

11 SOINS INFIRMIERS POSTOPERATOIRES DE LA PATIENTE PRESENTANT UNE FISTULE

Une bonne opération peut être gâchée par un suivi négligent. Il incombe au chirurgien de s'assurer que les infirmières et le personnel soignant savent ce qu'il faut faire. En réalité, les infirmières seront peu nombreuses et peu familiarisées avec la réparation des fistules. Les soins postopératoires doivent donc être aussi simples que possible.

La patiente doit être à tout moment :

- Continente
- Hydratée
- Sondée

Être continente

Plusieurs causes peuvent être à l'origine de l'incontinence :

- La sonde est bloquée.
- La réparation a échoué.
- Il existe une fuite urétrale.
- Une deuxième fistule, vésicale ou urétérale, n'a pas été détectée.

Sonde bloquée

Ce problème est grave, mais il est facile d'y remédier (voir ci-dessous la section sur le sondage). Cette situation ne devrait pas être fréquente si la patiente consomme beaucoup de liquide, à moins que la sonde ne soit simplement pliée.

Échec de réparation

Cela devrait être très peu probable si le chirurgien a choisi un cas simple et l'a bien réparé. En cas de doute, un test au bleu de méthylène doit être effectué.

Fuite urétrale

En plus de s'écouler par la sonde, l'urine s'écoule parfois le long de la sonde. Ce phénomène est plus fréquent si des sondes urétérales sont en place en plus de la sonde de Foley, car il y a trois tubes dans l'urètre, ce qui entraîne son ouverture. Ce problème disparaît généralement lorsque les sondes urétérales sont retirées. Si la patiente a des pertes autour de la sonde alors que seule la sonde de Foley est en place, cela peut suggérer que l'urètre fonctionne mal. Le symptôme typique est que la patiente se sent mouillée lorsqu'elle est debout ou lorsqu'elle marche, mais non lorsqu'elle est couchée.

Une inspection minutieuse de l'urètre lors de l'irrigation de la vessie permet d'identifier le problème. Malheureusement, il n'y a pas vraiment de mesures à prendre, et cela indique généralement qu'elle souffrira d'incontinence urétrale ou d'incontinence d'effort lorsque la sonde sera retirée.

Parfois, les patientes se plaignent de crampes dans le bas-ventre accompagnées d'une sensation d'humidité. Cela suggère des spasmes de la vessie produisant une fuite autour de la sonde. Rassurer la patiente, car ces problèmes se résolvent toujours spontanément. Le bromure de scopolamine (Buscopan) peut aider, bien que son action sur la vessie soit faible. L'oxybutynine est beaucoup plus efficace si elle est disponible. L'amitriptyline, utilisée comme anticholinergique, est une bonne alternative à l'oxybutynine, si celle-ci n'est pas disponible.

Deuxième fistule non décelée, urétérale ou vésicale

Une deuxième fistule vous a peut-être échappé pendant l'opération. Une simple fistule vésico-vaginale basse peut coexister avec une fistule intra-cervicale ou urétérale (cette dernière pouvant être iatrogène lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie effectuée pour rupture de l'utérus). Il est à noter qu'un test au bleu de méthylène à la fin de la réparation pourrait révéler la fistule cervicale (à moins qu'elle ne soit minuscule) (Figure 11.1), mais ne montrerait pas de fuite urétérale. Si la patiente est manifestement incontinente par le vagin et que le test au bleu de méthylène est négatif, il est préférable de la ramener en salle d'opération et de l'examiner sous sédation légère pour effectuer un autre test au bleu de méthylène et exclure la possibilité d'une fistule urétérale. Une fistule urétérale est facilement traitée par une seconde opération visant à réimplanter l'uretère affecté dans la vessie.



Figure 11.1

Le test au bleu de méthylène effectué dans la salle d'opération a révélé une deuxième fistule intra-cervicale haute après la fermeture d'une fistule distale. Elle aurait facilement pu ne pas être mise en évidence et la patiente aurait montré une incontinence par la suite.

Hydratée

Il est recommandé de boire beaucoup de liquides. Cette recommandation doit être mise en œuvre avant l'opération et poursuivie jusqu'au retrait de la sonde. De nombreuses patientes peuvent être réticentes à l'idée de boire beaucoup. Elles sont habituées à boire peu pour réduire leur incontinence. Elles peuvent craindre que le fait de trop boire ne compromette la réparation. Il faut les rassurer en leur garantissant le contraire.

Une urine concentrée prédispose aux infections urinaires et à l'accumulation de débris, qui eux-mêmes prédisposent à une obstruction.

La patiente peut commencer à boire dès son retour de la salle d'opération si elle a bénéficié d'une anesthésie rachidienne, et la voie veineuse peut être retirée le soir même, si elle boit suffisamment. La patiente doit rester allongée pendant 24 heures afin de réduire le risque de céphalée post-rachianesthésie. (Figure 11.2)

Il n'est pas nécessaire d'enregistrer le débit urinaire, sauf pendant la phase postopératoire immédiate. Avec la méthode de drainage ouvert, il est facile de voir d'un coup d'œil si la patiente boit suffisamment. Observer les gouttes et la couleur. (Figure 11.3) J'explique généralement aux patientes qu'elles doivent boire suffisamment d'eau pour que l'urine qui sort soit de la même couleur que l'eau qui entre.



Figure 11.2

La patiente est encouragée à rester couchée jusqu'au lendemain de l'opération. Cela permet de réduire les risques de céphalées post-rachianesthésie.

Un mot de mise en garde

Il arrive qu'une patiente suive ce conseil à l'excès et boive beaucoup trop. Cela peut conduire à une intoxication par l'eau (hyperhydratation) avec hyponatrémie. Elle se traduit par une confusion et un coma, pouvant aller jusqu'au décès. En cas de suspicion, la patiente doit être traitée avec du sérum physiologique à 0,9 % (hypertonique si possible) et du furosémide pour favoriser la diurèse.

Drainage

Le drainage libre de l'urine dépend de l'entretien adéquat de la sonde. Si une sonde se bloque, l'urine peut passer à côté ou, pire encore, la vessie se remplit, la pression augmente et l'urine finit par s'écouler à travers la réparation. La réparation est alors vouée à l'échec.

Principes des soins de la sonde

- Rien ne doit tirer sur la sonde.
- La sonde ne doit pas se bloquer ni tomber.

La sonde peut être fixée en salle d'opération par une suture au mont pubien (mont de Vénus) ou par une bande adhésive à l'abdomen. Le point de suture de la sonde de Foley devient douloureux après quelques jours, c'est pourquoi je préfère utiliser une bande adhésive. Une bande adhésive de bonne qualité est difficile à trouver et doit être remplacée régulièrement. De nombreuses femmes utilisent de la vaseline sur leur peau, ce qui rend la fixation de la bande impossible. Il faut tout d'abord retirer la vaseline de la peau.



Figure 11.3

a) Une patiente est assise dans son lit et boit. La couleur claire de l'urine dans le tube de drainage et l'urine qui s'écoule dans le bassin est immédiatement visible. b) Urine concentrée remplie de débris postopératoires qui risquent d'obstruer la sonde. Ils devraient être facilement évacués en buvant beaucoup. c) Cette urine est trop concentrée et la patiente doit être encouragée à boire davantage. d) J'indique généralement à la patiente de boire suffisamment d'eau pour que l'urine soit de la même couleur que l'eau qu'elle boit.

Le principe de la fixation de la sonde est d'empêcher toute traction accidentelle sur la sonde lorsque la patiente est déplacée de la salle d'opération à la salle de soins et, à d'autres moments, lorsqu'elle bouge dans son lit et lorsqu'elle se déplace. Cette traction peut tirer le ballonnet de la sonde contre le col de la vessie et la réparation de la fistule. Certains préfèrent la fixer à la cuisse avec une bande adhésive. Le bandage de la cuisse se détache souvent et la sonde peut se tordre

lorsque la patiente se tourne. De plus, si la sonde est fixée à la cuisse, elle sera tirée et se déplacera à chaque pas lorsque la patiente marchera, tirant le ballonnet de la sonde contre la réparation de la fistule à l'intérieur de la vessie et risquant de l'endommager. Une autre solution consiste à fixer la sonde à l'abdomen sur la ligne médiane. (Figure 11.4) Noter que la sonde doit être suffisamment lâche entre l'orifice urétral et la bande. Veiller à ce que la poche à urine soit au-dessous du niveau de la vessie afin que l'urine s'écoule dans la poche. Si la poche à urine est plus haute que la vessie, l'urine s'écoulera de la poche dans la vessie et la remplira.



Figure 11.4

La sonde est fixée sur la ligne médiane. Noter que la bande est pincée entre la sonde et la peau et que la sonde n'est pas trop tendue entre la bande et la vessie pour s'assurer qu'il n'y ait pas de tension.

Poches de drainage ou non ?

Le drainage fermé est idéal, mais il nécessite des soins infirmiers vigilants et des poches de bonne qualité. (Figure 11.5a) D'après notre expérience, le principal problème est que les poches peuvent se remplir de manière excessive, en particulier la nuit (Figure 11.5b), lorsque les infirmières sont peu nombreuses et gênées dans leur travail par les fréquentes coupures de courant. Un autre problème courant est que la poche de la sonde est posée sur le sol à côté du lit pendant la nuit. Le tube reliant la poche à la sonde de Foley est souvent court et le poids de la poche d'urine sur le sol tire sur la sonde de Foley.

Sauf s'il est certain que le personnel peut s'occuper d'une poche drainable, nous recommandons une alternative simple.



Figure 11.5

a) Une poche à urine coûteuse munie d'un long tube. Elles sont rarement disponibles.
 b) La poche à urine couramment utilisée. Noter que le tube est court et que la poche est maintenant pleine. Elle tire sur la sonde et risque de déborder.

L'option la plus simple et la plus sûre est le drainage ouvert par sonde. La sonde est reliée à un tube en plastique qui s'écoule directement dans un bassin situé sous le lit (Figure 11.6). La patiente peut bouger librement dans son lit et aucune tension ne s'exerce sur sa sonde. Il est facile de voir que l'urine s'écoule en observant les gouttes, et il est peu probable qu'un problème survienne pendant la nuit. Il s'agit d'un aspect essentiel lorsque 60 patientes doivent être surveillées simultanément, comme c'est le cas dans certains de nos ateliers.

L'infection ne devrait pas poser de problème si le débit urinaire est élevé.



Figure 11.6

a) et b) Système de drainage ouvert. Il est peu probable qu'un problème survienne au cours de la nuit.

Sonde bloquée

Il s'agit d'une urgence, car cela peut entraîner l'échec de votre réparation ! Les signes et symptômes d'une sonde bloquée sont les suivants :

- La patiente a l'impression que sa vessie est pleine.
- Elle est incontinente (en raison d'une fuite autour de la sonde ou à travers la réparation si elle s'est déjà rompue).
- L'urine cesse de s'écouler dans le bassin. Cette situation passe inaperçue pendant un certain temps lorsque l'on utilise un système de drainage fermé.

Des mesures doivent être prises immédiatement.

- Examiner la sonde. (Figure 11.7) D'après notre expérience, une sonde vrillée ou pliée est la cause la plus fréquente de l'arrêt du drainage. Une vigilance constante de la part de la patiente et du personnel est nécessaire.
- Examiner la patiente. La vessie est-elle palpable ? Si c'est le cas, débloquer immédiatement la sonde en la rinçant doucement avec du sérum physiologique à l'aide d'une seringue pour vessie. Un volume maximum de 20 cm³ est suffisant. Si la vessie est petite, il y a un risque d'excès. En cas d'échec, changer la sonde, car elle est souvent obstruée. (Figure 11.8)
- En cas de doute sur l'efficacité du drainage, il faut toujours irriguer ou même changer la sonde.



Figure 11.7

a) Une sonde vrillée provoquant un blocage.
b) et c) Une sonde pliée, provoquant à nouveau un blocage.

Noter qu'en c) l'urine est concentrée et contient des débris. Cela peut être suffisant pour bloquer une sonde. La patiente doit boire davantage.



Figure 11.8

Un caillot de sang bloquait cette sonde. Nous pouvions pousser le liquide d'irrigation vers l'intérieur, mais nous ne pouvions pas l'extraire. Le caillot agissait comme une valve dans la sonde. La sonde a dû être changée.

Tenue de fiches

Conserver une fiche simple de l'opération de la patiente et un plan de soins postopératoires au pied du lit ou sur le mur, de manière qu'il soit facilement visible par tous. (Figure 11.9) Lorsqu'il y a beaucoup de patientes dans le service, il est impossible de se souvenir de l'opération que vous avez pratiquée chez chacune d'entre elles sans consulter les fiches. Cette fiche simple, placée au bout du lit, qui comprend un diagramme de l'opération, vous permet de reconnaître les patientes d'un seul coup d'œil.

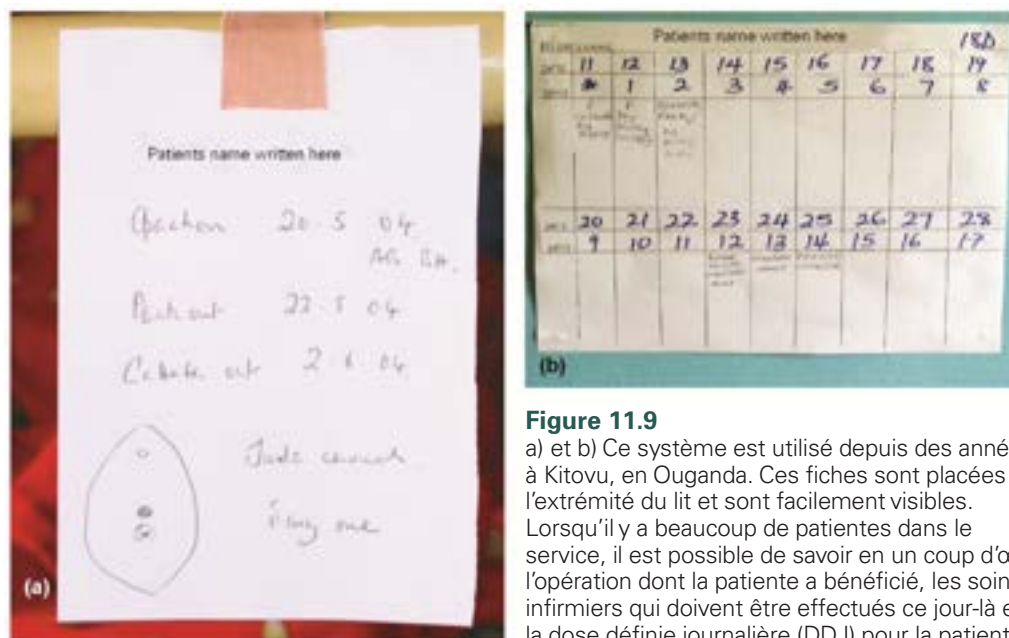


Figure 11.9

a) et b) Ce système est utilisé depuis des années à Kitovu, en Ouganda. Ces fiches sont placées à l'extrémité du lit et sont facilement visibles. Lorsqu'il y a beaucoup de patientes dans le service, il est possible de savoir en un coup d'œil l'opération dont la patiente a bénéficié, les soins infirmiers qui doivent être effectués ce jour-là et la dose définie journalière (DDJ) pour la patiente.

Autres aspects des soins postopératoires

Tamponnement vaginal

Le tamponnement vaginal doit être retiré le jour 1 (le jour de l'opération étant le jour 0). Il n'est probablement pas nécessaire d'utiliser un tampon si le champ opératoire est vraiment sec. Toutefois, en pratique, un suintement est souvent visible jusqu'à la fin de l'opération et il peut devenir plus prononcé lorsque l'anesthésie rachidienne (qui provoque une baisse de la pression artérielle) et toute infiltration d'adrénaline se dissipent et que la patiente n'est plus en position de Trendelenburg. La plupart des chirurgiens se sentent plus à l'aise en utilisant un tampon comme pansement faiblement compressif, mais il est important de savoir qu'un tampon vaginal peut retarder la reconnaissance d'un saignement profond dans le vagin, c'est pourquoi je préfère toujours un tampon assez ferme. Veiller à mettre un peu de Vaseline ou un autre produit gras dessus pour éviter qu'il ne colle lorsque vous l'enlèverez.

Hygiène périnéale

Il est recommandé de laver le périnée deux fois par jour, à partir du moment où la poche est retirée le premier jour postopératoire. La patiente est encouragée à garder son périnée propre et sec.

Sondes urétrales

La plupart des sondes utilisées pour protéger les uretères seront retirées à la fin de l'opération. Toutefois, si la réparation a été effectuée très près d'un orifice urétéral ou si l'uretère a été réimplanté dans la vessie, il peut y avoir un gonflement important autour de l'uretère.

Le chirurgien peut demander que la sonde urétérale soit laissée en place pour éviter l'obstruction du rein par l'œdème entourant le site opératoire pendant la cicatrisation. Elle est retirée selon les instructions du chirurgien, généralement entre le cinquième et le septième jour postopératoire, mais parfois après dix jours.

D'une manière générale, je retire les sondes urétérales à la fin de l'opération si elles se trouvent à plus de 2 cm du bord de la fistule. Si elles sont situées à 1 ou 2 cm, je les retire le troisième jour, mais à moins de 1 cm, j'attends le cinquième ou le septième jour. Si elles sont sur le bord de la réparation, le septième jour. Si l'uretère a été réimplanté, entre le septième et le dixième jour. Ne pas oublier d'enlever la suture qui maintient la sonde urétérale avant de la retirer.

Il est possible de laisser la ou les sondes s'écouler dans un flacon séparé (Figure 11.10a), mais cela entrave la mobilité précoce. Deux autres méthodes plus pratiques sont illustrées sur la Figure 11.10(b, c).



Figure 11.10

a) Une méthode pour drainer les sondes urétérales directement dans une bouteille. b) Une autre méthode consiste à percer un trou dans la sonde de Foley avec un scalpel et à pousser la sonde urétérale à travers ce trou, puis drainer toutes les sondes ensemble. c) Une autre méthode consiste à faire un trou dans le bouchon du tube de drainage. J'utilise la pointe acérée d'une pince à champs et j'enfile la sonde urétérale à travers ce trou et dans la poche d'urine. Celle-ci doit être fixée avec une bande adhésive. Des fuites finissent généralement par se produire avec la plupart des méthodes. Elles peuvent contrarier la patiente, et celle-ci a besoin d'être rassurée.

Mobilisation

La patiente est autorisée à sortir du lit après le retrait du tamponnement vaginal le matin suivant l'opération. Si le drainage est ouvert, elle peut utiliser un seau pour recueillir l'urine et l'emporter avec elle. (Figure 11.11) Cette méthode fonctionne parfaitement bien, mais il est essentiel que la patiente continue à boire beaucoup de liquide. Si elle porte une poche à urine, il faut lui demander de la maintenir sous le niveau de la vessie pendant qu'elle marche, sinon l'urine s'écoulera à nouveau dans la vessie et la remplira.

Retrait de la sonde

Quelques études ont été réalisées pour déterminer le moment optimal du retrait de la sonde vésicale. Traditionnellement, la plupart des chirurgiens laissent la sonde en place pendant 14 jours après toute réparation de fistule, mais deux études ont montré que 10 jours suffisaient. Une étude de plus grande taille a montré qu'elle pouvait être retirée sans danger le septième jour postopératoire, mais il est intéressant de noter que de nombreuses patientes ont présenté des problèmes entre le 7^e et le 10^e jour. Le traitement consiste à remplacer la sonde. Par conséquent, les patientes doivent rester à l'hôpital afin de passer cette « période de danger ».



Figure 11.11

Des patientes se déplacent avec leur seau.

La plupart des centres laissent la sonde de Foley en place entre 10 et 14 jours. Pour ma part, dans la plupart des cas, je la laisse en place pendant 10 jours. S'il s'agit d'un cas réopéré et/ou d'une fistule très importante, je laisse la sonde en place pendant 12 à 14 jours.

Certains préconisent la rééducation de la vessie, c'est-à-dire le clampage et le déclampage intermittents pendant les 48 heures précédant le retrait de la sonde. Compte tenu du faible niveau de soins infirmiers, la situation peut facilement dégénérer si les instructions sont mal comprises, et nous ne sommes pas convaincus que cette méthode présente un quelconque avantage. Le risque est qu'une sonde reste bloquée trop longtemps, qu'elle se remplisse et entraîne la rupture de la réparation. Cela me semble trop risqué pour un gain non démontré.

Certains préconisent de faire un test au bleu de méthylène avant de retirer la sonde. Cela permet au chirurgien de déterminer son taux de fermeture et de noter toute tendance à une fuite urétrale. Si, par hasard, une petite fuite est détectée au niveau de la réparation, la vessie doit être vidée pendant deux, voire trois semaines supplémentaires. La procédure habituelle consiste, si la patiente est incontinente par un petit orifice, à laisser la sonde en place jusqu'à ce qu'elle soit continente, puis à la laisser en place une semaine supplémentaire à partir du jour où elle est redevenue continente. Si, après une à deux semaines, la quantité d'urine émise par la sonde n'augmente pas et que la quantité d'urine dans le lit ne diminue pas, il est peu probable que la

fistule se referme. Retirer la sonde et prévoir une nouvelle intervention dans deux à trois mois. Les petites ruptures tardives situées sur la ligne médiane du vagin, loin de l'urètre, guérissent souvent avec un sondage prolongé, mais les petites ruptures situées dans l'urètre ou du côté pelvien guérissent rarement avec un sondage prolongé.

Il est préférable de retirer la sonde tôt le matin et de demander à la patiente d'uriner fréquemment. Le lendemain, elle peut essayer de tenir plus longtemps. Si les débits sont mesurés, des volumes mictionnels de 25 à 50 cm³ sont habituels le premier jour, mais ils augmentent rapidement pour atteindre 100 à 200 cm³ chez la plupart des patientes.

Il est important de contrôler le volume résiduel post-mictionnel chez toutes les patientes **le jour où la sonde est retirée**. Cela signifie que la patiente boit, urine et fait ensuite contrôler son volume résiduel. Ce contrôle s'effectue en posant une sonde pour vider complètement la vessie et en mesurant la quantité d'urine restante. Cette quantité est dénommée volume résiduel post-mictionnel. Normalement, une femme peut vider complètement sa vessie, mais un volume résiduel de **100 ml ou plus** est considéré comme anormal par convention. Cela devient plus difficile pour les patientes atteintes d'une fistule, car leur capacité vésicale est souvent très faible en raison de la destruction d'une grande partie de leur vessie. Une meilleure façon de déterminer si une patiente souffre de rétention est de mesurer le volume mictionnel, et de contrôler ensuite le volume résiduel. Si le volume résiduel est supérieur à 50 % du volume mictionnel, il s'agit d'une rétention (p. ex., si la miction est de 100 ml et que le volume résiduel est de 60 ml, il s'agit d'une rétention). Cependant, il est préférable de considérer tout volume supérieur à 100 ml comme une indication de rétention (p. ex., si elle urine 300 ml et que le résidu est de 110 ml, considérer le cas comme une rétention). Vous devez répéter la mesure 2 ou 3 fois, car le volume résiduel de la patiente s'améliore souvent après quelques mictions. Environ 8 % de mes cas présentent une rétention, ces patientes rentreraient chez elles incontinentes et en rétention si elles n'étaient pas prises en charge.

Pour plus d'informations sur le traitement de la rétention urinaire, voir la section « Prise en charge de la rétention urinaire » du Chapitre 9.

Problèmes

La patiente est toujours incontinente après le retrait de la sonde

Dans ce cas, la patiente présente un urètre totalement non fonctionnel, un échec de la réparation, ou une rétention avec incontinence par regorgement. Un test au bleu de méthylène est essentiel pour différencier les deux premières, et la mesure du volume résiduel post-mictionnel permet d'identifier la dernière. Une rupture tardive doit être prise en charge à l'aide d'un drainage supplémentaire par sonde, de préférence avec repos au lit en décubitus ventral (Figure 11.12, voir ci-dessous). En cas d'échec, la patiente doit revenir trois mois plus tard pour une nouvelle tentative de réparation. L'insuffisance urétrale totale doit être prise en charge en apprenant à la patiente les exercices du plancher pelvien (dans l'idéal, ces exercices doivent être enseignés avant l'opération et poursuivis tout au long de la phase postopératoire). Il faut demander à la patiente de revenir six mois plus tard pour une nouvelle évaluation et envisager une opération secondaire pour l'incontinence d'effort. Si une incontinence grave persiste, avec des pertes jour et nuit, la patiente peut sortir de l'hôpital avec un bouchon urétral s'il est disponible, mais surtout avec des serviettes hygiéniques pour faciliter le retour à la maison. Toutefois, les patientes ont besoin

d'être rassurées sur le fait qu'elles reviendront pour une autre opération. Vous devez recueillir leurs coordonnées et rester en contact avec elles ou avec les membres de leur famille pour vous assurer qu'elles ne perdent pas espoir et qu'elles reviennent.

La patiente peut uriner, mais elle est incontinente lorsqu'elle est debout alors qu'elle est continente au lit

Cela suggère un degré moindre d'incontinence d'effort qui peut s'améliorer spontanément en pratiquant les exercices du plancher pelvien. Nous avons vu un certain nombre de patientes qui étaient sorties incontinentes et sont revenues pour un contrôle complètement continentes. Dans une étude de suivi, **50 % de ces patientes étaient complètement continentes** après six mois.

La patiente est continente, mais elle urine fréquemment en petites quantités

Ce phénomène est très fréquent immédiatement après le retrait de la sonde et peut être dû à une rétention urinaire, à une irritation vésicale ou à une vessie de petite taille. Il faut mesurer deux à trois fois le volume résiduel post-mictionnel chez toutes les patientes après le retrait de la sonde. En l'absence de détection et de traitement d'un volume résiduel élevé, la patiente développera une incontinence par regorgement et sera prédisposée à des infections urinaires chroniques.

Généralement, cette affection disparaît spontanément si la vessie est régulièrement vidée à l'aide d'un auto-cathétérisme propre intermittent (voir la section « Prise en charge de la rétention » du Chapitre 9). Une irritation vésicale se résoudra avec le temps. Souvent, l'irritation touche l'urètre en raison du maintien de la sonde pendant 10 jours ou plus. Vérifier qu'il n'y a pas d'infection, mais la plupart du temps, celle-ci se résout. Encourager les patientes à boire beaucoup pour que l'urine reste propre et fluide. Les patientes les plus difficiles à prendre en charge sont celles dont la vessie est de petite taille. Nous avons vu certaines vessies s'étirer remarquablement avec le temps, mais ce n'est souvent pas le cas, car elles ne sont fréquemment pas en mesure de contenir de plus grands volumes d'urine.

Échec de la réparation

En cas de fuite, il faut effectuer un test au bleu de méthylène, à moins qu'une irrigation douce ne révèle une fuite autour de la sonde. Une fuite vaginale pendant le test au bleu de méthylène indique un échec, mais tout n'est pas nécessairement perdu.

Fuite précoce : au cours de la première semaine

C'est une mauvaise nouvelle et cela signifie généralement que la réparation a échoué. Les fuites précoces devraient être rares après des réparations faciles, mais elles sont plus problématiques dans les cas difficiles. Si l'urine s'écoule davantage par la sonde que par le vagin, la sonde doit être maintenue en place aussi longtemps qu'une fuite est constatée, dans l'espoir qu'elle guérisse.

Fuite tardive : pendant ou après la deuxième semaine

Des fuites peuvent apparaître au cours de la deuxième semaine, même après des réparations simples. Il peut s'agir d'un échec secondaire dû à une infection. Dans ces cas, comme les bords de la fistule ne sont pas sous tension et bénéficient d'une bonne irrigation sanguine, il est probable que la perte tissulaire se referme avec un drainage prolongé de la vessie. La sonde doit être maintenue en place pendant une durée totale de 3 à 4 semaines, tant que la fuite diminue.

Si la patiente devient continente à la suite d'un sondage prolongé, laisser la sonde en drainage libre pendant une semaine supplémentaire avant de l'enlever.

Plus la fuite est tardive, meilleur est le pronostic

Il peut être utile de garder la patiente alitée, allongée et dormant sur le ventre. (Figure 11.12) Dans cette position, l'orifice à la base de la vessie est au-dessus de l'extrémité de la sonde, c'est-à-dire que le drainage s'effectue par gravité. C'est logique, mais nous ne disposons d'aucune preuve démontrant son intérêt. Je laisse la sonde en place jusqu'à ce que la patiente soit complètement continente, puis je la laisse en drainage libre pendant une semaine supplémentaire (comme ci-dessus). Si la fuite ne diminue pas après 7 à 10 jours supplémentaires de drainage par sonde, je retire la sonde, car la guérison est alors très peu probable.

Date de la sortie de l'hôpital

Bien que, dans la plupart des cas, la sonde soit retirée le dixième jour, nous recommandons vivement à la patiente de ne pas quitter l'hôpital avant trois ou quatre jours. Nous avons vu plusieurs patientes qui semblaient continentes après le retrait de la sonde, mais qui, rentrées chez elles le lendemain ou le surlendemain, sont devenues incontinentes quelques jours plus tard, indiquant généralement qu'elles avaient dû faire un long et pénible voyage en bus avec la vessie pleine.

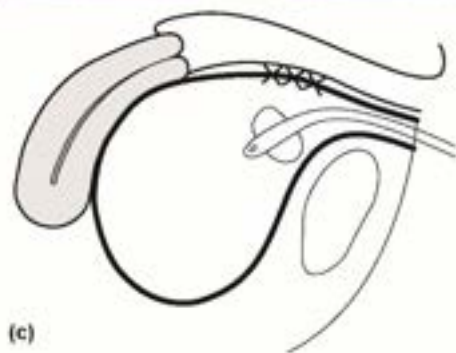
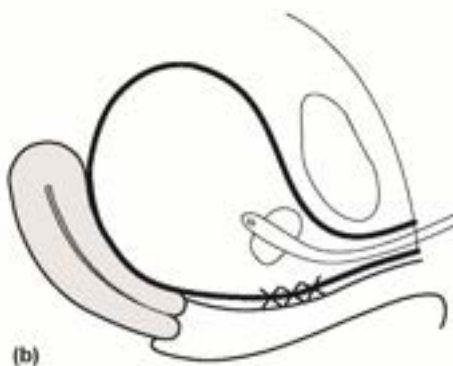
Elles ont senti un claquement et s'étaient retrouvées mouillées. Si elles avaient pu revenir immédiatement et bénéficier d'un nouveau drainage par sonde, elles auraient probablement guéri. Il est apparu par la suite qu'elles présentaient une rupture très localisée qui aurait facilement pu faire l'objet d'une seconde réparation.

Est-il vraiment recommandé de laisser les patientes ayant subi une intervention chirurgicale majeure parcourir de longues distances dans des taxis bondés, à l'arrière d'un vélo ou par une longue marche pour rentrer chez elles ? Il n'est pas surprenant que certains échecs secondaires se produisent. L'autre avantage de garder la patiente pendant au moins une semaine est qu'une amélioration de l'incontinence d'effort précoce est souvent observée en quelques jours. En outre, les patientes présentant une évacuation incomplète (rétention urinaire) ou une infection urinaire nécessitant un traitement peuvent être identifiées.

Il doit être recommandé à toutes les patientes de revenir immédiatement si elles sont incontinentes après être rentrées chez elles, en leur indiquant que les frais de bus pourront leur être remboursés. Dans de nombreux endroits, il existe désormais un système d'« argent mobile », qui permet de transférer le montant des tickets de bus via le réseau de téléphonie mobile pour ces situations.

Il leur est également conseillé d'éviter toute activité intense et tout rapport sexuel pendant trois mois. Il faut apprendre aux patientes à venir à l'hôpital pour un accouchement par césarienne si elles commencent une grossesse.

La patiente doit recevoir une carte décrivant son traitement et indiquant la date de l'opération afin de faciliter son identification ultérieure et de conseiller une césarienne au cas où elle se rendrait dans un autre hôpital.

**Figure 11.12**

Une alternative pour soigner une patiente souffrant d'une rupture de réparation est de l'installer en décubitus ventral tout en drainant sa vessie. En théorie, l'urine devrait s'écouler plus facilement par une fistule rompue en décubitus dorsal (b). En décubitus ventral, l'urine s'accumule dans la partie antérieure de la vessie, elle est drainée par la sonde et ne s'écoule donc pas par la fistule rompue, ce qui lui permet de cicatriser (c). Comme un grand nombre de facteurs de la chirurgie de la fistule, il s'agit d'une question de bon sens, mais les preuves de son efficacité font défaut.

Un récit édifiant

Une patiente a entrepris un voyage de 200 miles (320 km) pour rentrer chez elle trois jours après le retrait d'une sonde. Elle affirmait qu'elle urinait correctement. Elle a passé 5 heures sans aucun arrêt dans un taxi bondé. Elle avait la vessie pleine, mais était trop gênée pour demander au chauffeur de s'arrêter. Elle a eu des pertes urinaires et, espérant qu'il s'agissait d'un problème temporaire, a continué son trajet pour retourner chez elle. Ayant des émissions d'urine continues, elle était trop loin pour rentrer immédiatement et n'en avait de toute façon pas les moyens financiers. Elle est revenue plus tard. Une petite fistule intra-cervicale, haute et très difficile, a été réparée avec succès. Si cette patiente avait pu retarder son retour chez elle ou revenir immédiatement pour un nouveau drainage par sonde, cette situation aurait pu être évitée.

Recommandations avant la sortie des patientes

Conseils

Avant la sortie, la patiente et sa famille doivent recevoir des conseils afin de comprendre pourquoi la fistule s'est produite et comment elle peut être évitée à l'avenir. De nombreuses patientes viennent avec des croyances traditionnelles sur la cause de la fistule ; par exemple, il s'agit d'une punition pour adultère, quelqu'un leur a jeté un sort ou elles ont été envoûtées. Ces idées fausses, comme d'autres, doivent être corrigées en douceur. Une fois rentrée chez elle, elle devra se faire l'avocate de la prévention au sein de sa communauté. Il faut un certain temps pour que le message passe, une éducation régulière s'avère nécessaire et doit être renforcée.

Abstinence sexuelle et travaux lourds

Parfois, nous voyons des patientes qui sont rentrées chez elles continentales, mais qui signalent l'apparition de pertes au bout de quelques semaines. Plusieurs ont admis avoir eu des rapports sexuels ou avoir effectué des travaux lourds dans les champs, avoir ressenti un claquement et avoir eu des émissions d'urine. Pour éviter cela, il est essentiel qu'elles évitent ces activités pendant au moins trois mois.

Césarienne pour toutes les grossesses futures

Il est essentiel d'aborder les questions de planification familiale, y compris la ligature des trompes, le cas échéant. Le moyen le plus sûr de maintenir une guérison est de ne plus avoir d'accouchement ! L'accouchement de toutes les futures grossesses doit s'effectuer par césarienne. Si le travail obstructif était dû à une mauvaise présentation, la patiente pourrait éventuellement accoucher par voie vaginale à l'avenir. Toutefois, comme les soins obstétricaux qualifiés sont rarement disponibles, il est préférable d'insister sur la nécessité d'une césarienne lors de tous les accouchements ultérieurs. Occasionnellement, nous voyons des patientes dont les fistules récidivent parce qu'elles n'ont pas pu se rendre à l'hôpital à temps, ou parce qu'elles ont essayé d'accoucher par voie basse au lieu d'avoir recours à une césarienne élective.

Au cours des quelques années de pratique dans le nord de l'Éthiopie, plus de 200 femmes sont revenues chez nous enceintes après la réparation d'une fistule. Toutes ont bénéficié d'une césarienne à terme. Nous avons perdu un bébé en raison d'une anomalie congénitale et un autre pour prématurité. Aucune récurrence de fistule n'a été constatée. Au cours de la même période, 53 femmes sont revenues après avoir tenté d'accoucher à domicile ; peut-être n'avaient-elles pas dit à leur nouveau mari qu'elles avaient déjà eu des fistules, ou leur communauté ne leur a-t-elle pas permis de se rendre à l'hôpital pour leur accouchement. Toutes ont accouché d'un enfant mort-né et toutes ont présenté une récurrence de fistule.

Il nous a également été rapporté le cas de femmes qui sont mortes en essayant d'accoucher chez elles. Nous ne savons pas combien de femmes ont accouché à domicile avec succès, mais le nombre et la gravité des complications ne justifient certainement pas le risque. Toutes les femmes devraient revenir à terme pour bénéficier d'une césarienne.

Retour pour une consultation de suivi

Comme il est très important pour les chirurgiens de connaître leurs résultats, les patientes doivent être encouragées à revenir. Un chirurgien doit interdire la reprise des rapports sexuels tant que la patiente n'a pas été revue pour un suivi. Un grand nombre de patientes reviennent le voir !

Problèmes tardifs éventuels

Infections urinaires

Avec notre protocole d'une dose unique de 160 mg de gentamicine en salle d'opération et un débit urinaire élevé, les infections urinaires sont rares. Une infection postopératoire tardive peut être provoquée par une sténose avec rétention ou même un calcul vésical non décelé. Si les équipements d'analyse sont limités, l'examen de l'urine devrait suffire à établir le diagnostic. Il est très difficile de diagnostiquer une infection urinaire à l'aide d'une bandelette urinaire lorsque la patiente est atteinte d'une fistule ou peu après l'opération. L'échantillon d'urine sera toujours contaminé en cas de fistule et, après l'opération, il y aura toujours une contamination du site opératoire.

Incontinence persistante malgré la fermeture de la fistule

Ce problème fréquent et gênant est abordé au Chapitre 9. Si la patiente reste incontinente, le risque de dépression, voire de suicide, est élevé. Ces patientes ont besoin d'une attention particulière, de conseils et de réconfort, et chacune devrait rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement informée, avec un plan de soins et l'espoir d'une prise en charge ultérieure.

Sténose

Toute patiente présentant une sténose de l'urètre proximal au moment de la réparation est exposée à un risque de sténose postopératoire. Il est conseillé d'exciser le rétrécissement lors de l'opération pour minimiser ce risque. Les réparations de fistules circonférentielles présentent le risque le plus élevé de formation de sténoses. Dans ma pratique, le taux de rétrécissement est de 8 % après six mois de suivi. Le traitement des sténoses est difficile, car elles récidivent invariablement. Certains les dilatent, par exemple avec des dilateurs Hegar. Je préfère les couper à 5 et 7 heures en insérant une paire de ciseaux fins dans l'urètre, en tournant les ciseaux sur le rétrécissement, en ouvrant les lames, en avançant doucement et en coupant le rétrécissement. Pour éviter les récurrences, il faut apprendre à la patiente à dilater elle-même la sténose à l'aide d'une sonde courte et rigide tous les jours ou tous les deux jours. Elle l'introduira dans sa vessie, la laissera en place pendant 10 minutes puis la retirera. Si la patiente est incontinente après l'ablation du rétrécissement, un bouchon urétral (s'il est disponible) permettra à la fois d'être continente et d'empêcher la réapparition du rétrécissement.

Difficultés sexuelles

Malgré une bonne réparation sans sténose vaginale, certaines femmes hésitent à reprendre des relations sexuelles. Les raisons peuvent être multiples et une enquête et un examen délicats sont nécessaires pour les rassurer. D'autres personnes souffrant d'une véritable dyspareunie due à une sténose vaginale peuvent bénéficier d'une vaginotomie ou d'une vaginoplastie, en particulier si le rétrécissement est localisé.

Réintégration

Beaucoup de choses ont été écrites sur les conseils et l'aide à la réintégration des patientes atteintes d'une fistule dans leur communauté. De nombreuses patientes sont très pauvres et apprécient certainement une aide financière ; cependant, en pratique, si la patiente est continente, elle se réintégrera, mais cela ne sera peut-être pas le cas si elle est incontinente.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les patientes guéries doivent être informées de la cause de leur fistule et comprendre comment les fistules doivent être évitées. Elles peuvent devenir des éducatrices dans leur propre communauté.

Lectures complémentaires

Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Gbawuru-Mansaray T, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Sunday-Adeoye I, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoglu AM. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 2015 Jul 4; **386(9988)**: 56-62.

Browning A, Menber B. Obstetric fistula in Ethiopia; a six month follow up after surgical treatment. *Brit J Obstet Gynaecol* 2008 Nov; **115(12)**: 1564-9.

Nardos R, Browning A, Menber B. Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008 Oct; **103(1)**: 30-2.