orienter les politiques gouvernementales vers l'amélioration des issues de grossesse pour les mères. Des centres spécialisés dans le traitement des fistules sont nécessaires pour fournir des soins optimaux dans le traitement, la réintégration et la réadaptation des femmes atteintes de fistules.

L'éradication des fistules obstétricales nécessite des services d'accouchement sûrs, assurés par des sages-femmes compétentes utilisant des partogrammes, et l'orientation rapide, en cas de travail

obstructif, vers un centre obstétrical d'urgence pour une césarienne rapide pratiquée par un chirurgien compétent. Lancée en 2013, la Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale est célébrée chaque année le 23 mai. Cette journée vise à améliorer la sensibilisation à la fistule obstétricale et à mobiliser le soutien mondial pour aider à éradiquer cette affection invalidante.

Prévention des déchirures de 3e et 4e degrés

Les traumatismes périnéaux, y compris les déchirures de 3e et 4e degrés, ont tendance à être la conséquence d'un accouchement rapide. Ils peuvent être évités grâce à un accouchement lent et contrôlé. Si la mère accouche en présence d'une sage-femme, celle-ci peut fléchir la tête du bébé, en soutenant le périnée pendant que la tête sort lentement, puis procéder à l'accouchement.

Le massage périnéal pendant la deuxième phase du travail et l'application de compresses chaudes peuvent aider à assouplir le périnée, facilitant ainsi l'accouchement. Cette pratique est courante dans certains centres.

Cependant, la réduction des déchirures pendant l'accouchement dépend de la disponibilité de sages-femmes formées et de techniques d'accouchement qualifiées. Dans les zones rurales, il y a souvent un manque de sages-femmes formées ou un ratio patientes/sages-femmes très élevé.

Ambassadrices pour la prévention des fistules

Les ambassadrices pour la prévention des fistules sont des femmes qui ont présenté une fistule obstétricale et qui retournent dans leur communauté en tant que militantes et agents du changement, afin de sensibiliser la population à la prévention des fistules obstétricales et contribuer à identifier d'autres patientes atteintes de fistule qui pourraient bénéficier d'un traitement. Elles ont besoin d'une petite formation pour acquérir les compétences nécessaires afin de sensibiliser leur communauté.

Considérations éthiques dans les soins infirmiers aux patientes présentant une fistule

La fistule obstétricale est une affection qui provoque une incontinence urinaire et/ou fécale chez les femmes, les rendant incapables de travailler

ou de prendre soin d'elles-mêmes. Elles sont souvent prises en charge par leur mère ou un parent proche. Les patientes atteintes de fistule sont généralement en âge de procréer, entre 18 et 45 ans, et ont très peu d'éducation formelle, ce qui les classe parmi les personnes les plus vulnérables de la société.

Cependant, il est important de garder à l'esprit que certaines femmes âgées de 70 à 80 ans qui se présentent pour une chirurgie de la fistule peuvent vivre avec cette affection depuis 40 à 50 ans. Ces femmes peuvent bénéficier d'une réparation efficace et ne doivent pas être rejetées en raison de leur âge.

Les fistules obstétricales persistent dans les communautés les plus défavorisées du monde, où les femmes ne disposent que de droits et d'opportunités limités.

Les codes de conduite et d'éthique professionnels des infirmières à travers le monde suivent des principes similaires et doivent être respectés par toutes les infirmières. Par exemple, en Ouganda, le code de conduite des infirmières souligne l'importance des droits humains, notamment le droit de chaque personne à la dignité et au respect, qui font partie intégrante des soins infirmiers.

Lorsqu'elles s'occupent de patientes atteintes de fistules, il est primordial que toutes les infirmières respectent ce code de conduite professionnel. En raison du faible niveau d'alphabétisation de nombreuses patientes, cela peut impliquer de prendre le temps d'expliquer en détail en quoi consistent le traitement/l'opération proposé(e) et la période de convalescence. En tant que membres importants de l'équipe de soins des fistules, les infirmières jouent un rôle essentiel en aidant les patientes à prendre des décisions thérapeutiques, tout en respectant les choix.

Toutes les patientes doivent être prises en charge et soutenues pendant leur séjour à l'hôpital, qu'il s'agisse de la surveillance quotidienne de leurs signes vitaux, du contrôle de leurs plaies, de leurs sondes ou simplement de vérifier qu'elles vont bien et ne souffrent pas. La confidentialité doit être préservée lors des actes médicaux intimes pratiqués sur les patientes, en utilisant des paravents autour des lits et en respectant la dignité et le droit à la vie privée des patientes.

Les jours et les semaines qui suivent l'opération, pendant lesquels les

patientes se déplacent dans le service avec leur sonde de drainage en attendant que leur plaie cicatrise, sont autant d'occasions de passer du temps avec elles et apprendre à les connaître individuellement. Cela donne aux infirmières le temps d'établir un lien réel avec les patientes, de connaître leur histoire et d'être en mesure de leur expliquer ce qui leur est arrivé. C'est également le moment idéal pour leur faire comprendre que leurs lésions ne sont pas dues à la sorcellerie, à des sortilèges ou à la malchance.

Conclusion

L'objectif de la réparation chirurgicale d'une fistule est de la fermer et de s'assurer qu'il n'y a plus d'incontinence, afin que la femme puisse réintégrer sa communauté, concevoir à nouveau si elle le souhaite et mener une vie normale. Des soins infirmiers holistiques de haute qualité sont essentiels pour atteindre cet objectif.

Ce livre vise à éduquer et à responsabiliser les infirmières qui s'occupent de femmes présentant des fistules et des déchirures périnéales. Grâce à une meilleure compréhension des expériences dévastatrices que ces femmes ont endurées et en suivant les conseils prodigués, nous espérons que davantage de femmes touchées pourront être aidées et que leur vie s'améliorera considérablement à l'avenir.

Bibliographie

Asimakopoulou, A.D., De Nunzio, C., Kocjancic, E., Tubaro, A., Rosier, P.F. and Finazzi-Agro, E. (2016) Measurement of Post-Void Urine. *Neurology and Urodynamics*. 35, 55–57.

Goh, J.W.T. and Krause, H.G. (2004) *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Kasamba, N., Kaye, D.K. and Mbalinda, S.N. (2013) Community awareness about risk factors, presentation and prevention and obstetric fistula in Nabitovu village, Iganga, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13, 229, P1–10.

R.J., Kopp, D.M., Wilkinson, J., Bengston, A., Chipungu, E., Pope, Moyo, M. and Tang, J.H. (2017) Fertility outcomes following obstetric fistula repair: a prospective cohort study. *Reproductive Health*. 14, 149, P1–8.

Knight, D.J.W. and Mahajan, R.P. (2004) Patient positioning in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia, Critical Care and Pain*. 4(5), 160–164.

Lang, D.S.P., Tho, P.C. and Ang, E.N.K. (2011) Effectiveness of the Sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders. *Japan Journal of Nursing Science*. 8, 115–128.

Lone, F., Sultan, A. and Thakar, R. (2012) Obstetric pelvic floor and anal sphincter injuries. *The Obstetrician and Gynaecologist*. 2, 14, 257–266.

Shallon, A., Ojengbede, O.A., Mugisha, J.F. and Odkogbe, A-T, A. (2018) Social Reintegration and Rehabilitation of Obstetric Fistula Patients Before and After Repair in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 13(2), 25, P1–11.

Von Vogelsang, A-C., Swenne, C.L., Gusafsson, B. A. and Brynhildsen, K.F. (2020) Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*. 7(2), 495–502.

Waldijk, K. (1995) Surgical classification of obstetric fistulas. *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*. 49(2), 161–163.

Walls, J. (2017) Patient positioning during anaesthesia: lithotomy. Clinical Pain Advisor. <https://www.clinicalpainadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/anesthesiology/patient-positioning-during-anesthesia-lithotomy>

Organisation mondiale de la santé (OMS) 2018. 10 facts on obstetric fistula. www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/

Annexes

Annexe A

COMMENT SE LAVER LES MAINS ?

LAVEZ-VOUS LES MAINS LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SALES ! SINON, UTILISEZ UN DÉSINFECTANT POUR LES MAINS.

 **Durée totale de la procédure : 40-60 secondes**



0
Mouillez vos mains avec de l'eau.



1
Appliquez suffisamment de savon pour couvrir toute la surface des mains.



2
Frottez vos mains paume contre paume.



3
Placez la paume droite sur le dos de la main gauche, les doigts entrelacés, puis inversez le mouvement.



4
Paume contre paume, doigts entrelacés.



5
Dos des mains contre les paumes opposées, doigts entrelacés.



6
Frottez en effectuant des mouvements rotatifs le pouce gauche dans la paume droite, puis inversez le mouvement.



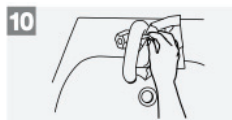
7
Frottez vos mains en les tournant, d'avant en arrière, en joignant les doigts de la main droite dans la paume gauche et vice versa.



8
Rincez vos mains à l'eau.



9
Séchez-vous soigneusement les mains avec une serviette à usage unique.



10
Utilisez une serviette pour fermer le robinet.



11
Vos mains sont désormais propres.

Soins des mains

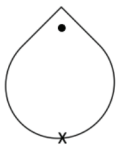
- Prenez soin de vos mains en utilisant régulièrement une crème ou une lotion protectrice, au moins une fois par jour.
- Ne vous lavez pas systématiquement les mains à l'eau et au savon immédiatement avant ou après avoir utilisé un gel désinfectant pour les mains.
- N'utilisez pas d'eau chaude pour vous rincer les mains.
- Après vous être frotté les mains ou les avoir lavées, laissez-les sécher complètement avant d'enfiler des gants.

N'oubliez pas

- Ne portez pas de faux ongles ou d'extensions lorsque vous êtes en contact direct avec des patients.
- Gardez vos ongles courts et naturels.

Annexe B

Fiche d'observation



Nom de la patiente.....

Opération.....

Chirurgien.....

Date								
Date de l'opération	0	1	2	3	4	5	6	7
Hydratation								
Drainage								
Contenance								
Température								
Date								
Date de l'op.	8	9	10	11	12	13	14	15
Hydratation								
Drainage								
Contenance								
Température								
Date								
Date de l'op.	16	17	18	19	20	21	22	23
Hydratation								
Drainage								
Contenance								
Température								

Annexe C

Exercices du plancher pelvien

(Brochure d'information destinée aux patientes)

Les exercices du plancher pelvien renforcent les muscles entourant la vessie, le vagin et l'anus.

Le renforcement des muscles du plancher pelvien peut aider à mettre fin à l'incontinence et à traiter le prolapsus.

Ces exercices sont bénéfiques tant pour les hommes que pour les femmes.

Trouvez vos muscles du plancher pelvien

Vous pouvez sentir vos muscles pelviens si vous essayez d'arrêter le jet d'urine lorsque vous allez aux toilettes.

Il n'est pas recommandé d'interrompre régulièrement votre jet d'urine en cours de miction, car cela peut être nocif pour la vessie.

Exercices du plancher pelvien

Pour renforcer vos muscles pelviens, asseyez-vous confortablement et contractez les muscles 10 à 15 fois de suite.

Ne retenez pas votre respiration et ne contractez pas en même temps les muscles de votre ventre, de vos fesses ou de vos cuisses.

Lorsque vous serez habituée à faire des exercices du plancher pelvien, vous pourrez essayer de maintenir chaque contraction pendant quelques secondes.

Chaque semaine, vous pouvez ajouter davantage de contractions, mais veillez à ne pas en faire trop et à toujours vous reposer entre les séries de contractions.

Après quelques mois, vous devriez commencer à constater des résultats. Vous devez continuer à faire ces exercices, même lorsque vous remarquez qu'ils commencent à porter leurs fruits.



Ishbel avec Annet, Joan et Joanta, infirmières spécialisées dans les fistules à Kamuli



Ian Asiimwe avec l'infirmière Scovia



Mhairi et Ishbel

À propos des auteurs

**Ishbel Marion Campbell, RGN, RSCN, NMP, MSc
en soins infirmiers avancés (clinique), DTN**

Ishbel Campbell est une infirmière en pratique avancée travaillant dans le domaine de la médecine générale au Royaume-Uni. Depuis 12 ans, elle se rend plusieurs fois par an en Ouganda et dans d'autres pays africains avec le Docteur Mhairi Collie et l'équipe élargie de l'Uganda Childbirth Injury, où elle travaille aux côtés des infirmières qui s'occupent des patientes ayant subi des traumatismes liés à l'accouchement. Elle est administratrice et secrétaire de l'Uganda Childbirth Injury Fund.

**Ian Shane Asiimwe, MBChB, MMED en chirurgie, MSchM, FMAS,
F. en urologie, chirurgien de la fistule**

Ian Shane Asiimwe est chirurgien général consultant en Ouganda, qui compte de nombreuses années d'expérience en tant que chirurgien spécialisé dans le traitement des fistules. La charge des lésions obstétricales est très élevée en Ouganda, un pays dans lequel il visite de nombreux hôpitaux pour opérer les femmes affectées qui sont rassemblées au sein de camps de traitement des fistules. Il forme et a déjà formé de nombreux médecins et infirmières en urogynécologie féminine pour la prise en charge des patientes présentant des fistules. Il a présenté et publié plusieurs articles lors de conférences sur les fistules, ainsi que dans des revues à comité de lecture. Il est membre du groupe national Fistula Technical Working Group, de l'International Society of Obstetric Fistula Surgeons et de l'initiative de formation à la chirurgie de la fistule de la FIGO.

