

5 DANS LA SALLE D'OPERATION

Anesthésie

L'anesthésie rachidienne est la méthode préférée pour tous les cas de fistule. (Figure 5.1) La plupart des chirurgiens de la fistule ont l'habitude d'effectuer eux-mêmes l'anesthésie rachidienne et de pratiquer ensuite l'opération. La plupart des pays ont formé davantage d'infirmières en anesthésie et cette pratique est désormais rare. La bupivacaïne 0,5 % dans du glucose (Marcaïn Heavy) est idéale pour l'anesthésie de longue durée, bien que la lidocaïne 5 % dans du glucose 7,5 % puisse voir sa durée prolongée par l'ajout d'adrénaline (épinéphrine). La technique privilégiée par certains consiste à aspirer de l'adrénaline à 1 pour 1 000 dans la seringue, à l'expulser et à aspirer ensuite la lidocaïne. L'humidification de l'intérieur de la seringue fournit suffisamment d'adrénaline.



Figure 5.1

Position satisfaisante pour administrer une anesthésie rachidienne, bien que toutes les patientes ne puissent pas se pencher autant. (Avec l'aimable autorisation de Kees Waaldijk)



Figure 5.2

La patiente reste assise pendant 5 à 10 minutes, le temps que l'anesthésie rachidienne fasse son effet, ou bien on l'allonge après quelques minutes en veillant à ce que sa tête soit légèrement surélevée. Sur cette photo, la tête et le haut du dos de la patiente sont surélevés sur des oreillers.

La dose habituelle est de 2 cm³ de lidocaïne 5 % dans du glucose 7,5 % ou de 2 cm³ de Marcain Heavy (bupivacaïne). Certains chirurgiens font asseoir la patiente pendant 5 minutes ; d'autres l'allongent, la tête légèrement relevée, et attendent qu'elle ait perdu toute force et toute sensation avant de lui relever les jambes ; d'autres encore l'allongent et lui placent immédiatement les jambes dans des étriers. Il est essentiel que la tête ne soit pas orientée vers le bas pendant au moins 10 minutes, jusqu'à ce que l'anesthésie ait été absorbée, sinon la paralysie du centre respiratoire peut être fatale par la remontée de l'anesthésie rachidienne. (Figure 5.2) Lorsque j'effectue moi-même l'anesthésie rachidienne, je préfère asseoir la patiente jusqu'à ce qu'elle commence à perdre la force de ses jambes, puis l'allonger et la placer dans la bonne position.

Si les circonstances vous obligent à procéder vous-même à l'anesthésie rachidienne et à opérer sans anesthésie de secours, assurez-vous de pouvoir terminer l'opération avant que l'anesthésie ne s'estompe. Les chirurgiens moins expérimentés risquent de ne pas se sentir à l'aise pour opérer sans assistance anesthésique et je le leur déconseille. Dans certains cas, les chirurgiens ont besoin de péthidine ou parfois de kétamine pour terminer l'opération, car des urgences inattendues peuvent survenir à tout moment.

Certains chirurgiens préfèrent passer occasionnellement à une approche abdominale après une évaluation par voie vaginale sous anesthésie rachidienne. Si la patiente reste d'abord allongée pendant 5 minutes, l'anesthésie rachidienne doit être suffisamment intense pour permettre une approche abdominale inférieure, mais il est essentiel de disposer d'une anesthésie de secours en cas de difficultés au cours d'une opération abdominale.

Antibiotiques

Certains chirurgiens prescrivent des antibiotiques pendant toute la période postopératoire, tandis que d'autres préfèrent ne pas en prescrire.

Le fait que l'infection résulte généralement d'une contamination au cours de l'opération est bien connu. Une pratique fréquente de la communauté de la fistule consiste à administrer une dose intraveineuse unique de 160 mg de gentamicine en même temps que l'anesthésie, avant le début de l'opération. J'ajoute 400 mg de métronidazole par voie intraveineuse pour les cas de déchirures du sphincter et de fistules recto-vaginales. Cette pratique est largement basée sur une série non publiée que nous avons réalisée à Addis-Abeba il y a une vingtaine d'années. Nous avons effectué des écouvillonnages vaginaux sur 100 patientes consécutives ; tous ont montré une croissance d'*E. coli* et presque tous étaient résistants à l'ampicilline, mais sensibles à la gentamicine. L'ajout de métronidazole pour les cas rectaux n'a pas été étudié, mais semble judicieux.

Nous poursuivons l'administration d'antibiotiques pendant 24 à 48 heures, uniquement en cas de contamination fécale accidentelle ou en présence d'une autre indication infectieuse.

Instruments

Instruments de base

Pour les fistules simples, les instruments suivants sont nécessaires (Figure 5.3) :

- Spéculum vaginal Auvard
- Ciseaux à dissection de haute qualité



Figure 5.3

Une trousse d'instruments standard pour fistule.

- Pince de dissection à griffes
- Porte-aiguille
- Ciseaux à sutures
- Pincers Allis
- Pince hémostatique
- Sonde métallique
- Petite sonde pour identifier les uretères
- Lame n° 15 (non illustrée) et manche de bistouri
- Récipients, tels que haricots et coupelles

Instruments supplémentaires

Pour l'ensemble des opérations sur les fistules, certains instruments plus spécialisés sont également utiles.

Écarteurs

- Spéculum Sims pour exposer l'intérieur de la vessie
- Petit écarteur Langenbeck pour accéder au fornix vaginal
- Spéculum vaginal Auvard Idéalement, il devrait être disponible avec des lames vaginales courtes et longues et avec différentes angulations.

Ciseaux

La plupart des chirurgiens ont leurs ciseaux préférés ; les nôtres sont les suivants (Figure 5.4) :

- Ciseaux pour amygdales Boyd-Stille permettant une dissection fine
- Ciseaux Thorek, très incurvés à l'extrémité
- Ciseaux pour fistules Kelly destinés à couper dans la cicatrice



Figure 5.4

Tous les chirurgiens ont leurs ciseaux préférés. Voici les plus populaires parmi les chirurgiens de la fistule. Ils sont extrêmement tranchants, avec une pointe fine pour a) et c). a) Boyd Stille. b) Thorek. c) Stille-Matarasso.



Figure 5.5

Ces aiguilles sont exceptionnellement bien adaptées pour travailler dans les espaces difficiles d'une opération de fistule. a) Un Monocryl sur une aiguille 5/8 de 26 mm. b) Un Vicryl 2-0 sur une aiguille 5/8 de 36 mm. Toutes deux ont une forme incurvée et sont très résistantes. Elles peuvent traverser le périoste si nécessaire.

Sutures et aiguilles

(Voir la Figure 5.5) Ne jamais utiliser de sutures non résorbables, car un calcul peut se former ultérieurement dans la vessie.

Le choix des sutures peut être dicté par le matériel disponible. Certains stocks de catgut chromé ne sont pas fiables et nous préférons éviter de l'utiliser, car il se dissout très rapidement. Le Vicryl 2-0 et 3-0 serait le premier choix de la plupart des chirurgiens, s'il est disponible. Les nouvelles sutures résorbables monofilament sont très agréables à utiliser.

Pour la fermeture de la vessie, il est préférable d'utiliser des aiguilles demi-cercle de 26 mm, solides et de forme arrondie. Pour les interventions plus avancées sur les fistules, les aiguilles en J à chas sont d'une grande utilité, mais elles sont désormais très difficiles à trouver.

L'aiguille parfaite pour une suture est une aiguille 5/8 de cercle de 26 mm déjà sertie avec un Vicryl 2-0, mais elle est chère. Nous la réservons à la suture des angles difficiles, des réparations circonférentielles et des emplacements profonds. Une fois que vous aurez utilisé des aiguilles 5/8 de cercle, vous ne voudrez plus jamais utiliser autre chose !

Une aiguille tranchante plus grande peut être utilisée pour fixer les sutures à travers le périoste si nécessaire, bien que l'aiguille 5/8 d'Ethicon soit suffisamment solide pour le faire.

Table d'opération

L'utilisation d'une table d'opération inclinée d'au moins 50°, équipée de supports d'épaules et d'étriers, est conseillée pour l'ensemble des interventions chirurgicales. (Figure 5.6) Les réparations des fistules plus simples peuvent être effectuées avec une inclinaison plus faible et sans support d'épaules.



Figure 5.6

Bon modèle de table pour la chirurgie de la fistule. Notez la forte inclinaison, les supports d'épaules et les étriers sécurisés. Le support de jambes est ici en place, mais doit être retiré.

Éclairage

Un simple projecteur suffit pour les cas faciles. (Figure 5.7) Dans les situations où l'alimentation électrique est irrégulière, il peut être nécessaire d'opérer à la lumière du jour. (Figure 5.8) Placer la table près d'une grande fenêtre. Dans certains hôpitaux, une gamme complète de matériel d'éclairage est disponible. (Figure 5.9)

Comme nous opérons dans divers hôpitaux où l'éclairage est imprévisible (Figure 5.10), nous préférons disposer de notre propre source d'éclairage indépendante. (Figure 5.11) La lampe à pince pour lunettes peut être utilisée ou être fournie avec une monture de lunettes neutre.



Figure 5.7
Un projecteur simple.



Figure 5.8
Kees Waaldijk opérant à la lumière du jour à Katsina.



Figure 5.9
Un système d'éclairage très sophistiqué à Addis-Abeba, en Éthiopie.



Figure 5.10
Une ampoule cassée, ce qui est très fréquent



Figure 5.11

Deux exemples de lampes frontales : a) une lampe simple qui se fixe sur les lunettes, b) une très belle lampe puissante sur un bandeau. Les deux lampes frontales sont dotées d'une batterie qui peut être placée dans la poche de votre chemise et être allumée à travers votre blouse chirurgicale.

La batterie rechargeable peut être placée dans une poche de votre blouse, puis s'allumer et s'éteindre à travers une blouse stérile. Elle fournit un éclairage puissant pendant 4 heures.

Position sur la table

La tête doit être en position la plus basse et la table la plus inclinée possible. (Figure 5.12) Toutefois, il est essentiel de disposer de supports d'épaules de très bonne qualité, faute de quoi la patiente glissera le long du lit pendant l'opération.



Figure 5.12

John Kelly démontrant la position correcte d'une patiente, tête basse et table inclinée.

Les fesses de la patiente doivent bien dépasser de l'extrémité de la table et les cuisses doivent être bien fléchies au-dessus de l'abdomen avec des étriers. (Figure 5.13) Si vous souhaitez une inclinaison se rapprochant de la position de Trendelenburg, vous pouvez placer des coussins ou des oreillers supplémentaires sous les fesses de la patiente. (Figure 5.14)



Figure 5.13

Lorsqu'il n'y a pas de supports d'épaules, les fesses de la patiente doivent pendre au-delà de l'extrémité du lit, le sacrum dépassant juste l'extrémité du lit. La visibilité sera entravée s'il est trop proche du lit, provoquant le glissement des fesses vers le bas. Il est à noter que les cuisses sont bien fléchies.



Figure 5.14

Cette table d'opération n'était pas assez inclinée, mais il est possible de surélever la patiente à l'extrémité du lit en plaçant un oreiller sous elle, sur le bord du lit. Les fesses de cette patiente dépassaient suffisamment de l'extrémité du lit, les étriers étaient bien placés et soulevaient les jambes, et la visibilité était bonne pour le chirurgien, l'assistant et l'instrumentiste.

Position du chirurgien

Le chirurgien doit adopter une position confortable. (Figures 5.15 et 5.16)



Figure 5.15

La table est trop basse, ce qui oblige le chirurgien à se pencher. Le chirurgien finira par développer des douleurs dorsales.



Figure 5.16

Le champ opératoire doit être à la hauteur des yeux et le chirurgien doit garder une bonne posture tout au long de l'opération.