

4 PREPARATION PREOPERATOIRE

La patiente est-elle en mesure d'être opérée ?

Les résultats varient d'un pays à l'autre. En Ouganda, la plupart des patientes sont en bon état général et prêtes à être opérées après une journée de préparation. En Éthiopie, un plus grand nombre de patientes sont faibles et mal nourries, et quelques-unes souffrent de contractures. Il est toujours conseillé d'améliorer d'abord l'état général de la patiente par une meilleure alimentation, des suppléments de fer et de vitamines, des vermifuges et le traitement des autres pathologies. Les contractures doivent être traitées avant l'opération si possible. J'ai traité un certain nombre de fistules avant de traiter les contractures, mais il est difficile de placer la patiente dans une position adéquate pour opérer et accéder à la fistule.

L'hémoglobine doit être dosée. Dans l'idéal, le taux devrait être supérieur à 10 g/dl, mais des taux inférieurs peuvent être acceptés pour les cas simples, lorsque les pertes de sang sont minimales. Pour les cas difficiles, le groupe sanguin doit être déterminé. Une transfusion est parfois conseillée, mais il est généralement plus simple et plus sûr de rechercher les causes de l'anémie et de la traiter, d'ajouter du fer et d'attendre. En 1993, John Kelly a publié un article montrant qu'un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl était associé à un taux d'échec plus élevé.

Il n'est pas surprenant que plusieurs études aient confirmé que de nombreuses patientes souffrent de dépression sévère (voir la rubrique « Santé mentale et lectures complémentaires » du chapitre 1). Une prise en charge empathique s'impose, mais aucun « *counselling* » n'améliorera l'état mental d'une patiente tant qu'elle n'aura pas été guérie de son incontinence permanente.

Domages neurologiques et physiothérapie

Les lésions neurologiques sont le signe d'une lésion grave et elles indiquent presque toujours la présence d'une fistule recto-vaginale. À l'extrême, la patiente peut être incapable de marcher immédiatement après l'accouchement en raison d'une ischémie du plexus lombo-sacré. (Figure 4.1) L'immobilité peut entraîner des ulcères de décubitus, aggravés par la présence d'une anesthésie en selle.

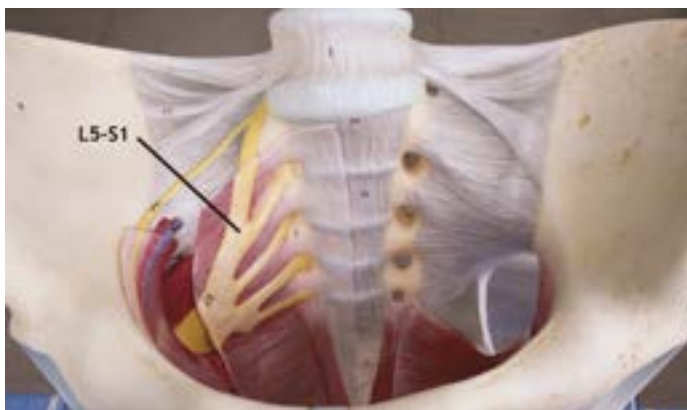


Figure 4.1

Les racines nerveuses L5-S1 sont susceptibles d'être lésées en cas de travail obstructif.

Des soins infirmiers adéquats permettent d'améliorer l'état de la majorité des patientes. (Figure 4.2) Avec une bonne alimentation et la mobilisation active et passive de toutes les articulations, la force motrice et la perte sensorielle s'améliorent, bien que le steppage (en raison de la lésion de la racine L5) se rétablisse en dernier. Après deux ans, 87 % d'entre elles seront rétablies. La mise en place d'attelles permet d'éviter les contractures en flexion plantaire. Toutefois, elles ne doivent pas se substituer à l'exécution d'une gamme complète de mouvements sur toutes les articulations affectées, plusieurs fois par jour. Le steppage résiduel, en particulier si une flexion plantaire fixe a pu se développer, est un handicap grave qui entrave les capacités de la patiente dans ses activités quotidiennes.



Figure 4.2

a) Cette patiente est arrivée deux semaines seulement après son accouchement et ne pouvait que ramper. Elle présentait une fistule vésico-vaginale et recto-vaginale. b) Après une semaine de physiothérapie, d'exercices et d'encouragements, elle pouvait marcher avec un support, bien qu'elle souffrait d'un steppage bilatéral. La patiente a été opérée, les deux fistules ont été refermées, mais elle souffrait d'incontinence d'effort, mais elle est rentrée chez elle en marchant sans support. Après six mois, elle présentait un léger steppage d'un seul côté et une incontinence légère à l'effort persistait.

Il est facile de comprendre comment, en l'absence de toute aide médicale, des contractures se forment, surtout si la patiente a été repoussée et reste allongée dans la même position pendant des jours, en espérant que l'incontinence s'arrête. (Figure 4.3) Cette situation est particulièrement fréquente dans la société éthiopienne, où de nombreuses patientes étaient des filles mariées dans des régions reculées. Environ 2 % des patientes qui se présentent à l'hôpital de la fistule d'Addis-Abeba souffrent de contractures graves. Elles nécessitent des mois d'exercices d'étirement passif avant de pouvoir faire l'objet d'une réparation. Un service de physiothérapie spécialisé permet d'améliorer considérablement les contractures graves à temps. (Figure 4.4)



Figure 4.3

a) Heureusement, nous ne voyons plus que rarement des contractures de ce type. Autrefois, elles étaient plus fréquentes. Cette femme a été couchée dans un sac pendant six mois. Les fistules ont été réparées avant qu'elle ne puisse marcher, sur un modèle de camp pour la réparation.



Figure 4.3 (suite)

Elle est revenue au camp suivant, guérie de son incontinence, mais elle n'avait pas poursuivi sa physiothérapie et était toujours incapable de marcher.

Explication

Il est évident que la patiente doit être préparée à ce qui va se passer dans la salle d'opération et doit donner son consentement. Elle doit être informée de la durée du séjour postopératoire, de la durée du maintien de la sonde et des restrictions de ses activités. Elle et la personne qui l'accompagne doivent comprendre qu'elles ne doivent pas se précipiter chez eux immédiatement après le retrait de la sonde. Il serait judicieux que les chirurgiens opérant les cas difficiles avertissent la patiente des limites de la chirurgie en ce qui concerne la guérison, y compris le risque d'incontinence persistante, afin de ne pas susciter des attentes trop élevées. Cette situation peut être difficile à expliquer. La plupart des patientes souffrant d'une fistule ont reçu une éducation très limitée, voire inexistante. Il faut faire preuve de beaucoup de patience et d'empathie.

Préparation intestinale

Il est préférable que le rectum soit vide pendant l'opération afin d'éviter toute fuite par l'anus. Dans l'idéal, la patiente devrait faire l'objet d'un lavement la veille. Toutefois dans la réalité, les lavements sont oubliés ou administrés à la dernière minute, ce qui entraîne souvent une

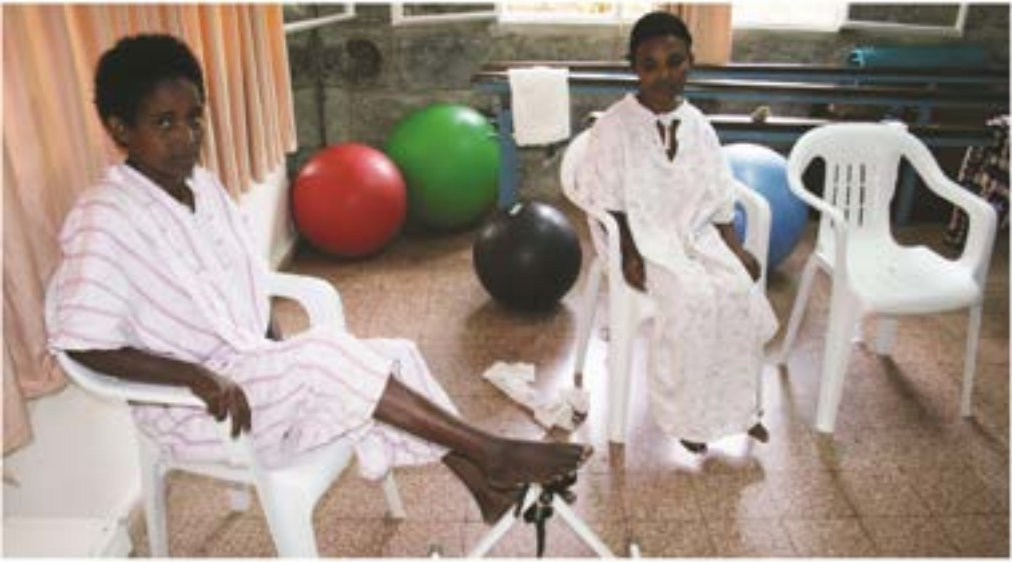


Figure 4.4

Certains centres disposent de services de physiothérapie bien équipés, qui sont essentiels pour aider les patientes à retrouver leur mobilité et leur force.

contamination au cours de l'opération. Il est largement préférable de ne pas effectuer de lavement du tout et simplement de faire jeûner la patiente à partir de minuit la veille de l'opération, puis de s'assurer qu'elle a fait ses besoins avant d'arriver à la salle d'opération : c'est ma politique pour les lésions de la vessie.

Dans les cas de fistule recto-vaginale ou de réparation du sphincter, un lavement doit être administré le soir précédant l'opération et la patiente doit être limitée à un régime uniquement liquide la veille.

Dans le cas peu fréquent d'une fuite anale gênante, j'administre un lavement en salle d'opération, je nettoie et j'effectue une suture en bourse temporaire de l'anus, puis je poursuis l'opération. Veillez à retirer cette suture à la fin de l'intervention. Les fuites fécales contaminent le champ opératoire. Pour ce type de cas, j'administre une dose de métronidazole avec les antibiotiques prophylactiques que j'utilise habituellement dans la salle d'opération, et je poursuis le traitement pendant 24 à 48 heures après l'opération.

Contrôler régulièrement la patiente après l'opération. Elle peut continuer à faire ses besoins au lit après l'intervention, c'est-à-dire tant que l'anesthésie rachidienne fait effet et qu'elle ne peut pas se lever pour aller aux toilettes. Ces fuites peuvent contaminer le champ opératoire.

Hydratation

Laissée à elle-même, la patiente se rendra à la salle d'opération déshydratée, car elle essaiera de réduire son incontinence. C'est une mauvaise chose pour un certain nombre de raisons :

- La patiente peut être en hypotension sous anesthésie rachidienne.
- Cela rend l'identification des orifices urétéraux plus difficile.

- Le débit urinaire sera faible après l'opération, ce qui prédispose la patiente à une obstruction de la sonde. Une plus grande quantité de liquides intraveineux sera nécessaire pendant et après l'opération. Ce qui est coûteux.

Par conséquent, dès que la décision d'opérer est prise, demander à la patiente de commencer à boire beaucoup de liquides variés, en ne s'arrêtant que quatre heures avant l'opération. Si elle boit suffisamment, l'urine doit s'écouler lorsqu'elle se tient debout, les jambes écartées. (Figure 4.5) Avant qu'elle ne se rende à la salle d'opération, mettre en place une perfusion intraveineuse de sérum physiologique.

Attention à l'hyponatrémie, une affection très rare, mais grave. (Voir la rubrique « Consommation de boissons » du chapitre 11)



Figure 4.5

Une patiente bien hydratée présente un écoulement d'urine. (Avec l'aimable autorisation de Kees Waaldijk)