

13 PROBLEMES, COMPLICATIONS ET COMMENT S'EN SORTIR

Un certain nombre de complications peuvent survenir au cours de la réparation, et certaines d'entre elles seront décrites comme des leçons permettant d'apprendre à y faire face.

Les choses ne se passent pas bien ?

- L'exposition pourrait-elle être améliorée par des épisiotomies ou des vaginotomies plus larges ? Ou par une plus grande inclinaison de la tête vers le bas ?
- L'éclairage est-il optimal ?
- La patiente glisse-t-elle sur la table ? Les coussinets d'épaules sont essentiels pour atteindre une position de Trendelenberg très raide, mais de nombreuses salles d'opération n'en disposent pas. Si la patiente est placée avec les fesses très au-dessus de la table et les cuisses bien fléchies, il est possible d'obtenir 20 % d'inclinaison tête en bas, sans que la patiente ne se déplace vers le bas. Si elle a glissé vers le bas, le spéculum Auvard ne s'enfoncera pas facilement dans le vagin et butera contre la table d'opération, ce qui rendra l'accès difficile, voire impossible. Remonter la tête de la table, pousser la patiente vers le bas du lit, fixer les coussinets d'épaules, puis reposer la tête de la patiente.
- Employez-vous correctement la personne qui vous assiste ? Une personne avec laquelle vous n'êtes pas familier ne doit rien faire tant que vous ne lui demandez pas, puis elle doit continuer à faire ce que vous lui demandez jusqu'à ce que vous lui demandiez de faire autre chose. Un ou une assistant(e) avec qui vous travaillez régulièrement sera en mesure d'anticiper vos besoins. La compétence la plus utile est de pouvoir saisir la pointe d'une aiguille pour le chirurgien au fond du vagin (les aiguilles 5/8 de cercle facilitent grandement la tâche des chirurgiens).
- Essayer d'utiliser votre assistant(e) le moins possible, et garder le vagin à l'écart des dispositifs d'aspiration et des instruments. Nous préférons le plus souvent tamponner le champ opératoire nous-mêmes pour éliminer le sang et nous n'utilisons pas l'aspiration en routine. Si les lambeaux vaginaux réclinés sont suturés, il y a beaucoup moins de structures à tenir. Le vagin est un champ opératoire étroit qui doit contenir le moins d'instruments possible.

Uretère lésé

L'une des complications les plus gênantes est la blessure accidentelle d'un uretère lors d'une intervention chirurgicale. Presque tous les chirurgiens spécialisés dans les fistules, et pas seulement les débutants, ont été confrontés à ce problème. Cet accident survient généralement lors de la mobilisation de la vessie dans la région du col de l'utérus. Parfois, la blessure est identifiée immédiatement, mais elle peut également être remarquée à la fin de la réparation lorsque de l'urine claire s'échappe de la plaie.

Cet accident peut être évité en identifiant et en cathétérissant les uretères le plus tôt possible au cours d'une réparation. Cette précaution est généralement effectuée avant toute incision, autre que les épisiotomies de relâchement ou l'incision de la cicatrice vaginale, mais il est parfois nécessaire de commencer la mobilisation avant d'avoir une chance de visualiser les orifices.

Dans ce cas, les uretères sont exposés à un risque, il est donc important d'éviter de s'égarer dans la paroi de la vessie et de toujours rester à proximité du col de l'utérus ou sous la paroi du vagin.

Il est encore possible de couper l'uretère avec la sonde urétérale en place. Si la sonde est munie d'un guide métallique, il est conseillé de le maintenir en place pendant la dissection afin qu'il soit perceptible et que, si l'uretère est coupé, il ne soit pas transpercé. La plupart des sondes ne sont pas équipées de guide métallique et des chirurgiens ont parfois coupé l'uretère et la sonde.

Les sondes urétérales sont souvent difficiles à obtenir et de nombreux chirurgiens doivent opérer sans elles. Si c'est le cas, le plus important est d'identifier l'uretère et, s'il est possible de maintenir une sonde métallique dans l'uretère pendant la dissection et la suture, demander à votre assistant(e) de tenir fermement la sonde. Je connais au moins un chirurgien qui a perdu une sonde métallique dans l'uretère et n'a pas pu la retirer. Une alternative à la sonde urétérale est la sonde d'alimentation naso-gastrique pour nourrisson. (Figure 13.1) Celles-ci sont fines, souples et souvent difficiles à insérer. Il faut d'abord les enfiler dans l'urètre, puis s'assurer qu'elles sont fixées dans l'uretère par un point de suture, car elles tombent facilement.

Si un uretère est identifié comme à risque, il peut être possible de le protéger sans utiliser de sonde, mais attention à ne pas faire tomber la sonde métallique. (Figure 13.2)

Comment faire face à un uretère lésé

Il existe trois approches :



Figure 13.1

Sondes d'alimentation naso-gastriques utilisées comme sondes urétérales.

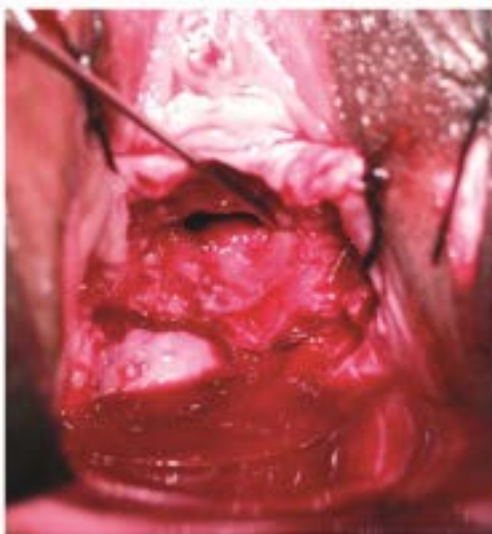


Figure 13.2

Un uretère a été identifié à l'aide d'une sonde métallique, mais il n'y avait rien pour le cathétériser. Les sutures ont été placées avec la sonde soigneusement maintenue dans l'uretère. L'urine continuait à couler lorsque la sonde a été retirée après que le coin a été fixé.

1. Essayer de faire passer la sonde par le véritable orifice urétéral et de la diriger à travers la brèche, puis réparer la brèche d'un bout à l'autre avec une suture fine 3-0 ou 4-0.
2. Faire passer une sonde dans l'uretère coupé et la replier dans la réparation. Un uretère coupé est plus difficile à sonder dans la paroi de la vessie. La lumière peut se rétracter. Utiliser la plus petite sonde urétérale disponible.
3. Suturer l'uretère coupé, terminer la réparation et réimplanter l'uretère dans la vessie par une approche abdominale séparée.

L'uretère et la sonde urétérale sont coupés

J'ai observé ce phénomène à deux reprises entre les mains de chirurgiens très expérimentés. La sonde proximale n'a pas pu être extraite. La réparation a été achevée, l'abdomen a été ouvert, la sonde a été récupérée et l'uretère a été réimplanté dans le dôme de la vessie. Une fois, j'ai reçu une sonde urétérale périmée qui s'est cassée en deux dans l'uretère, et l'une des moitiés est restée à l'intérieur. Le contenu de l'uretère s'écoulait en fait à l'extérieur de la vessie. Je l'ai laissé en place et, après une semaine, l'extrémité est passée dans le vagin et a pu être facilement récupérée.

Un piège pour les personnes non averties

Un double uretère n'est pas si rare. (Figure 13.3) J'ai été surpris une fois par des uretères doubles des deux côtés, soit un système duplex-duplex. La patiente a dû être sondée dans quatre uretères !



Figure 13.3
Un double uretère



Figure 13.4
Fistule haute remontant un utérus fendu.
Il a été décidé de réparer la vessie sans cathétériser les uretères, car cela n'était pas techniquement possible. Les uretères ont été ligaturés et ont dû être réimplantés par voie abdominale.

Deux histoires instructives

Un chirurgien avait réalisé une réparation difficile pour traiter une fistule du dôme vaginal, sans disposer de sondes urétérales. Ce soir-là, aucune urine n'est passée par la sonde vésicale, mais l'urine s'écoulait dans le vagin. Le lendemain matin, la patiente a été emmenée en salle d'opération. Un test au bleu de méthylène a révélé que la réparation était solide. Il est apparu qu'un uretère avait été ligaturé et l'autre endommagé dans la paroi de la vessie. Dans l'idéal, la réparation aurait dû être défaire et les deux uretères identifiés, mais cela n'a pas été possible. L'étape pratique consistait à effectuer une laparotomie et à réimplanter les deux uretères. C'est ce qui a été fait, avec un résultat positif confirmé par un suivi à six mois.

Un jour, j'ai dû réparer une fistule de taille moyenne et je n'avais plus que deux sondes urétérales à l'hôpital. Les uretères étaient proches du bord de la fistule, mais j'ai décidé de fermer la fistule avec précaution, en faisant de mon mieux pour éviter de placer des sutures à proximité des uretères, afin de conserver les sondes urétérales pour un cas plus difficile. Le test au bleu de méthylène était négatif et la patiente continente, mais dans la salle de réveil, elle n'émettait pas d'urine. La sonde n'était pas obstruée. La patiente a été hydratée et est devenue très agitée lors de l'administration de furosémide, mais toujours sans émission d'urine. Je l'ai ramenée en salle d'opération et lorsque j'ai défait les sutures de la vessie, il y a eu d'énormes jets d'urine. J'ai utilisé les deux dernières sondes urétérales, j'ai effectué la réparation à nouveau et elle est rentrée chez elle, guérie.

Une situation désespérée

Une patiente s'est présentée avec une fistule intra-cervicale haute et récurrente, visible à travers un col de l'utérus fendu. La perte tissulaire s'étendait sous le niveau du col de l'utérus et a été jugée inadéquate pour une réparation transvésicale. (Figure 13.4) De l'urine giclait à partir des uretères sur le bord de la perte tissulaire irrégulière, mais après 45 minutes, il n'a pas été possible de les cathétériser. La vessie a été mobilisée pour la séparer du reste du col de l'utérus et l'utérus, et la perte tissulaire a été fermée avec un surjet. Les uretères étaient clairement exposés à un risque, mais aucune autre option n'était disponible. Le test au bleu de méthylène a été négatif, mais la patiente n'a pas émis d'urine sur la table. L'abdomen a été ouvert et les deux uretères dilatés ont été divisés et anastomosés à la vessie. La patiente était complètement rétablie lorsqu'elle a été revue trois mois plus tard.

Complications diverses

Saignement intra-vésical

Les saignements dans la vessie devraient être extrêmement rares si les bords de la vessie sont correctement inclus dans les sutures, en prenant également toute l'épaisseur de la musculature. Je l'ai vu une fois dans la phase postopératoire immédiate. Un chirurgien avait pénétré sans le savoir le plan situé entre la muqueuse et la musculature de la vessie. Lorsque la patiente est revenue dans la salle de soins, un saignement important était manifestement présent dans la vessie, en raison d'une hématurie avec des caillots. La réparation a dû être défaire pour fixer le saignement dans la paroi de la vessie. Bien qu'une nouvelle réparation ait été effectuée, elle s'est rompue et a été répétée quatre mois plus tard.

Une autre patiente a présenté des saignements dans la vessie après la réparation d'une petite fistule simple. Celle-ci était due à une tumeur de la vessie non diagnostiquée. Elle a dû être transfusée et, après la disparition du saignement, elle a été adressée à un urologue.

Un rectum lésé

À la fin d'une longue journée d'opération, un chirurgien s'est lancé dans une réparation difficile. En pratiquant des vaginotomies pour obtenir un accès, il a ouvert le rectum par inadvertance. Il s'est avéré très difficile de le réparer en raison du tissu cicatriciel présent. Une colostomie a été pratiquée en raison de la difficulté. La réparation de la fistule a été reportée, elle a été réparée avec succès et la colostomie a été fermée quatre mois plus tard.

Leçons

- Ne commencez pas un cas exigeant en fin de journée.
- S'il s'agit d'un cas difficile, ne jamais hésiter à faire des vaginotomies juste en dessous des positions 3 et 9 heures.
- En cas de doute, insérer un doigt dans le rectum pour servir de guide.

Une sténose rectale passée inaperçue

Brian Hancock a rencontré une patiente qui présentait une petite fistule vésico-vaginale (FVV) circonférentielle et une grande fistule recto-vaginale (FRV) ressentie à l'examen vaginal. La FRV n'était pas palpable au toucher rectal. Brian a réparé la FVV et, avant de commencer la réparation de la FRV, il a examiné la patiente par le rectum. À sa grande stupéfaction, il a constaté, plus haut une sténose complète sous la FRV. Il aurait été impossible d'effectuer la réparation par voie transvaginale. Une colostomie a été pratiquée, suivie plus tard d'une résection du rétrécissement rectal. Malgré une contamination fécale considérable, la FVV a guéri et, plus tard, la FRV également.

Leçon

Il est essentiel d'évaluer pleinement toute lésion rectale potentielle avant d'entreprendre une réparation de la vessie.