

12 ÉVALUATION DES RESULTATS

Tout chirurgien souhaite connaître les résultats obtenus, mais une documentation précise se heurte à un certain nombre de difficultés :

- **Cas inopérables.** Les estimations des spécialistes du pourcentage qu'ils considèrent comme inopérable dès le départ peuvent varier de moins de 1 % à environ 5 %. Même les chirurgiens expérimentés peuvent parfois commencer le traitement d'un cas et se trouver dans l'impossibilité de le terminer. Si ces cas ne sont pas inclus dans l'analyse, il apparaît clairement que la comparaison entre les centres ou les individus n'est pas valide.
- **Région d'activité.** Quiconque commence à réparer des fistules dans un nouvel endroit aura l'avantage d'un territoire vierge, avec une bonne proportion de cas plus faciles. Au fur et à mesure que les visites ou l'activité se poursuivent, le pourcentage de cas faciles diminue considérablement, les reprises de réparations et les cas d'incontinence d'effort dominent le tableau. En outre, lorsque les chirurgiens sont établis dans leur localité, ils se voient confier de plus en plus de cas difficiles et d'échecs, tandis que les chirurgiens qu'ils ont formés s'occupent des cas faciles. Les résultats obtenus par un même chirurgien peuvent donc varier avec le temps.
- **Suivi incomplet.** La pratique idéale consiste à effectuer un test au bleu de méthylène avant de retirer une sonde afin d'évaluer le taux de fermeture. Si cela n'est pas fait pour toutes les patientes, un test au bleu de méthylène peut être effectué uniquement en cas d'incontinence après le retrait de la sonde, afin de faire la distinction entre l'échec opératoire et l'incontinence d'effort (après avoir exclu la rétention urinaire). Des échecs tardifs se produisent parfois après que la patiente est rentrée chez elle et certains cas d'incontinence d'effort guérissent avec le temps. Un rendez-vous de suivi est nécessaire pour s'assurer du résultat, mais cela est souvent difficile dans les régions pauvres en ressources.

Enregistrement des résultats

Une étape clé pour tout chirurgien, quelle que soit son expérience, consiste à enregistrer séparément les résultats de tous les nouveaux cas et ceux des reprises de réparation. Les cas non traités en raison d'une difficulté ou d'une impossibilité, ou adressés à d'autres sites, doivent également être consignés de manière rigoureuse.

Nous enregistrons les détails sur nos patientes dans des bases de données Excel. Il convient de trouver un équilibre entre d'une part, la collecte de la moindre brique de donnée simplement parce qu'elle pourrait présenter un intérêt à l'avenir et, d'autre part, ne pas recueillir des données qui seraient utiles pour une analyse prospective. Les questions doivent être rédigées de telle sorte que les réponses se fassent par « oui » ou par « non », ou par des données numériques, comme dans les classifications de Goh et de Waaldijk. L'utilisation de termes purement descriptifs pour la fistule de chaque patiente n'aidera pas à l'analyse des résultats. Cependant, une place doit être réservée à la description de l'opération ou d'autres caractéristiques inhabituelles, car chaque patiente et sa fistule sont uniques.

L'évaluation des résultats repose sur de nombreuses variables, qu'il convient de définir clairement :

- **Guérison complète.** Pour être complètement guérie, la patiente doit être totalement continente et capable d'avoir des enfants. Il n'existe qu'une poignée d'études sur la fertilité après la réparation d'une fistule. En combinant les données, il a été établi que seulement 20 % des patientes avaient eu des grossesses réussies après la réparation d'une fistule. La capacité de reproduction est réduite, et les principales causes sont les suivantes : aménorrhée, sténose vaginale (entraînant une apareunie et/ou la fermeture du vagin ou de l'orifice cervical) et insuffisance cervicale, de nombreuses patientes ayant un col de l'utérus endommagé. Il y a bien sûr de nombreuses patientes qui ont subi une hystérectomie par césarienne au moment de l'apparition de la fistule et qui n'en ont pas été informées.
- **Guérison acceptable.** La patiente doit être continente, ne pas présenter de pertes avec une toux ou à l'effort et rester continente toute la nuit, avec une miction normale.
- **Rétention urinaire avec incontinence par regorgement,** situation dans laquelle la patiente est invariablement continente avec auto-cathétérisme.
- **Échec.** Il s'agit d'une rupture de la réparation, confirmée par le test au bleu de méthylène ou la présence d'une incontinence d'effort, qui est suffisamment grave pour que la patiente ne ressente aucune amélioration par rapport à l'état préopératoire.
- **Incontinence à l'effort et autres incontinenances urétrales.** Ces pathologies se produisent à différents degrés et doivent être quantifiées de manière descriptive : une évaluation objective n'est pas facile dans un endroit pauvre en ressources. (Voir Chapitre 9)

Les chirurgiens qui travaillent dans des centres permanents de traitement des fistules peuvent être beaucoup plus objectifs quant à leurs résultats, car ils sont là pour voir eux-mêmes les premiers résultats postopératoires, ou du moins pour les faire évaluer avec précision par le personnel expérimenté.

À travers l'Afrique, de nombreuses fistules sont réparées par des chirurgiens qui se rendent régulièrement dans des camps de traitement des fistules. Ils doivent souvent partir au moment où la patiente sort de l'hôpital et doivent donc se fier aux rapports ultérieurs du personnel restant sur place, qui peut, pour diverses raisons, omettre un test au bleu de méthylène. Une méthode pratique de documentation dans cette situation est la suivante :

- **Guérison.** La patiente a été vue au moins 3 mois après son opération et elle est totalement continente.
- **Guérison présumée.** Le personnel a déclaré que la patiente était continente à sa sortie de l'hôpital et elle n'est pas revenue pour un suivi.
- **Échec :**
 - La patiente devient incontinente pendant la phase postopératoire et une rupture a été confirmée par un test au bleu de méthylène.
 - La patiente était incontinente à sa sortie de l'hôpital, sans qu'il ait été établi s'il s'agissait d'une rupture ou d'une incontinence d'effort. Quelques-uns de ces derniers cas peuvent s'améliorer et ne pas revenir pour un suivi. Dans notre pratique, nous supposons que la majorité des femmes gravement atteintes reviennent. Nous sommes alors en mesure de décider s'il s'agit d'une incontinence d'effort ou d'une réparation défectueuse. Si elle est incontinente à sa sortie de l'hôpital, il faut l'encourager à revenir pour une prise en charge plus approfondie. Sans cette précaution, certaines patientes risquent de penser qu'elles ne peuvent pas être guéries et que plus rien ne peut être fait pour elles. D'autres cherchent à se faire soigner ailleurs et sont perdues de vue.

- **Incontinence d'effort.** Le test au bleu de méthylène est négatif, mais la patiente est clairement incontinente. Un suivi plus approfondi est nécessaire pour décider la catégorie dans laquelle se range cette situation : :
 - *Incontinence d'effort totale.* La patiente ne se sent pas mieux et n'urine pas.
 - *Incontinence d'effort partielle.* Elle peut être continente par moments, par exemple en dormant la nuit et en s'asseyant, mais elle présente des pertes en marchant ou en se levant et elle urine spontanément. (Pour consulter un système de classification simple, voir la section « Évaluation immédiate » du Chapitre 9)
- **Rétention urinaire.** Ces patientes sont continentes en pratiquant l'auto-cathétérisme.
- Quelques résultats n'entreront pas facilement dans ces catégories, par exemple des patientes présentant des sténoses nécessitant une dilatation.
- Nous avons déjà souligné que tout doit être mis en œuvre pour assurer le suivi des patientes après une réparation. Outre la question de la continence, il convient de noter toute modification de la fonction menstruelle, de la fonction sexuelle et de l'intégration sociale.

Taux de mortalité

La réparation d'une fistule est une intervention chirurgicale majeure et il n'est pas surprenant qu'il y ait des cas de morbidité et de mortalité. La mortalité à prévoir est de l'ordre de 1 sur 500. La majorité de ces décès seront dus à des problèmes médicaux sans rapport avec l'opération. Les causes spécifiques à la chirurgie comprennent les accidents anesthésiques, l'intoxication par l'eau et l'embolie pulmonaire. Toutefois, certains décès surviennent sans qu'une explication claire puisse être fournie.

Jusqu'à présent, Brian Hancock a perdu une patiente à la suite d'une infection thoracique massive. Pour ma part, j'ai perdu deux patientes au cours de la phase postopératoire, l'une à la suite d'un paludisme cérébral et l'autre à la suite d'une cause cardiaque présumée.